



# Farmácia

*é estabelecimento  
de saúde*



*Esse direito  
é de todos*

**FASCÍCULO 12**

**Cuidados farmacêuticos no  
tratamento de pacientes  
com dislipidemias**



**Farmácia**  
*é estabelecimento  
de saúde*



*Esse direito  
é de todos*



**CRF SP**  
CONSELHO REGIONAL  
DE FARMÁCIA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO



**CRF SP**  
CONSELHO REGIONAL  
DE FARMÁCIA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

# **CUIDADOS FARMACÊUTICOS NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DISLIPIDEMIAS**

Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde

**Fascículo XII**  
2017

Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo



© 2017 Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo

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

**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Rua Capote Valente, 487 - Jardim América

CEP: 05409-001 São Paulo/SP - Brasil

www.crfsp.org.br

**DIRETORIA**

Presidente | Pedro Eduardo Menegasso

Vice-presidente | Raquel Cristina Delfini Rizzi

Diretor-tesoureiro | Marcos Machado Ferreira

Secretário-geral | Antonio Geraldo Ribeiro dos Santos Jr.

**AUTOR**

Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo

**ORGANIZADOR**

Grupo Farmácia Estabelecimento de Saúde

Antônio Geraldo Ribeiro dos Santos Jr. (coordenador)

Adriano Falvo

Damaris Marcelino Vieira

José Vanilton de Almeida

Júlio Cesar Pedroni

Marcelo Ferreira Carlos Cunha

Márcia Tiemi Uemura Anzai

Nathália Christino Diniz Silva

Reggiani Luzia Schinatto

Rodinei Vieira Veloso

Simone Fatima Lisot

Vanessa Boeira Farigo Mourad

**COMISSÃO TÉCNICA**

Alessandra Ferreira dos Santos

Alessandra Mayumi Kanda

Ana Cristina Lo Prete

Cristina Laurinda Simões

Danielle Bachiega Lessa

Erika Tatiana de Oliveira

José Trezza Netto

Katia Suzi da Silveira Silva

Lucas Adriano do Nascimento

Luis Carlos Marques

Mafalda Biagini

Marcela Cintia Barros

Márcia de Cássia Silva Borges

Maria Gabriela Borracha Gonçalves

Nathália Christino Diniz Silva

Paulo Caleb Junior de Lima Santos

Raquel Simas Mazocolo

Rosa Malena Doretto Massura

Salette Maria Krowczuck de Faria

Sergio Tinoco Panizza

Vanessa Boeira Farigo Mourad

Viviane Bergamo Morgero

**PROJETO GRÁFICO**

Bárbara Gabriela

Terena Cunha

**CAPA E DIAGRAMAÇÃO**

Rafael Togo Kumoto

Ricardo Kenji K. Yamamoto

**REVISÃO ORTOGRÁFICA**

Tikinet

**IMPRESSÃO E ACABAMENTO**

Gráfica e Editora Grafnorte Ltda

**TIRAGEM**

1.000 exemplares

C766f Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo.  
Fascículo XII: Cuidados farmacêuticos no tratamento de pacientes com dislipidemias. / Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. – São Paulo: CRF-SP, 2017.  
120 p. : il., 28 cm -- (Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde)  
ISBN 978-85-9533-018-4

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

CDD-615



## APRESENTAÇÃO CRF-SP

As dislipidemias são o principal fator para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) e aterosclerose. Tais doenças, segundo a *World Health Organization* (WHO), são a principal causa de óbitos no mundo. Frente a essa realidade, o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP) escolheu esse tema para a XII edição da série de fascículos “Farmácia Estabelecimento de Saúde”.

O farmacêutico, nesse contexto, tem um papel fundamental que pode contribuir minimizando essa realidade, já que pode aplicar seu conhecimento técnico e postura humanitária para atuar não apenas na orientação durante o tratamento, mas na prevenção da doença.

Este fascículo aborda tópicos como a responsabilidade do farmacêutico na dispensação de medicamentos utilizados no tratamento das dislipidemias; metabolismo lipídico; classificação das dislipidemias; aterosclerose; os tratamentos farmacológico e não farmacológicos; orientação farmacêutica a pacientes com dislipidemias, incluindo um roteiro para a consulta farmacêutica, solicitação de exames laboratoriais e pacientes que requerem atenção especial e ainda uma seção de apêndices contendo tabelas de medicamentos e as principais interações.

Para o CRF-SP, a intervenção do farmacêutico permite a melhoria da saúde do paciente e os resultados, conseqüentemente, refletem na saúde pública. Essa publicação é mais um instrumento para auxiliar o farmacêutico a exercer com excelência e ética seu papel de profissional de saúde. Além disso, quando essa atuação é dentro da farmácia, ratifica ainda mais o local como estabelecimento de saúde.

Boa leitura!

*Diretoria CRF-SP*



## LISTA DE SIGLAS

- ACAT2:** Acetil-CoA-colesterol acetiltransferase 2  
**Acetil-CoA:** Acetilcoenzima A  
**Acil-CoA:** 1,2-diacilglicerol aciltransferase  
**AG:** Ácidos graxos  
**ALA:** Ácido alfa-linolenico  
**AVE:** Acidente vascular encefálico  
**CETP:** Proteína de transferência de colesterol esterificado  
**CFF:** Conselho Federal de Farmácia  
**CK:** Creatina quinase  
**CRF-SP:** Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo  
**CT:** Colesterol total  
**DCNT:** Doenças crônicas não transmissíveis  
**DCV:** Doenças cardiovasculares  
**DGAT1:** Diacilglicerol acil transferase 1  
**DHA:** Ácido docosahexanoico  
**ELA:** Esclerose lateral amiotrófica  
**EPA:** Ácido eicosapentanoico  
**ESR:** Taxa de sedimentação de eritrócitos  
**FAN:** Fator antinuclear  
**FDA:** *Food and Drug Administration*  
**FES:** Farmácia Estabelecimento de Saúde  
**HDL:** *High density lipoprotein*  
**HDL-c:** Colesterol HDL  
**HGM-CoA redutase:** 3-hidroxi-3-metilglutaril coenzima A redutase  
**IAM:** Infarto agudo do miocárdio  
**IDL:** *Intermediate density lipoprotein*  
**IL-1:** Interleucina-1  
**IMAO:** Inibidores da monoamina oxidase  
**LCAT:** Lecitina-colesterol aciltransferase  
**LDH:** Lactato desidrogenase  
**LDL:** *Low density lipoprotein*  
**LDL-c:** Colesterol LDL  
**LDL-r:** Receptores de LDL  
**LLP:** Lipase lipoproteica  
**Lp(a):** Lipoproteína (a)  
**MTC:** Medicina Tradicional Chinesa  
**MTP:** *Microssomal triglyceride transfer protein*  
**NPC1-L1:** *Niemann-Pick C1-like 1*  
**PCSK9:** Pró-proteína convertase subtilisina/kexina tipo 9  
**PIC:** Práticas alternativas e complementares  
**PPAR- $\alpha$ :** Receptores alfa ativados da proliferação dos peroxissomas



**RBC:** *Red Blood Cells*

**TG:** Triglicerídeos

**TGI:** Trato gastrointestinal

**TGP:** Transaminase glutâmico pirúvica

**TGO:** Transaminase glutâmico oxalacética

**VHS:** Velocidade de hemossedimentação

**VLDL:** *Very low density lipoprotein*

**VSG:** Velocidade de sedimentação globular

**WHO:** *World Health Organization*





## Sumário

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>2</b> | <b>METABOLISMO LIPÍDICO.....</b>                                   | <b>14</b> |
| 2.1      | METABOLISMO DAS LIPOPROTEÍNAS .....                                | 14        |
| <b>3</b> | <b>ATEROSCLEROSE.....</b>  | <b>17</b> |
| <b>4</b> | <b>CLASSIFICAÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS .....</b>                       | <b>19</b> |
| 4.1      | CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA.....                                      | 19        |
| 4.2      | CLASSIFICAÇÃO LABORATORIAL .....                                   | 20        |
| <b>5</b> | <b>TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO.....</b>                           | <b>21</b> |
| 5.1      | ATIVIDADE FÍSICA .....   | 21        |
| 5.2      | TERAPIA NUTRICIONAL .....  | 21        |
| 5.3      | CONTROLE DE PESO CORPORAL .....                                    | 22        |
| 5.4      | CESSAÇÃO DO TABAGISMO .....  | 22        |
| 5.5      | REDUÇÃO DE BEBIDA ALCÓOLICA .....                                  | 22        |
| 5.6      | MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC).....                            | 23        |
| <b>6</b> | <b>TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....</b>                               | <b>24</b> |
| 6.1      | MEDICAMENTOS QUE AGEM NAS TAXAS SÉRICAS DE COLESTEROL.....         | 24        |
| 6.2      | MEDICAMENTOS QUE ATUAM PREDOMINANTEMENTE NOS TRIGLICERÍDEOS .....  | 26        |
| 6.3      | FITOTERAPIA.....   | 27        |
| 6.4      | HOMEOPATIA.....  | 30        |
| <b>7</b> | <b>ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA A PACIENTES COM DISLIPIDEMIAS .....</b> | <b>31</b> |
| 7.1      | CONSULTA FARMACÊUTICA.....   | 31        |
| 7.2      | EXAMES LABORATORIAIS .....   | 33        |
| 7.3      | PACIENTES QUE REQUEREM ATENÇÃO ESPECIAL.....                       | 36        |

## REFERÊNCIAS

|                  |    |
|------------------|----|
| Referências..... | 39 |
|------------------|----|

## APÊNDICES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>APÊNDICE A: TABELAS DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS NAS DISLIPIDEMIAS .....</b> | <b>51</b> |
| <b>APÊNDICE B: TABELAS DE INTERAÇÕES .....</b>                                | <b>81</b> |



# 1 INTRODUÇÃO

A segunda metade do século XX foi marcada pelo intenso processo de industrialização no Brasil e, conseqüentemente, pela urbanização e desenvolvimento econômico do país (CAPUTO; MELO, 2009). Esses fatores promoveram a alteração do estilo de vida da sociedade brasileira, principalmente nos hábitos alimentares e na prática de exercícios físicos, contribuindo para a epidemia de doenças crônicas (principalmente diabetes *mellitus* e hipertensão arterial) que estão normalmente associadas a alterações lipídicas, hipercoagulabilidade e risco de doenças cardiovasculares (DCV) (POZZAN et al., 2004).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm ganhando atenção especial nas últimas décadas, pois são a principal causa de óbito no país, ultrapassando doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005). Os principais grupos de doenças que fazem parte das DCNT são cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes *mellitus* e câncer, que têm tabagismo, alcoolismo, alimentação não saudável, sedentarismo e obesidade como fatores de risco em comum (BRASIL, 2011; DAUDT, 2013).

As DCV, segundo a *World Health Organization* (WHO), são a principal causa de óbitos no mundo. Só no ano de 2015 tais doenças levaram cerca de 17,7 milhões de pessoas a óbito, re-

presentando 31% das mortes no mundo. Mais de 80% desses óbitos ocorrem em países de baixa e média renda. No Brasil, as DCV também representam cerca de 30% dos óbitos, sendo mais prevalentes nas regiões norte e nordeste (BAENA et al., 2013; BALBINOT, 2014; WHO, 2017).

A principal causa das DCV e aterosclerose são as *dislipidemias* (ou hiperlipidemias), tema deste fascículo. Trata-se da alteração do metabolismo dos lipídeos, caracterizada por hipercolesterolemia e/ou hipertrigliceridemia. Pode haver aumento na concentração sérica de lipoproteínas de baixa densidade (*low density lipoprotein* – LDL) e/ou redução de lipoproteínas de alta densidade (*high density lipoprotein* – HDL), além de alterações no colesterol total (CT), lipoproteínas de muito baixa densidade (*very low density lipoprotein* – VLDL) e triglicérides (TG) (HARDMAN; LIMBIRD, 2003; DELUCIA et al., 2007; MARQUES, 2013; SES-MT/CPTF, 2015).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia estima que 40% da população tenha CT elevado (SBC, 2007). Além disso, alguns estudos indicam que exposição precoce a altos índices hiperlipidêmicos podem levar a deposição lipídica nas artérias ainda nas primeiras semanas após o nascimento (NETO et al., 2016).

O farmacêutico é o profissional da saúde de mais fácil acesso à população

e, frequentemente, a primeira fonte de assistência e aconselhamento em cuidados gerais da saúde (REMINGTON, 2005), por isso deve estar ciente de sua responsabilidade social e atuar fortemente como agente educador em saúde.

Os cuidados farmacêuticos aos pacientes com dislipidemias são extremamente importantes, pois tratam-se de doenças assintomáticas, de alta incidência na população e com percentual altíssimo de pacientes que não atingem a meta terapêutica (SANTOS, 2016).

É imprescindível que o farmacêutico tenha conhecimento e segurança ao orientar um paciente com dislipidemia, encaminhando-o ao médico sempre que necessário e sensibilizando-o da importância de realizar o monitoramento constante do perfil lipídico. Dessa forma, poderá realizar o acompanhamento farmacoterapêutico, tanto da dislipidemia quanto das comorbidades, com tranquilidade e segurança (SANTOS, 2016).

A população tem o direito de ser atendida por profissionais dignos e conscientes de seu papel social, que respeitem a vida humana, o meio ambiente e a liberdade de consciência nas situações de conflito entre a ciência e os direitos e garantias fundamen-

tais previstos na Constituição Federal (BRASIL, 2014a).


Por isso, as profissões possuem códigos de conduta que asseguram à sociedade que todo profissional atuará com conhecimento técnico de sua profissão e dentro dos preceitos éticos.

O farmacêutico, de acordo com o anexo I da Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 596/2014, que dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, é um profissional da saúde e, portanto, deve executar todas as atividades de seu âmbito profissional, de modo a contribuir para a salvaguarda da saúde pública e, ainda, todas as ações de educação dirigidas à comunidade na promoção da saúde (BRASIL, 2014a).

No âmbito de sua profissão, o farmacêutico poderá responder ética, civil e criminalmente quando seus atos ou de terceiros sob sua supervisão proporcionarem prejuízos ao paciente, pois responde solidariamente pelos atos cometidos pela equipe<sup>1</sup>.

A publicação da Lei nº 13.021/2014 representou uma mudança de paradigmas em relação à atuação do farmacêutico. A autonomia técnica do profissional tornou-se ainda mais certa e relevante e foi estabelecido o compar-

<sup>1</sup> Para mais informações sobre a responsabilidade administrativa, civil e criminal do farmacêutico, consulte os fascículos VIII – Dispensação de medicamentos e XI – Consulta e prescrição farmacêutica do projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde. Os fascículos estão disponíveis para *download* gratuito no portal do CRF-SP: [portal.crfsp.org.br](http://portal.crfsp.org.br).



tilhamento de responsabilidade entre o farmacêutico e o proprietário do estabelecimento farmacêutico, conforme transcrito a seguir:

Art. 10. O farmacêutico e o proprietário dos estabelecimentos farmacêuticos agirão sempre solidariamente, realizando todos os esforços para promover o uso racional de medicamentos.

Art. 11. O proprietário da farmácia não poderá desautorizar ou desconsiderar as orientações técnicas emitidas pelo farmacêutico.

Parágrafo único. É responsabilidade do estabelecimento farmacêutico fornecer condições adequadas ao perfeito desenvolvimento das atividades profissionais do farmacêutico (BRASIL, 2014c).

## 2 METABOLISMO LIPÍDICO

Os lipídeos, por serem insolúveis em meio aquoso, são transportados no nosso organismo por meio das lipoproteínas, que são macromoléculas compostas por lipídeos e proteínas (chamadas de apolipoproteínas ou apoproteínas). As apolipoproteínas promovem a estabilidade estrutural para as lipoproteínas e exercem diversas funções no seu metabolismo, como a formação intracelular das partículas lipoproteicas e atuação como cofatores enzimáticos ou ligantes a receptores de membrana (HARDMAN; LIMBIRD, 2003; XAVIER et al., 2013; LONGO et al., 2015). Os lipídeos considerados mais relevantes são fosfolipídeos, colesterol e TG (HARDMAN; LIMBIRD, 2003; GODOY-MATOS, 2005).

O colesterol é o precursor de hormônios esteroidais, ácidos biliares e vitamina D e, assim como os fosfolipídeos, são constituintes das membranas celulares. Dentro das células, o colesterol pode ser sintetizado por meio de algumas reações enzimáticas, sendo a 3-hidroxi-3-metilglutaril coenzima A redutase (HMG-CoA redutase) o passo limitante da biossíntese; um outro passo-chave é aquele promovido pela enzima esqualeno-sintase (DEVARENNE; GHOSH; CHAPPELL, 2002; FALUDI et al., 2017).

Os TG são formados a partir de três ácidos graxos (AG) ligados a uma molécula de glicerol e constituem uma das formas de armazenamento energético mais importantes no organismo (FALUDI et al., 2017), já que os AG que liberam podem ser processados

por meio da  $\beta$ -oxidação, gerando grande quantidade de energia para tecidos como fígado e músculo esquelético. Esse processo metabólico é resultado da ativação de fatores de transcrição que possibilitam a síntese das proteínas importantes nesse processo. Além de serem absorvidos pela alimentação, os TG podem ser sintetizados em tecidos como fígado e tecido adiposo pela diacilglicerol aciltransferase 1 (DGAT1) (OBRELI NETO; BALDONI; GUIDONI, 2013).

Os AG são classificados em saturados, mono ou poli-insaturados, de acordo com o número de ligações duplas nas suas cadeias de carbono. A nossa alimentação é fonte de diversos AG, como pode ser visto nos exemplos a seguir (FALUDI et al., 2017):

- Saturados: láurico, mirístico, palmítico e esteárico (que variam de 12 a 18 átomos de carbono);
- Monoinsaturados: ácido oleico, que contém 18 átomos de carbono;
- Poli-insaturados: ômega-3 – eicosapentaenoico (EPA), docosahexaenoico (DHA) e linolênico – ou ômega-6 – linoleico, de acordo com a presença da primeira dupla ligação entre os carbonos, a partir do grupo hidroxila.

### 2.1 METABOLISMO DAS LIPOPROTEÍNAS

Os TG provenientes da dieta são hidrolisados pela ação de lipases intestinais e liberam AG livres, que são emulsificados pelos sais biliares, formando micelas que apre-

sentam maior mobilidade pelos enterócitos (LONGO et al., 2015).

A absorção intestinal do colesterol é realizada pela proteína *Niemann-Pick C1-like 1* (NPC1-L1), um transportador de colesterol localizado na superfície dos enterócitos, que o disponibiliza para o meio intracelular. A maior parte do colesterol livre é esterificado para depósito pela ação da acetil-CoA-colesterol acetiltransferase 2 (ACAT2) (JIA; BETTERS; YU, 2011; FALUDI et al., 2017).


Os AG livres, colesterol livre e seus ésteres são então compactados com a apolipoproteína B 48 (apoB48), formando a lipoproteína conhecida como *quilomícron*, lipoproteína de menor densidade que, em sua maior parte, é constituída por componentes lipídicos. Os quilomícrons são secretados pelo sistema linfático e, posteriormente, enviados para a circulação sanguínea por meio dos ductos torácicos. Agora circulando no organismo, os quilomícrons são hidrolisados pela lipase lipoproteica (LLP), localizada especialmente na superfície de células musculares e do tecido adiposo, liberando colesterol e AG livres, que são absorvidos por essas células ou transportados pela albumina sérica para o fígado. O quilomícron é gradativamente hidrolisado e diminui de tamanho até ser absorvido pelo fígado e utilizado para a síntese de VLDL (HARDMAN; LIMBIRD, 2003; LONGO et al., 2015; FALUDI et al., 2017).

As VLDL são produzidas no fígado, ricas em TG, e a principal apolipoproteína

é a apoB100. Sua produção requer a ação da proteína de transferência de TG microsomal (*microsomal triglyceride transfer protein* – MTP), que insere os TG nas apoB, formando as VLDL. Estas partículas circulam pelo organismo e também sofrem ação da LLP, sendo gradativamente depletadas de TG. As VLDL remanescentes, que podem receber o nome de lipoproteínas de densidade intermediária (*intermediate density lipoprotein* – IDL), são rapidamente capturadas pelo fígado (HARDMAN; LIMBIRD, 2003; LONGO et al., 2015; FALUDI et al., 2017).

As IDL podem continuar sob ação da LLP e ser absorvidas pelo fígado ou sofrer ação da lipase hepática, dando origem às LDL (HAVEEL; KANE; KASHYAP, 1973; SBC, 1994). As LDL são compostas por apoB100, uma pequena parcela de TG e grande quantidade de colesterol. Essas lipoproteínas podem ser capturadas pelas células hepáticas ou pelos receptores de LDL (LDL-r), considerados um dos principais responsáveis pelo nível de colesterol no sangue (FALUDI et al., 2017). A modulação da atividade do LDL-r é realizada pela pró-proteína convertase subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9), que induz a degradação do LDL-r, resultando em menor número de receptores e aumento dos níveis plasmáticos de LDL (FERREIRA; FONSECA; MANGUEIRA, 2012; FALUDI et al., 2017).

Existe uma lipoproteína (a) (Lp(a)) que se assemelha às LDL em composição lipídica e



proteica, mas difere por conter a apoA ligada à apoB (FALUDI et al., 2017). Sua função é desconhecida, porém há indícios de que ela está ligada à formação e desenvolvimento de placa aterosclerótica (XAVIER et al., 2013).

As HDL são formadas no fígado, intestino e circulação, e as apolipoproteínas que as compõem são as apoA-I e apoA-II. A apoA-I é a principal apolipoproteína das HDL, que rapidamente se agrega aos fosfolipídeos e colesterol livre presentes em seu sítio de síntese, e então recruta mais colesterol livre da membrana plasmática das células ou de outras lipoproteínas (FALUDI et al., 2017). A apoA-I é cofator da lecitina-colesterol aciltransferase (LCAT), enzima capaz de esterificar o colesterol livre nas HDL (FALUDI et al., 2017).

A lipoproteína, dessa forma, ganha estabilidade e pode transportar colesterol para o fígado (esse processo é chamado de *transporte reverso de colesterol*). As HDL, por meio da ação da proteína de transferência de colesterol esterificado (CETP), são capazes, ainda, de trocar lipídeos com lipoproteínas contendo apoB, como as LDL (LONGO et al., 2015).



### 3 ATEROSCLEROSE

Aterosclerose é uma inflamação crônica em que ocorre o acúmulo de lipídeos (principalmente LDL), células inflamatórias e elementos fibrosos, formando placas de gordura na parede das artérias, podendo estreitar e até obstruir esses vasos, o que leva a complicações graves de saúde, como infarto agudo do miocárdio (IAM), dor nos membros inferiores e até acidente vascular encefálico (AVE) (GOTTLIEB; BONARDI; MORIGUCHI, 2005; FALUDI et al., 2017). Além disso, é responsável pelo aparecimento de várias DCV.

Inicialmente, o endotélio desses vasos sofre algum dano, causado, principalmente, por dislipidemia, hipertensão arterial ou tabagismo. A disfunção resultante dessa agressão aumenta a permeabilidade do endotélio a lipoproteínas plasmáticas, que se acumulam no espaço extracelular da camada íntima, interagindo com componentes da matriz extracelular. Essas lipoproteínas sofrem oxidação, tornando-se imunogênicas (HAMMER; MCPHEE, 2014; FALUDI et al., 2017).


Outra consequência dessa disfunção é o aumento de moléculas de adesão no endotélio do vaso, estimulados pelas LDL oxidadas, que levam ao recrutamento de leucócitos. Monócitos circulantes, então, adentram a túnica íntima do vaso, se diferenciam em macrófagos e fagocitam as LDL oxidadas. Aqueles que possuem grandes quantidades dessa lipoproteína são chamados de células esponjosas que,

posteriormente, originarão estrias gordurosas. Alguns cristais de cálcio se formam na parede muscular do vaso (microcalcificação), endurecendo-a (JANSON; TISCHLER, 2012; FALUDI et al., 2017).

Durante o processo inflamatório, alguns mediadores, como a interleucina-1 (IL-1), estimulam a migração e proliferação de células musculares lisas para a camada íntima, que passa a produzir, além das citocinas, fatores de crescimento e matriz extracelular. Essas células, além de função excretora, também conseguem capturar as LDL oxidadas, aumentando o número de células esponjosas (KEMP; BURNS; BROWN, 2007; FALUDI et al., 2017).

O processo inflamatório na placa aterosclerótica se intensifica com o passar do tempo: o aporte de colesterol pode, eventualmente, ser citotóxico, levando à apoptose dos macrófagos e à necrose da placa. A placa necrosada contém cristais de colesterol que estimulam a inflamação e causa recrutamento de neutrófilos; posteriormente, linfócitos T são recrutados para a placa (HAMMER; MCPHEE, 2014).

A placa aterosclerótica completa contém elementos celulares, componentes da matriz extracelular e um núcleo lipídico. Placas instáveis passam por intenso processo inflamatório, sendo ricas em citocinas e atividade proteolítica. Quando rompidas, liberam material lipídico altamente trombogênico, formando trombos sobrejacentes



(aterotrombose), que podem se deslocar pela circulação, causando embolia. As placas estáveis, por outro lado, são ricas em colágeno, com menores proporções do núcleo lipídico e componente celular (LONGO et al., 2015; FALUDI et al., 2017).

Além do potencial trombótico após a ruptura, a aterosclerose pode levar a oclusão do vaso, danificando o funcionamento do organismo (dependendo do tecido em que o vaso se encontra), e aneurisma, já que a placa localizada na íntima faz pressão sobre a túnica média, atrofiando-a (LONGO et al., 2015; FALUDI et al., 2017).

## 4 CLASSIFICAÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS

As dislipidemias podem ser classificadas de várias maneiras, porém, destacaremos as que são mais utilizadas atualmente.

### 4.1 CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA

#### 4.1.1 Primária

Quando a dislipidemia possui origem genética. Pode haver aumento na síntese de lipoproteína pelo fígado e estimulação de sua ação, além de redução da síntese de LLP ou mutação no seu gene, o que diminui sua atividade enzimática, consequentemente elevando VLDL e TG. O acúmulo das LDL no plasma resulta em hipercolesterolemia

(BISSON, 2007 apud MARQUES, 2013), que normalmente está associada à hipercolesterolemia poligênica. Nessa deficiência metabólica, ocorre uma interação entre vários fatores genéticos e ambientais que determinam a concentração de LDL no plasma (MARQUES, 2013).

#### 4.1.2 Secundária

Quando é decorrente de estilo de vida inadequado, medicamentos ou condições mórbi-das, conforme demonstram os quadros 1 e 2 (SANTOS, 2016; FALUDI et al., 2017).

**Quadro 1:** Dislipidemias secundárias a doenças e estilo de vida inadequado.

| Hepatopatia crônica                              | CT       | HDL-c   | TG               |
|--|----------|---------|------------------|
| Insuficiência renal crônica e síndrome nefrótica | ↑        | —       | ↑                |
| Hepatopatia crônica                              | ↑ a ↑↑↑↑ | ↑↑ ou ↓ | normal ou leve ↑ |
| Diabetes <i>mellitus</i> tipo II                 | —        | ↓       | ↑                |
| Síndrome de <i>Cushing</i>                       | ↑        | —       | ↑↑               |
| Hipotireodismo                                   | ↑↑       | ↑ ou ↓  | ↑                |
| Obesidade  | ↑        | ↓       | ↑↑               |
| Bulimia  | ↑        | —       | ↑                |
| Anorexia   | ↑        | —       | —                |
| Tabagismo  | —        | ↓       | —                |
| Etilismo   | —        | ↑       | ↑                |
| Ingestão excessiva de gordura <i>trans</i>       | ↑        | ↓       | ↑                |
| Sedentarismo                                     | ↑        | ↓       | ↑                |

Fonte: FALUDI et al., 2017.



**Quadro 2:** Dislipidemias secundárias a medicamentos.

| Medicamento            | CT | TG  | HDL-c |
|------------------------|----|-----|-------|
| Diuréticos             | —  | ↑   | ↓     |
| Beta bloqueadores      | —  | ↑   | ↓     |
| Anticoncepcionais      | ↑  | ↑   | —     |
| Corticosteroides       | ↑  | ↑   | —     |
| Anabolizantes          | ↑  | —   | ↓     |
| Inibidores de protease | ↑  | ↑↑↑ | —     |
| Isotretinoína          | ↑  | ↑   | ↑     |
| Ciclosporina           | ↑  | ↑↑  | ↑     |
| Estrógenos             | —  | →↑  | →↓    |
| Progestagenos          | —  | →↑  | →↓    |
| Tibolona               | —  | —   | ↓↓    |

Fonte: FALUDI et al., 2017.

## 4.2 CLASSIFICAÇÃO LABORATORIAL

As dislipidemias podem ser classificadas em quatro tipos, de acordo com a fração lipídica alterada (FALUDI et al., 2017):

- **Hipercolesterolemia isolada:** aumento isolado do LDL-c ( $\geq 160$  mg/dL);
- **Hipertrigliceridemia isolada:** aumento isolado dos TG ( $\geq 150$  mg/dL com jejum ou  $\geq 175$  mg/dL sem jejum);
- **Hiperlipidemia mista:** aumento do LDL-c ( $\geq 160$  mg/dL) e dos TG ( $\geq 150$  mg/dL com jejum ou  $\geq 175$  mg/dL sem jejum).
- **HDL-c baixo:** redução do HDL-c isolado (homens  $< 40$  mg/dL e mulheres  $< 50$  mg/dL) ou em associação ao aumento de LDL-c ou TG.

## 5 TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS

As medidas não farmacológicas têm mostrado cada vez mais a sua importância no controle das dislipidemias, pois auxiliam na redução de níveis de LDL e TG, riscos cardiovasculares e pressão arterial, e também na elevação dos níveis de HDL (MARQUES, 2013).

### 5.1 ATIVIDADE FÍSICA

A prática de atividade física tem sido recomendada para prevenção e tratamento de DCV, pois além de melhorar o perfil lipoproteico do paciente, reduzir os níveis plasmáticos de triglicérides e elevar os níveis de HDL-c, trata-se de uma medida de baixo custo que colabora com a perda de peso e reduz os riscos de trombose (PRADO; DANTAS, 2002; BAYS et al., 2013; MARQUES, 2013; FALUDI et al., 2017).

Quanto aos níveis de LDL-c, não há evidências da redução dos níveis plasmáticos, porém, a atividade física aumenta a cinética de LDL-c na circulação e prolonga o período que o LDL-c permanece na forma reduzida (FALUDI et al., 2017).

Alguns estudos apontam que a perda de massa corporal por meio de exercícios, principalmente em pacientes obesos, está associada à redução de TG (ZIOGAS; THOMAS; HARRIS, 1997).

Recomenda-se atividades físicas aeróbias, como caminhar, correr, andar, pedalar, nadar e dançar, sendo que a duração da atividade acaba sendo mais importante que a intensidade (MARQUES, 2013).

### 5.2 TERAPIA NUTRICIONAL

Dietas ricas em colesterol, carboidratos, AG saturados e *trans* e excessivas em calorias, obesidade e sedentarismo, associados às desordens do metabolismo das lipoproteínas, colaboram para a crescente incidência e prevalência de doença aterosclerótica. Dessa forma, a terapia nutricional sempre deverá ser adotada (XAVIER et al., 2013).

Os pacientes com dislipidemias devem reduzir o consumo de gorduras animais (provenientes de carne, leite integral e derivados) e polpa e leite de coco, além de alguns óleos vegetais, como os óleos de palma e dendê (BRASIL, 2013a).

Alimentos recomendados para pacientes com dislipidemias (MONASCUS, 2004; SBC, 2007; VELAYUTHAM; BABU; LIU, 2008; REINER et al., 2011; GHOSH, BAGCHI, KONISHI, 2014):

- **AG insaturados (ômega-3, ômega-6 e ômega-9):** bons substitutos isocalóricos dos AG saturados, pois diminuem os níveis de TG e LDL-c. Os AG poli-insaturados encontrados em óleos de soja, milho e girassol diminuem o nível de HDL-c quando utilizados em grande quantidade, efeito não observado nos AG monoinsaturados, encontrados em óleos de oliva e canola, abacate e oleaginosas;
- **Fitoesteróis:** análogos vegetais do colesterol, que exercem funções semelhantes nas células de tais organismos. Na absorção, eles competem com o colesterol, reduzindo a colesterolemia;

- **Proteína de soja:** apresenta uma redução modesta no LDL-c e é uma boa substituta para a proteína animal. O efeito sobre os níveis de TG e HDL é contraditório;
- **Antioxidantes:** inibem a oxidação da LDL. A suplementação de dietas com vitaminas antioxidantes (como as vitaminas C e E), porém, não apresenta evidências de prevenção à aterosclerose. A alimentação rica em frutas e vegetais diversificados confere quantidades apropriadas dessas substâncias e, provavelmente, fornecem algum efeito benéfico;
- **Fibras:** importantes controladoras diretas e indiretas da colesterolemia. As fibras solúveis, presentes em frutas e leguminosas, diminuem o tempo de trânsito intestinal e a absorção de colesterol; as fibras insolúveis aumentam a saciedade, diminuindo a ingestão calórica;
- **Catequinas:** compostos polifenólicos encontrados no chá verde. Tem demonstrado efeitos benéficos no perfil lipídico de pacientes em estudos epidemiológicos e clínicos, provavelmente atuando em diferentes pontos do metabolismo lipoproteico;
- **Arroz vermelho:** entre os seus nutrientes encontra-se as monacolinhas, inibidoras competitivas da HMG-CoA redutase. Age sobre a colesterolemia e os níveis de TG.

A dieta deve respeitar as preferências alimentares do paciente, ter composição adequada e paladar agradável. O indiví-

duo deverá ser orientado acerca de como selecionar os alimentos, da quantidade a ser consumida e do modo de preparo, bem como das possíveis substituições dos alimentos (XAVIER et al., 2013).

Caso a terapia farmacológica seja instituída posteriormente, é importante sensibilizar o paciente a não interromper a terapia nutricional e ressaltar que essa terapia deve ter acompanhamento profissional habilitado (médico ou nutricionista), pois será prescrita de acordo com o risco cardiovascular do paciente (SBNPE et al., 2010; MARQUES, 2013).

### 5.3 CONTROLE DE PESO CORPORAL

O controle de peso contribui na redução de pressão arterial, CT e TG, eleva os níveis de HDL e melhora a tolerância à glicose. Deverá estar associada à terapia nutricional e/ou prática de atividade física (MARQUES, 2013; FALUDI et al., 2017).

### 5.4 CESSAÇÃO DO TABAGISMO

A cessação do tabagismo sempre será benéfica, independentemente da fase da vida do fumante, pois a exposição à fumaça do cigarro causa prejuízos à vasodilatação dependente do endotélio em artérias coronárias, assim como em leitos microvasculares, contribuindo para a aterosclerose (FALUDI et al., 2017).

### 5.5 REDUÇÃO DE BEBIDA ALCÓOLICA

O consumo excessivo de bebidas alcóolicas associado a AG saturados po-

tencializa a elevação dos níveis de TG. O excesso de etanol inibe a lipase das lipoproteínas e, conseqüentemente, há uma redução na hidrólise de quilomícrons, levando à lipemia (FALUDI et al., 2017).

Além disso, o produto da metabolização do álcool é a acetilcoenzima A (acetil-CoA), principal precursora da síntese de AG (FALUDI et al., 2017).

## 5.6 MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC)

A medicina ocidental enfoca exclusivamente o local e o mecanismo de uma enfermidade, enquanto a MTC, por outro lado, centraliza no ajuste do organismo inteiro, auxiliando na remoção da causa da enfermidade que se liga ao “*Qi* nocivo” e na revitalização e reforço da resistência natural do corpo às doenças ligadas ao “*Qi* normal”. Além de agulhas, utiliza ervas, massagens, exercícios físicos e dietas alimentares (AMADERA et al., 2010; SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2001 apud ACC, s.d.).

Nesse contexto, na medicina ocidental as dislipidemias são consideradas alterações metabólicas lipídicas que elevam os níveis séricos de lipoproteínas (MARCQUES, 2013), na MTC estão relacionadas à umidade no baço (causada por dieta rica em alimentos oleosos, causando mucosidade, umidade e umidade turva) que na medicina ocidental é representada por colesterol e outras gorduras do sangue.

Segundo os conceitos da MTC, entre as principais funções do baço estão a transformação de alimentos e fluidos, nutrição dos músculos e manutenção do sangue dentro dos vasos sanguíneos, por isso, as síndromes do baço englobam tanto doenças digestivas quanto as que afetam a circulação sanguínea. O baço é suscetível às condições de umidade oriundas do clima e de fatores alimentares, principalmente a clima frio e úmido e alimentos gelados ou crus, solos férteis para o fator patogênico da umidade (MACIOCIA, 1996; ROSS, 1994 apud ACC, s.d.).

Se o baço funciona adequadamente, o corpo está forte e bem nutrido e, portanto, não há a ocorrência de sangramentos, edemas (fluidos) ou prolapsos (órgãos) (MACIOCIA, 1996; ROSS, 1994 apud ACC, s.d.).

Caso o baço esteja com alguma deficiência e falha na sua função, os fluidos acumulam-se na forma de umidade. Essa umidade obstrui o fluxo do *Qi* (energia) no aquecedor médio, interferindo na direção adequada desse fluxo ou no fluxo suave do *Qi* do fígado. Após um longo período de tempo, a obstrução causada pela umidade origina o calor (MACIOCIA, 1996 apud ACC, s.d.).

Cabe ressaltar que o tratamento da medicina oriental deve ser um complemento ao tratamento da medicina ocidental.

## 6 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Normalmente, o tratamento farmacológico é prescrito aos pacientes que não tiveram sucesso com a terapia nutricional, perda de peso, prática de exercícios físicos e cessação do tabagismo, porém, em pacientes com muito alto ou alto risco cardiovascular, o tratamento farmacológico é iniciado imediatamente (SANTOS, 2016; FALUDI et al., 2017).

A escolha do melhor medicamento será feita após avaliação laboratorial do perfil lipídico, assim como dos fatores de risco secundários ou comorbidades apresentadas pelo paciente (SANTOS, 2016).

Os medicamentos utilizados no tratamento das dislipidemias são divididos entre os medicamentos que agem predominantemente nas taxas séricas de colesterol e os que agem predominantemente nas taxas de TG

### 6.1 MEDICAMENTOS QUE AGEM NAS TAXAS SÉRICAS DE COLESTEROL

#### 6.1.1 Estatinas

As estatinas são os medicamentos de primeira escolha em terapias de prevenção primária e secundária, pois estudos mostraram redução de eventos isquêmicos coronários agudos, necessidade de revascularização do miocárdio e AVE. Reduzem os níveis de LDL-c por serem inibidores competitivos da HMG-CoA redutase, enzima necessária para a síntese do colesterol no fígado (FONSECA, 2005; BARROS; BARROS, 2010; MARQUES, 2013; SANTOS, 2016; FALUDI et al., 2017).

Atuam como inibidores específicos, reversíveis, competitivos e dose-dependentes da HMG-CoA redutase hepática, sendo que têm afinidade 10 mil vezes maior que o substrato endógeno, pois possuem na molécula um componente de estrutura análoga à HMG-CoA – substrato natural da enzima. Assim, a ação das estatinas pode, potencialmente, influenciar todo o conjunto de lipoproteínas circulantes que interagem com o LDL-r, como as LDL, as VLDL e os remanescentes de quilomícrons. A síntese hepática de apoB-100 também é inibida em alguns indivíduos como resultado da inibição da síntese de colesterol, levando à redução da síntese de VLDL-c e, conseqüentemente, de LDL-c (FONSECA, 2005; DELUCIA et al., 2007; FALUDI et al., 2017).

As estatinas apresentam diferença na capacidade de reduzir o LDL-c, porém todas se mostraram capazes de reduzir eventos e mortes cardiovasculares. Apesar de reduzir os níveis de TG e de elevar discretamente os níveis de HDL-c, estudos de prevenção primária ou secundária com estatinas, demonstraram que a variação desses níveis não influenciou na redução de eventos cardiovasculares (FALUDI et al., 2017).

Efeitos colaterais são raros no tratamento com estatinas, principalmente quando utilizadas de forma isolada, sem associação com outros medicamentos (BARROS; BARROS, 2010). Os efeitos musculares (mialgia e rabdomiólise) são os mais comuns e podem surgir em semanas ou anos após o início do tratamento (FALUDI et al., 2017).



Recomenda-se dosar a CK no início do tratamento, principalmente em indivíduos com alto risco de eventos adversos musculares. A avaliação basal das enzimas hepáticas (TGO e TGP) também deve ser realizada antes do início da terapia com estatina. A função hepática deve ser avaliada quando ocorrerem sintomas ou sinais sugerindo hepatotoxicidade (FALUDI et al., 2017).

### 6.1.2 Ezetimiba

Por atuar seletivamente nos receptores NPC1-L1, a ezetimiba inibe o transporte de colesterol no intestino delgado, o que leva a inibição da absorção do colesterol (principalmente do colesterol biliar), redução dos níveis de colesterol hepático e estímulo à síntese de LDL-r, consequentemente reduzindo os níveis plasmáticos de LDL-c (SANTOS, 2016; FALUDI et al., 2017).

Por outro lado, a ezetimiba não interfere na absorção de TG e vitaminas lipossolúveis (MARQUES, 2013).

É normalmente utilizada em monoterapia nos casos em que o paciente apresenta intolerância às estatinas, ou associada a doses toleradas de estatinas em pacientes que apresentam efeitos adversos com doses elevadas de estatina (FALUDI et al., 2017).

A ezetimiba é administrada em dose única diária de 10 mg, a qualquer hora do dia, com ou sem alimentação. Os efeitos colaterais são raros, mas quando acontecem estão, normalmente, relacionados com o trânsito intestinal. Recomenda-se não uti-

lizar a ezetimiba em pacientes com doença hepática aguda (FALUDI et al., 2017).

### 6.1.3 Resinas

As resinas, ou sequestradores de ácidos biliares, não são absorvidas devido ao seu grande peso molecular, por isso não devem ser administradas próximo do horário de outros medicamentos, já que podem interferir na absorção (BARROS; BARROS, 2010; FALUDI et al., 2017).

Atuam reduzindo a absorção enteral de ácidos biliares. Dessa forma, há redução nos níveis de colesterol celular hepático, podendo ocorrer aumento de VLDL e TG plasmáticos (SANTOS, 2016; FALUDI et al., 2017).

No Brasil, somente a colestiramina está disponível. Um estudo demonstrou que o desfecho primário combinado de morte por doença coronária e infarto do miocárdio foi reduzido em 19% (FALUDI et al., 2017).

Recomenda-se associar com estatinas apenas quando a meta de LDL-c não é obtida apesar do uso de estatinas potentes em doses efetivas.

A colestiramina, por não ser absorvida, pode ser administrada em crianças hipercolesterolêmicas. Além disso, é o único medicamento liberado para mulheres no período reprodutivo, gestantes e lactantes (MARQUES, 2013; FALUDI et al., 2017).

Os principais efeitos colaterais relacionam-se ao aparelho digestivo, por interferir na motilidade intestinal. Pode ocorrer redução na absorção de vitaminas lipossolúveis

(A, D, K e E) e ácido fólico. Seu uso deve ser evitado na hipertrigliceridemia, particularmente se houver níveis acima de 400 mg/dL (MARQUES, 2013; FALUDI et al., 2017).

## **6.2 MEDICAMENTOS QUE ATUAM PREDOMINANTEMENTE NOS TRIGLICERÍDEOS**

### **6.2.1 Fibratos**

Os fibratos são fármacos derivados do ácido fólico e a primeira escolha farmacológica para o tratamento da hipertrigliceridemia endógena quando as medidas não farmacológicas não apresentarem resultados satisfatórios (BARROS; BARROS, 2010; MARQUES, 2013; FALUDI et al., 2017).

Nos casos em que os TG forem muito elevados (> 500 mg/dL) ou no tratamento de dislipidemia mista com predomínio de hipertrigliceridemia, recomenda-se a introdução de fibratos associada a medidas não farmacológicas (FALUDI et al., 2017).

Sabe-se que os fibratos estimulam os receptores alfa ativados da proliferação dos peroxissomas (PPAR- $\alpha$ ), presente em vários tecidos, inclusive no hepático, elevando a expressão de genes associados à hidrólise de TG e à degradação de AG (SANTOS, 2016; FALUDI et al., 2017). O estímulo dos PPAR- $\alpha$  pelos fibratos também eleva os níveis de HDL, devido à maior síntese da apoA-I. Há ainda aumento da LLP no músculo e tecido adiposo (DELUCIA, 2007; FALUDI et al., 2017).

A ação dos fibratos sobre o LDL-c é vari-

ável. Dessa forma, o LDL-c pode permanecer inalterado, diminuir ou aumentar (BARROS; BARROS, 2010; FALUDI et al., 2017).

Alguns estudos clínicos demonstram que a monoterapia com fibratos tem alcançado resultados inconsistentes na redução dos eventos cardiovasculares (FALUDI et al., 2017).

### **6.2.2 Ácido nicotínico**

O ácido nicotínico reduz a lipólise no tecido adiposo, liberando menos AG para a corrente sanguínea. Também reduz a síntese de TG pelos hepatócitos e do LDL-c e aumenta o HDL-c (FALUDI et al., 2017). É, atualmente, o fármaco que mais aumenta os níveis séricos de HDL-c (BARROS; BARROS, 2010).

Pacientes com HDL-c baixo isolado, mesmo sem hipertrigliceridemia associada podem utilizar, excepcionalmente, o ácido nicotínico, que também pode ser utilizado como alternativa aos fibratos e estatinas ou em associação com esses fármacos em portadores de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia ou dislipidemia mista (FALUDI et al., 2017).

O ácido nicotínico de liberação intermediária possui melhor perfil de tolerabilidade aos efeitos adversos relacionados a rubor, prurido e hepatotoxicidade (FALUDI et al., 2017). Além disso, os efeitos relacionados ao rubor ocorrem com maior frequência no início do tratamento, portanto, recomenda-se o aumento gradual da dose. Cabe ressaltar que as metas terapêuticas são atingidas após vá-

rios meses de tratamento (BARROS; BARROS, 2010; FALUDI et al., 2017).

### 6.2.3 AG ômega 3

São AG poli-insaturados encontrados nos óleos de peixes – tanto DHA quanto EPA – e de certas plantas e nozes – principalmente o ácido alfa-linolenico (ALA) (FALUDI et al., 2017).

Quando administrados em altas doses (4 a 10g/dia), reduz os TG e a produção de VLDL pelo fígado e aumenta discretamente o HDL-c, porém pode aumentar o LDL-c (MARQUES, 2013; FALUDI et al., 2017).

## 6.3 FITOTERAPIA

A fitoterapia, além de possuir efeitos farmacológicos específicos no tratamento das dislipidemias, causa efeitos adversos mais leves que os fármacos sintéticos. Pode ser recomendada para prevenção ou tratamento complementar em pacientes com dislipidemias com níveis baixos de TG e LDL-c.

### 6.3.1 Alcachofra

Conhecida popularmente como alcachofra, a *Cynara scolymus L.* (Asteraceae) possui efeito hipolipemiante. Trata-se de uma terapia complementar com excelente tolerabilidade e bem recebida tanto por médicos quanto por pacientes (FINTELMANN; WEISS, 2010).

Entre as substâncias que constituem a alcachofra, a cinarina é responsável pela ação

hipocolesterolemizante e pela redução dos TG (FERREIRA et al., 2015). Estudos demonstram que a alcachofra inibe a síntese de colesterol nos hepatócitos (FINTELMANN; WEISS, 2010).

A alcachofra possui ação colerética-colagoga, por isso, aumenta a produção e a eliminação dos sais biliares, que possuem moléculas de colesterol em sua composição (QIANG et al., 2012; KALLUF, 2015). Além disso, inibe parcialmente a enzima HMG-CoA redutase, reduzindo a produção endógena de colesterol (GEBHARDT, 1998). Desse modo, tem sido recomendada no tratamento da hipercolesterolemia leve a moderada (BRASIL, 2014b; WIDER et al., 2013).

- **Parte utilizada:** folhas (BRASIL, 2014b);
- **Posologia:** tintura (2,5 a 5,0 mL da tintura diluídos em 75 mL de água, de 1 a 3 vezes ao dia) (PANIZZA; VEIGA; ALMEIDA, 2012);
- **Reações adversas:** alguns pacientes podem apresentar reação de hipersensibilidade. Pacientes portadores de cálculos biliares podem apresentar cólicas (ALONSO, 1998; PANIZZA; VEIGA; ALMEIDA, 2012);
- **Contraindicações:** gestantes, lactantes e indivíduos com cálculos e/ou obstrução das vias biliares (ALONSO, 1998; PANIZZA; VEIGA; ALMEIDA, 2012);
- **Interações:** hipoglicemiantes, insulina, cardiotônicos, anti-hipertensivos e diuréticos (PANIZZA; VEIGA; ALMEIDA, 2012).

### 6.3.2 Alho

O *Allium sativum* L. (Liliaceae), popularmente conhecido com alho, possui efeito hipocolesterolêmico. Como seus efeitos não são tão intensos quanto os efeitos dos fármacos sintéticos, é indicado para prevenção e tratamento complementar das dislipidemias. Além disso, seu efeito atinge o nível esperado somente após um período prolongado de utilização (FINTELMANN; WEISS, 2010).

Entre os componentes do alho, alil mercaptano, dialil-disulfido (alicina), S-alil-cisteína e compostos gama-glutâmicos são os responsáveis pela atividade hipocolesterolêmica (KALLUF, 2015).

Seu mecanismo de ação relaciona-se à sua expressiva atividade antioxidante, bem como à interação com a cascata de fosforilação da HMG-CoA redutase (BORLINGHAUS et al., 2014).

- **Parte utilizada:** bulbo (BRASIL, 2014b);
- **Posologia:** maceração (0,5 g em 30 mL de água 2 vezes ao dia antes das refeições) ou tintura (50 a 100 gotas diluídos em 75 mL de água, de 2 a 3 vezes ao dia);
- **Reações adversas:** doses elevadas podem causar vômito, tontura, diarreia, cólica intestinal, cefaleia e gastralgia. A utilização de alho tópico pode produzir dermatites de contato (PANIZZA; VEIGA; ALMEIDA, 2012);
- **Contraindicações:** gestantes, lactantes, menores de 3 anos, indivíduos com gastrite, úlcera gástrica, hipotensão e hipoglicemia. Não utilizar em casos de hemorragia (PANIZZA, 2010);

- **Interações:** anticoagulantes, hemostáticos, anti-inflamatórios não esteroidais, corticoides, glicosídeos cardiotônicos, antiplaquetários, hipoglicemiantes, expectorantes e antirretrovirais (SCHULTZ; TYLER; HANSEL, 2002; PANIZZA, 2010).

### 6.3.3 Outros

A fitoterapia oferece ainda uma variedade de plantas medicinais que possuem ação hipocolesterolêmica, embora em diferentes graus de evidência e vários casos baseados na tradicionalidade de uso.

Doses, marcadores, riscos e demais informações complementares variam de espécie para espécie, devendo ser consultadas individualmente para obtenção completa dos dados terapêuticos de cada uma.

As espécies ricas em componentes fitoquímicos amargos, como abacateiro, genciana e carqueja, por seus efeitos colerético-colagogo elevam a eliminação dos sais biliares, que apresentam colesterol em sua composição. Dessa forma, contribuem com a redução dos níveis de colesterol. Assim como a alcachofra, apresentada anteriormente, são contraindicadas em pacientes com cálculos biliares (SCHULTZ; TYLER; HANSEL, 2002).

Outro grupo de plantas de interesse nessa área são as ricas em polissacarídeos do tipo poliuirônicos, gomas, mucilagens e pectinas (por exemplo, psilium, fibra de maracujá, guar e farinha de aveia), que, por sua ação de intumescência, interferem na absorção de nutrientes, inclusive gorduras em geral. São utilizados em doses

expressivas, necessitam de administração com água em abundância, podem causar flatulência no início do tratamento e reduzem a absorção de diversos nutrientes (como proteínas e vitaminas) e medicamentos, portanto, devem ser adminis-

trados em horários diferentes (WEI et al., 2009).

No Quadro 3 apresentaremos algumas plantas que possuem ação importante na redução das dislipidemias.

**Quadro 3:** Plantas medicinais com ação hipocolesterolêmica.

| Nome popular               | Nome científico  | Parte utilizada          |
|----------------------------|--|--------------------------|
| <b>Abacateiro</b>          | <i>Persea americana</i>  | Folha e fruto            |
| <b>Alcaçuz</b>             | <i>Glycyrrhiza glabra</i>  | Raiz                     |
| <b>Alecrim</b>             | <i>Rosmarinus officinalis</i>                                    | Folha                    |
| <b>Alfafa</b>              | <i>Medicago sativa</i>   | Folha e semente          |
| <b>Aveia</b>               | <i>Avena sativa</i>  | Semente                  |
| <b>Azeitona</b>            | <i>Olea europaea</i>   | Folha                    |
| <b>Berinjela</b>           | <i>Solanum melongena</i>   | Fruto                    |
| <b>Boldo-baiano</b>        | <i>Vernonia condensata</i>                                       | Folha                    |
| <b>Carqueja</b>            | <i>Baccharis trimera</i>   | Parte aérea              |
| <b>Cavalinha</b>           | <i>Equisetum hiemale</i>   | Parte aérea              |
| <b>Celidônia</b>           | <i>Chelidonium majus</i>   | Planta inteira           |
| <b>Chapéu-de-couro</b>     | <i>Echinodorus grandiflorus</i>                                  | Folha                    |
| <b>Chá-verde/Chá-preto</b> | <i>Camellia sinensis</i>   | Folha                    |
| <b>Crataego</b>            | <i>Crataegus oxyacantha;</i><br><i>C. laevigata; C. monogyna</i> | Sumidade florida e fruto |
| <b>Cúrcuma/Açafrão</b>     | <i>Curcuma longa</i>   | Rizoma                   |
| <b>Dente-de-leão</b>       | <i>Taraxacum officinale</i>                                      | Parte aérea e raiz       |
| <b>Erva-mate</b>           | <i>Ilex paraguariensis</i>                                       | Folha                    |
| <b>Ginseng</b>             | <i>Panax ginseng</i>   | Raiz                     |
| <b>Guaraná</b>             | <i>Paullinia cupana</i>  | Fruto e Semente          |
| <b>Ipê-roxo</b>            | <i>Tabebuia avellanedae</i>                                      | Casca e lenho            |
| <b>Limão</b>               | <i>Citrus limonus</i>  | Fruto                    |
| <b>Melissa</b>             | <i>Melissa officinalis</i>                                       | Parte aérea              |
| <b>Nogueira</b>            | <i>Juglans cinerea</i>   | Folha                    |
| <b>Pata-de-vaca</b>        | <i>Bauhinia forficata</i>  | Folha                    |
| <b>Sacaca</b>              | <i>Croton cajucara</i>   | Cascas do tronco         |
| <b>Salsa parrilha</b>      | <i>Smilax officinalis</i>  | Raiz                     |
| <b>Sete-sangrias</b>       | <i>Cuphea carthagenensis</i>                                     | Planta inteira           |
| <b>Soja</b>                | <i>Glycine max</i>   | Semente                  |

Fonte: adaptado de MOURAD et al., 2009; PIZZIOLLO et al., 2011; PANIZZA; VEIGA; ALMEIDA, 2012; KALLUF, 2015.

## 6.4 HOMEOPATIA

Os tratamentos homeopáticos para dislipidemias atuam principalmente no fígado e no sistema cardiovascular. É importante que o paciente se conscientize da importância de mudar o estilo de vida e siga as terapias não farmacológicas, já tratadas no capítulo 5, concomitantemente com o tratamento homeopático.

Destacamos a seguir os principais tratamentos homeopáticos para dislipidemias (VANNIER; POIRIER, 1987; BOERICKE, 1997; CAIRO, 2002; PEÇANHA, 2007; JOTZ et al., 2008):

- *Chelidonium majus* D3
- *Lycopodium* 5CH a 9CH
- *Cholesterinum* 7CH a 200CH
- *Phosphorus* 5CH a 7CH
- *Sepia* 5CH a 30CH

## 7 ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA A PACIENTES COM DISLIPIDEMIAS

A orientação farmacêutica a pacientes com dislipidemia é extremamente importante, pois, além de ser um distúrbio de alta incidência na população, grande parte dos pacientes não consegue atingir a meta terapêutica (SANTOS, 2016).

Nesse contexto, a consulta farmacêutica introduz uma nova rotina de aconselhamento farmacêutico e abre caminho para a prestação de outros serviços farmacêuticos, tais como o acompanhamento do paciente com dislipidemias, o que contribui para o aumento da adesão ao tratamento. Além disso, a consulta farmacêutica diminui custos nos sistemas de saúde e melhora a qualidade de vida dos pacientes (CORRER; OTUKI, 2013; SANTOS, 2016).

Cabe destacar que é durante a consulta que o farmacêutico busca prevenir e resolver problemas relacionados à saúde e à farmacoterapia, por meio de colaboração e interação direta com o paciente (CORRER; OTUKI, 2013).

Diversos fatores, como polifarmácia, potencial de toxicidade, alto custo dos medicamentos, faixa etária, indicações de medicamentos por leigos e até divergência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente, colaboram para a não adesão terapêutica, dificultando a obtenção das metas terapêuticas (EIZERICK; MANFROI, 2007; SANTOS, 2016).

O farmacêutico deve, então, avaliar a farmacoterapia de todos os distúrbios/comorbidades, pois diversos medicamentos podem causar dislipidemias e/ou interagir com os hipolipemiantes, alterando a sua ação, e orientar a respeito dos horários da administração prescritos e da importância da adesão e manutenção do tratamento (SANTOS, 2016).

### 7.1 CONSULTA FARMACÊUTICA <sup>2</sup>

Para que o farmacêutico realize uma consulta estruturada, recomenda-se seguir os itens a seguir (CRF-SP, 2016):

- **Acolhimento:** início da construção de um relacionamento terapêutico entre o farmacêutico e o paciente, que deve apresentar o propósito e a estrutura da consulta e atentar às questões de conforto e privacidade do paciente;
- **Coleta de dados:** é importante que todos os dados sobre o perfil do paciente, história clínica e de medicação sejam coletados e analisados e que as necessidades do paciente sejam atendidas. Quando a consulta é agendada, recomenda-se que o paciente leve os medicamentos, receitas médicas e os últimos exames. É importante que o farmacêutico:
  - ◇ identifique os dados pessoais do paciente, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, uso de drogas ilícitas, hábitos de higiene e

<sup>2</sup> Para mais informações sobre consulta farmacêutica, leia o Fascículo XI – Consulta e prescrição farmacêutica do projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde. O fascículo está disponível para *download* gratuito no portal do CRF-SP: [portal.crfsp.org.br](http://portal.crfsp.org.br).

- prática de atividade física, sua rotina e hábitos alimentares;
- ◇ registre, detalhadamente, os problemas de saúde do paciente e reúna informações sobre o estado clínico atual de cada um deles;
  - ◇ verifique ocorrências médicas que não obrigatoriamente estejam relacionadas aos problemas atuais do paciente (hospitalizações, acidentes, lesões, entre outras);
  - ◇ verifique se o paciente utilizou algum medicamento no passado para o problema de saúde atual e de qual forma foi utilizado;
  - ◇ questione sobre o uso de medicamentos para problemas progressivos relevantes;
  - ◇ questione se o paciente realiza algum tratamento com Práticas Alternativas e Complementares (PIC), verificando qual é a prática envolvida e para qual finalidade está sendo utilizada;
  - ◇ questione ao paciente se algum medicamento que ele utiliza ocasiona incômodo e se ele sente ou sentiu, nos últimos meses, algum dos sintomas mais comuns que podem ser causados por medicamentos.
- **Análise situacional:** o farmacêutico deve analisar os problemas de saúde do paciente e os medicamentos utilizados, procurando identificar os resultados negativos, manifestados ou suspeitos, associados à medicação;
  - **Elaboração do plano de cuidado:** deve incluir a definição de metas terapêuticas, intervenções farmacêuticas, ações a serem realizadas pelo paciente, responsabilidades e atividades pactuadas entre paciente e farmacêutico, agendamento para retorno e acompanhamento. Para atingir as metas terapêuticas, o farmacêutico pode empreender tantas intervenções quantas forem necessárias. As principais intervenções farmacêuticas são:
    - ◇ prescrição farmacêutica: além de terapias não farmacológicas e outras intervenções relativas ao cuidado com a saúde do paciente, é permitido ao farmacêutico prescrever medicamentos cuja finalidade terapêutica não exija prescrição médica e medicamentos cuja dispensação exija prescrição médica, desde que respeitado o disposto na Res. CFF nº 586/2013;
    - ◇ educação e orientação farmacêutica ao paciente: pretende-se que ele assuma uma maior responsabilidade em relação à própria saúde e, conseqüentemente, contribua para atingir as metas terapêuticas. Tem como objetivo principal estimular a adesão ao tratamento proposto. O farmacêutico deve focar a orientação nas metas terapêuticas e nas mudanças de comportamento que serão necessárias;



- ◇ notificação<sup>3</sup>: instrumento universal empregado para implementação da farmacovigilância;
- ◇ fechamento da consulta: nesse momento, o farmacêutico deve garantir que o paciente entendeu todas as orientações e colocar-se à disposição caso surja alguma dúvida ou dificuldade após a consulta. Deve-se definir o prazo e frequência de retorno do paciente, para avaliar os resultados do tratamento e das intervenções.
- **Acompanhamento do paciente:** as consultas de retorno servem para o acompanhamento individual do paciente. Os pacientes com tratamentos mais complexos ou dificuldade em utilizar medicamentos requerem acompanhamento mais longo e retornos mais frequentes, de forma a alcançar os resultados propostos pelas metas terapêuticas. É de suma importância que o farmacêutico tome as devidas providências de acordo com cada caso:
  - ◇ **Resolução do problema:** o tratamento deverá ser encerrado, devendo-se reforçar as orientações sobre hábitos saudáveis;
  - ◇ **Persistência ou piora dos sintomas:** encaminhar o paciente a outro profissional de saúde;

- ◇ **Surgimento de novos problemas de saúde:** reiniciar um novo processo de consulta farmacêutica.

## 7.2 EXAMES LABORATORIAIS

O item XI do artigo 7º da Res. CFF nº 585/2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico, determina que é atribuição do farmacêutico solicitar exames laboratoriais, no âmbito de sua competência profissional, com a finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia.

Para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com dislipidemias, recomenda-se a avaliação laboratorial do perfil lipídico, composto pelas determinações de TG e CT e suas frações (LDL-c, VLDL-c e HDL-c) (SANTOS, 2016).

Para realizar o exame laboratorial de dosagem do perfil lipídico, recomenda-se que o paciente mantenha sua dieta habitual. Estudos têm mostrado que o jejum de 12 horas não é mais necessário para a realização do exame, pois o estado pós-prandial não interfere na concentração de CT, HDL e algumas apolipoproteínas (FALUDI et al., 2017).

A concentração de TG sofre alteração com essa mudança, conforme mostra a Tabela 1, e como a elevação dos TG no estado

<sup>3</sup> De acordo com o inciso I do artigo 13º da Lei nº 13.021/2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas, obriga-se ao farmacêutico, no exercício de suas atividades a “notificar os profissionais de saúde e os órgãos sanitários competentes, bem como o laboratório industrial, dos efeitos colaterais, das reações adversas, das intoxicações, voluntárias ou não, e da farmacodependência observados e registrados na prática da farmacovigilância”.



pós-prandial é indicativa de maior risco cardiovascular, recomenda-se repetir o exame em jejum de 12 horas caso a concentração de TG esteja muito elevada (> 440 mg/dL). O laboratório deve informar no laudo as duas diferentes situações: sem jejum e com jejum de 12 horas, de acordo com o critério do médico solicitante (FALUDI et al., 2017).

Vale ressaltar que o período de jejum de

12 horas não representa nosso estado metabólico normal, pois, normalmente, não ficamos todo esse tempo sem nos alimentar. Pacientes idosos, com diabetes, gestantes e crianças devem se beneficiar do fim do jejum, evitando hipoglicemias secundárias ao jejum prolongado (FALUDI et al., 2017).

**Tabela 1:** Valores referenciais e de alvo terapêutico do perfil lipídico em adultos com mais de 20 anos.

| Lipídeos | Com jejum (mg/dL) | Sem jejum (mg/dL) | Categoria referencial |
|----------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| CT *     | < 190             | < 190             | Desejável             |
| HDL-c    | > 40              | > 40              | Desejável             |
| TG       | < 150             | < 175 **          | Desejável             |

| Categoria de risco    |           |                   |                   |
|-----------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| Categoria referencial | Lipídeos  | Com jejum (mg/dL) | Sem jejum (mg/dL) |
| Baixo                 | LDL-c     | < 130             | < 130             |
| Intermediário         |           | < 100             | < 100             |
| Alto                  |           | < 70              | < 70              |
| Muito alto            |           | < 50              | < 50              |
| Baixo                 | Não HDL-c | < 160             | < 160             |
| Intermediário         |           | < 130             | < 130             |
| Alto                  |           | < 100             | < 100             |
| Muito alto            |           | < 80              | < 80              |

\* Nos casos em que CT > 310 mg/dL, há probabilidade de hipercolesterolemia familiar;

\*\* Nos casos em que TG > 440 mg/dL em exames coletados sem jejum, recomenda-se que o paciente repita o exame em jejum de 12h.

Fonte: adaptado de FALUDI et al., 2017.

### 7.2.1 Análises do perfil lipídico e apolipoproteínas

A avaliação do CT é importante para mensurar o risco cardiovascular. Porém, para a avaliação adequada, é imperativa a análise das frações de colesterol HDL (HDL-c), colesterol LDL (LDL-c) e colesterol não HDL-c (FALUDI et al., 2017).

Em indivíduos com altos níveis de TG, a dosagem do não HDL-c tem o objetivo de estimar a quantidade de lipoproteínas aterogênicas circulantes no plasma. Os níveis elevados de TG se associam, frequentemente, a baixos níveis de HDL-c e a altos níveis de partículas de LDL pequenas e densas, mas a grande variabilidade biológica dos TG é a principal fonte de oscilações em seus resultados (FALUDI et al., 2017).

Outros exames podem ser solicitados em casos específicos de tratamentos com hipolipemiantes para avaliação da segurança da terapêutica, como descrito a seguir (TUNEU; GASTELURRUTIA; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, 2003; SANTOS, 2016):

- **Determinação de CK:** quando há administração de estatinas e fibratos, deve ser avaliada periodicamente, pois há risco de miopatia. Cerca de 10% dos pacientes que fazem tratamentos com esses medicamentos apresentam queixas musculares;
- **Dosagem das transaminases hepáticas:** as estatinas raramente causam toxicidade hepática e, mesmo quando elevam as transaminases, os níveis frequente-

mente voltam ao normal sem a interrupção do tratamento. Dessa forma, aconselha-se realizar esse exame de 6 a 12 semanas após o início do tratamento ou aumento da dose das estatinas. No caso de monoterapia com ezetimiba, não há efeitos significativos na função hepática. Porém, quando associada com estatinas, podem ocorrer alterações na função hepática. Assim, recomenda-se avaliar as transaminases hepáticas antes do início da terapêutica e, periodicamente, durante o tratamento;

- **Contagem de leucócitos:** aconselha-se realizar esse exame no início do tratamento com fibratos, pois há risco de leucopenia. Caso o farmacêutico detecte redução significativa dos leucócitos, deve encaminhar o paciente ao médico com a sugestão de substituição farmacológica.

Alguns estudos demonstram que o ácido nicotínico eleva as transaminases séricas, lactato desidrogenase (LDH), glicemia, ácido úrico, bilirrubina total e amilase, além de reduzir os níveis de fósforo e plaquetas. Recomenda-se que o farmacêutico monitore também os níveis dessas substâncias e esteja atento a falsas alterações causadas pelo ácido nicotínico, como falsas elevações de catecolaminas plasmáticas e urinárias por determinação fluorimétrica e resultados falso-positivos em testes de glicose na urina, pela interferência no reagente de Benedict (SANTOS, 2016).

## 7.3 PACIENTES QUE REQUEREM ATENÇÃO ESPECIAL

De modo geral, o uso de medicamentos não é isento de riscos, por isso, o farmacêutico deve redobrar sua atenção nos casos em que o usuário for idoso, criança, gestante, lactante ou possuir comorbidades, como hipotireoidismo e hepatopatias<sup>4</sup> (CRF-SP, 2014; XAVIER, 2013).

O farmacêutico deve buscar estratégias para que o paciente entenda a sua situação clínica, a importância do diagnóstico, do tratamento medicamentoso e das medidas não farmacológicas (EIZERIK; COSTA; MANFROI, 2008).

### 7.3.1 Idosos

As dislipidemias mais comuns nos idosos são as secundárias, originadas a partir de alguma comorbidade, como hipotireoidismo, diabetes *mellitus*, síndrome nefrótica e obesidade, por isso, é raro um idoso apresentar grandes elevações de CT, TG e LDL-c, características das dislipidemias primárias de origem genética (SBC, 2007; FALUDI et al., 2017).

Além disso, sabe-se que a partir dos 60 anos os níveis de CT começam a cair ligeiramente e que as dislipidemias, assim como o hipotireoidismo, são mais comuns no sexo feminino (CESENA; XAVIER; LUZ, 2005; FALUDI et al., 2017).

O organismo dos idosos sofre uma série de alterações que modificam o comportamento dos medicamentos e há risco aumentado de interação medicamentosa devido às comorbidades e à polifarmácia. Por isso, o farmacêutico deve prestar atenção em diversos fatores, como a idade do paciente, o perfil de longevidade familiar, a presença de outros fatores de risco comuns nessa faixa etária, presença de doença arterial coronariana e o estado físico geral (ANABUKI et al., 2005).


É preciso ter o cuidado de garantir que a doença que desencadeia a dislipidemia secundária seja tratada de forma adequada, pois situações de polifarmácia podem ocorrer e alterar a concentração sérica dos demais medicamentos administrados (SBC, 2007).

### 7.3.2 Crianças

A utilização de medicamentos em crianças demanda atenção especial, principalmente porque estão mais sujeitas às intoxicações e a administração correta do medicamento depende dos pais ou responsáveis (ANVISA, 2010 apud CRF-SP, 2012).

Após avaliar o histórico familiar e constatar que parentes de primeiro grau apresentam dislipidemias ou que a criança apresenta manifestação de aterosclerose

<sup>4</sup> Para mais informações consulte o “fascículo VIII – Dispensação de medicamentos”, disponível para *download* gratuito no portal do CRF-SP: [www.crfsp.org.br](http://www.crfsp.org.br).



prematura ou algum dos fatores de risco para dislipidemias, comorbidades (hipotireoidismo, síndrome nefrótica, imunodeficiência, entre outros), se há utilização de corticoides, imunossupressores, antirretrovirais e outras drogas que possam induzir a elevação do colesterol, o farmacêutico deve orientar os pais ou responsáveis a procurar um médico para o correto diagnóstico (CRF-SP, 2012; SBC, 2007).

O farmacêutico deve se certificar que todas as orientações quanto à administração, horários e possíveis reações adversas sejam fornecidas aos pais ou responsáveis para contribuir com a adesão ao tratamento e o sucesso da terapia medicamentosa (CRF-SP, 2012).

### 7.3.4 Gestantes e lactantes

No período da gravidez e amamentação, a atenção dos profissionais de saúde deve se voltar para a mãe e para o bebê. Parte dos medicamentos ingeridos pela mulher e/ou seus metabólitos atravessam a barreira placentária ou são secretados no leite. Diante disso, é preciso considerar os potenciais riscos e benefícios da utilização de medicamentos e somente aqueles que são indispensáveis ao bem-estar da mãe devem ser utilizados neste período, após criteriosa avaliação médica (ANVISA, 2010 apud CRF-SP, 2012).

Cabe ao farmacêutico sempre perguntar às mulheres em idade fértil se estão amamentando ou gestantes, para evitar

que elas façam uso de medicamentos e coloquem em risco a saúde do bebê que já nasceu ou que está por vir. Por isso, deve orientá-las a procurar o médico, para que ele avalie se é necessária uma terapia medicamentosa e posteriormente fornecer todas as orientações quanto à administração, horários e possíveis reações adversas, de forma a contribuir com a adesão ao tratamento e o sucesso da terapia medicamentosa (CRF-SP, 2012).

### 7.3.5 Outros grupos de risco para as dislipidemias

As principais comorbidades que associadas com as dislipidemias merecem total atenção são (FALUDI et al., 2017):

- Síndrome coronária aguda;
- Doença renal crônica;
- Hepatopatias;
- Insuficiência cardíaca;
- HIV;
- Diabetes *mellitus*;
- Doenças autoimunes;
- Hipotireoidismo.

Dessa forma, caso o farmacêutico se depare com algum paciente que apresente alguma das comorbidades citadas acima, deve orientá-lo a seguir o tratamento corretamente e voltar à farmácia ou ao médico caso perceba algum desconforto.

É importante ressaltar que pacientes pós-transplantados também são considerados um grupo de risco e merecem total atenção do profissional (FALUDI et al., 2017).



Assim como nos grupos apresentados anteriormente, o farmacêutico deverá fornecer todas as orientações quanto à administração, horários e possíveis reações adversas dos medicamentos prescritos, de forma a contribuir com a adesão ao tratamento e o sucesso da terapia medicamentosa (CRF-SP, 2012).



## REFERÊNCIAS





ACC. **Dislipidemias**: Conceitos do oriente ao ocidente. Disponível em: <<http://accfisioterapia.com.br/site/dislipidemias-conceitos-do-oriente-ao-ocidente/>>. Acesso em: 10 out. 2017.

ALONSO, J.R. **Tratado de fitomedicina**: bases clínicas y farmacológicas. Buenos Aires: Isis, 1998. 1038 p.

ANABUKI, F.Y. et al. O papel do farmacêutico na farmácia comunitária na educação do paciente portador de dislipidemias. **Infarma**, Brasília, DF, v. 16, n. 13-14, p. 85-88, 2005. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/72/i08-infopapel.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

BAENA, C.P. et al. Ischaemic heart disease deaths in Brazil: current trends, regional disparities and future projections. **Heart**, London, v. 99, n. 18, p. 1359-1364, set. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23886609>>. Acesso em: 9 ago. 2016.

BALBINOT, R.A.A. Diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade: análise da legislação na Argentina, no Brasil e na Colômbia. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 91-107, jul./out. 2014. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/rdisan/article/view/88360/91236>>. Acesso em: 20 set. 2017.

BARROS, E.; BARROS, H.M.T. **Medicamentos na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 936p.

BAYS, H.E. et al. Obesity, adiposity, and dyslipidemia: A consensus statement from the National Lipid Association. **Journal of Clinical Lipidology**, Jacksonville, v. 7, n. 4, p. 304-383, jul./ago. 2013.

BOERICKE, W. **Manual de Matéria médica homeopática**: os sintomas – guia e características dos principais medicamentos (clínico e patogênicos). Trad. Álvaro Mesquita Júnior. São Paulo: Robe, 1997. 430 p.

BORLINGHAUS, J. et al. Allicin: chemistry and biological properties. **Molecules**, Basel, v. 19, n. 8, p. 12591-12618, 2014. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/0fda/a465206d2db3a4ae421ddfb4826fe6e6c3df.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **A Saúde no Brasil**: estatísticas essenciais 1990-2000. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatisticas\\_992000.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatisticas_992000.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro: situações e desafios atuais. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 200, de 25 de fevereiro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de fev. 2013a. Seção 1, p. 116. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0200\\_25\\_02\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0200_25_02_2013.html)>. Acesso em: 18 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regula as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de set. 2013b. Seção 1, p. 186. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 586, de 29 de agosto 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 de set. 2013c. Seção 1, p. 136. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Resolu%C3%A7%C3%A3o586\\_13.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Resolu%C3%A7%C3%A3o586_13.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 596, de 21 de fevereiro de 2014. Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 mar. 2014a, Seção 1, p. 99. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/596.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 02, de 13 de maio de 2014. Publica a “Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado” e a “Lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado”. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 mai. 2014b, Seção 1, p. 58. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/int0002\\_13\\_05\\_2014.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/int0002_13_05_2014.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Subchefia para assuntos jurídicos da Casa Civil. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 ago. 2014c. Seção 1, p.1, edição extra. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm)>. Acesso em: 10 out. 2017.

CAIRO, N. **Guia de medicina homeopática**. 23. ed. São Paulo: Livraria Teixeira, 2002. 1058 p.

CAPUTO, A.C.; MELO, H.P. A industrialização brasileira nos anos de 1950: uma análise

da instrução 113 da SUMOC. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 515-538, jul./set. 2009. Suplemento 5. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/ee/article/view/35981/38698>>. Acesso em: 20 set. 2017.

CESENA, F.H.Y.; XAVIER, H.T.; LUZ, P.L. Terapia hipolipemiante em situações especiais: hipotireoidismo e hepatopatias. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 85, n. 4, p. 28-33, out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v85s5/v85s5a08.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.

CORRER, C.J.; OTUKI, M.F. (Org.) **A Prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 442 p.

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

\_\_\_\_\_. **Projeto: Farmácia Estabelecimento de Saúde**. Fascículo X – Cuidados Farmacêuticos no Tratamento de Pacientes com Depressão. São Paulo: CRF-SP, 2014.

\_\_\_\_\_. **Projeto: Farmácia Estabelecimento de Saúde**. Fascículo XI – Consulta e Prescrição Farmacêutica. São Paulo: CRF-SP, 2016.

CRF-RS, Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul. **Risco cardíaco pelo prolongamento do intervalo QT**. Disponível em: <<https://crfrs.org.br/portal/pagina/noticias-detalhes.php?idn=703>>. Acesso em: 11 out. 2017.

DAUDT, C.V.G. **Fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis em uma comunidade universitária do sul do Brasil (UFRGS)**. 2013. 177 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/88424>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

DELUCIA, R. et al. **Farmacologia integrada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2007. 701 p.

DEVARENNE, T.P.; GHOSH, A.; CHAPPELL J. Regulation of Squalene Synthase, a Key Enzyme of Sterol Biosynthesis, in Tobacco. **Plant Physiology**, Rockville, v. 129, n. 3, p. 1095–1106, jul. 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC166504/>>. Acesso em: 09 ago. 2016.

EIZERIK, D.P.; COSTA, A.F.; MANFROI, W.C. Educação de pacientes em dislipidemia: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 3, p. 207-210, 2008. Disponível em: <[http://www.rbfarma.org.br/files/136\\_pag\\_207a210\\_educacao\\_pacientes.pdf](http://www.rbfarma.org.br/files/136_pag_207a210_educacao_pacientes.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2017.

EIZERIK, D.P.; MANFROI, W.C. Eficácia da atenção farmacêutica em dislipidemia: revisão sistemática. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 37-40, 2007.

FALUDI A.A. et al. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose – 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 109, n. 2, p. 1-76, ago. 2017. Suplemento 1. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02\\_DIRETRIZ\\_DE\\_DISLIPIDEMIAS.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2017.

FARIA NETO, J.R. et al. ERICA: prevalence of dyslipidemia in Brazilian adolescents. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 1s-10s, 2016. Suplemento 1. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102016000200311](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000200311)>. Acesso em: 09 ago. 2016.

FERREIRA, C.E.S. et al. Clinical correlation between a point-of-care testing system and laboratory automation for lipid profile. **Clinica Chimica Acta**, Milano, v. 446, p. 263-266, jun. 2015.

FERREIRA, C.E.S.; FONSECA, F.A.H; MANGUEIRA, C.P.T. A PCSK9 e sua relevância clínica com os novos alvos terapêuticos contra a dislipidemia. **Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 526-527, out./dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n4/pt\\_v10n4a24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n4/pt_v10n4a24.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2017

FINTELMANN, V.; WEISS, R.F. **Manual de Fitoterapia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 546p.

FONSECA, F.A.H. Farmacocinética das estatinas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 85, n. 4, p. 9-14, out. 2005. Suplemento 5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v85s5/v85s5a03.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.

GEBHARDT, R. Inhibition of cholesterol biosynthesis in primary cultured rat hepatocytes by artichoke (*Cynara scolymus L.*) extracts. **The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics**, Bethesda, v. 286, n. 3, p. 1122-1128, 1998. Disponível em: <<http://jpet.aspetjournals.org/content/jpet/286/3/1122.full.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.

GHOSH, D.K.; BAGCHI, D.; KONISHI, T. **Clinical aspects of functional foods and nutraceuticals**. Boa Raton: CRC Press, 2014. 474 p.

GODOY-MATOS, A.F. **Síndrome metabólica**. São Paulo: Atheneu, 2005. 356 p.

GOTTLIEB, M.G.V.; BONARDI, G.; MORIGUCHI, E.H. Fisiopatologia e aspectos inflamatórios da aterosclerose. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 203-207, jul./set. 2005. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/27245938.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

HAMMER, G.D.; MCPHEE, S. J. (Eds.). **Pathophysiology of disease: an introduction to clinical medicine**. 7. ed. New York: McGraw-Hill /Medical, 2014. 762 p.

HARDMAN, J.G.; LIMBIRD L.E. (Eds.). **Goodman & Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica**. 10. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2003. 1647 p.

HAVEL, R.J.; KANE, J.P.; KASHYAP, M.L. Interchange of apolipoproteins between chylomicrons and high density lipoproteins during alimentary lipemia in man. **The Journal of Clinical Investigation**, Michigan, v. 52, n. 1, p. 32-38, jan. 1973. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC302224/?page=1>>. Acesso em: 21 set. 2017.

JANSON, L.W.; TISCHLER, M.E. **The big picture**: Medical biochemistry. New York: McGraw-Hill/Medical, 2012. 432 p.

JIA, L.; BETTERS, J.L.; YU, L. Niemann-Pick C1-Like 1 (NPC1L1) protein in intestinal and hepatic cholesterol transport. **Annual Review of Physiology**, Palo Alto, v. 73, p. 239-259, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3965667/>>. Acesso em: 09 ago. 2016.

JOTZ, J.C.P. et al. Efeito do *Chelidonium majus* D3 sobre a hipercolesterolemia experimentalmente induzida em coelhos. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 52, n. 1, p. 29-33, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.amrigs.org.br/revista/52-01/ao06.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2017.

KALLUF, L. **Fitoterapia Funcional**: dos princípios ativos à prescrição de fitoterápicos. 2. ed. São Paulo: Metha, 2015. 346 p.

KASPER, D.L. et al. (Eds.). **Harrison's Principles of Internal Medicine**. 19. ed. New York: McGraw-Hill/Medical, 2015. 2v, 3000 p.

KEMP, W.L.; BURNS, D.K.; BROWN, T.G. **The big picture**: pathology. New York: McGraw-Hill/Medical, 2007. 456 p.

MARQUES, L.A.M. **Atenção Farmacêutica em Distúrbios Maiores**. 2. ed. São Paulo: Livraria e Editora Medfarma, 2013. 444 p.

*MONASCUS purpureus* (red yeast rice): monograph. **Alternative Medicine Review**, Napa, v. 9, n. 2, p. 208-210, 2004. Disponível em: <<http://www.altmedrev.com/publications/9/2/208.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2017.

MOURAD, A.M. et al. Influence of soy lecithin administration on hypercholesterolemia. **Cholesterol**, London, v. 2010, p. 1-4, 2010. Disponível em: <[https://pdfs.semanticscholar.org/ff10/25de501972f22d0eccc51de7ee02f3f410bf.pdf?\\_ga=2.88481241.391878503.1506348749-576240741.1506348749](https://pdfs.semanticscholar.org/ff10/25de501972f22d0eccc51de7ee02f3f410bf.pdf?_ga=2.88481241.391878503.1506348749-576240741.1506348749)>. Acesso em: 25 set. 2017.

OBRELI NETO, P.R.; BALDONI, A.O.; GUIDONI, C.M. (Orgs.). **Farmacoterapia**: guia terapêutico de doenças mais prevalentes. São Paulo: Pharmabooks, 2013. 422 p.

PANIZZA, S.T. **Como prescrever ou recomendar plantas medicinais e fitoterápicos**. São Luís: Conbrafito, 2010. 250 p.

PANIZZA, S.T.; VEIGA, R.S.; ALMEIDA, M.C. **Uso tradicional de plantas medicinais e fitoterápicos**. São Luís: Conbrafito, 2012. 267 p.

PEÇANHA, P.C. **Homeopatia da criança e do adolescente: terapêutica das patologias mais comuns**. São Paulo: Clube de Autores, 2007. 658 p.

PIZZIOLO, V.R. et al. Plantas com possível atividade hipolipidêmica: uma revisão bibliográfica de livros editados no Brasil entre 1998 e 2008. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 98-109, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v13n1/v13n1a15>>. Acesso em: 05 out. 2017.

POZZAN, R. et al. Dislipidemia, síndrome metabólica e risco cardiovascular. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 97-104, abr./maio/jun. 2004. Disponível em: <[http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2004\\_02/a2004\\_v17\\_n02\\_art04.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2004_02/a2004_v17_n02_art04.pdf)>. Acesso em: 21 set. 2017.

PRADO, E.S.; DANTAS, E.H.M. Efeitos dos exercícios físicos aeróbio e de força nas lipoproteínas HDL, LDL e Lipoproteína(a). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 429-433, out. 2002. Disponível em: <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/02/exerc-aerobios-e-de-forca-nas-lipoproteinas.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

QIANG, Z. et al. Artichoke extract lowered plasma cholesterol and increased fecal bile acids in golden Syrian hamsters. **Phytotherapy Research**, Hoboken, v. 26, n. 7, p. 1048-1052, jul. 2012.

REINER, Z. et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. **European Heart Journal**, v. 32, p. 1769-1818, 2011. Disponível em: <[https://www.escardio.org/static\\_file/Escardio/Guidelines/publications/DYSLIPguidelines-dyslipidemias-FT.pdf](https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Guidelines/publications/DYSLIPguidelines-dyslipidemias-FT.pdf)>. Acesso em: 09 ago. 2016.

SANTOS, P.C.J.L. **Atenção Farmacêutica: Contexto Atual, Exames Laboratoriais e Acompanhamento Farmacoterapêutico**. 1. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2016.

SBC, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Consenso brasileiro sobre dislipidemias: detecção, avaliação e tratamento. 1994. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 67, n. 2, p. 113-128, ago. 1996. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/1994/6301/63010014.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

SBC, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, p. 1-19, abr. 2007. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2007/diretriz-DA.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2017.

SBNPE, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL. et al. Terapia Nutricional nas Dislipidemias. **Projeto Diretrizes**, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de medicina, p. 1-6, jun. 2010. Disponível em: <[https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/terapia\\_nutricional\\_nas\\_dislipidemias.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_nas_dislipidemias.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2017.

SCHULTZ, V.; TYLER, V.E.; HANSEL, R. **Fitoterapia racional**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2002.

SES-MT/CPFT, Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso/Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica. **Tratamento Farmacológico da Dislipidemia e Profilaxia da Aterosclerose no SUS**. Parecer Técnico, n. 19, mai. 2015. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/cpft/arquivos/520/documentos>>. Acesso em: 10 out. 2017.

TROY, D.B. (Ed.). **Remington: The Science and practice of Pharmacy**. 21. ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. 2393 p.

TUNEU, L; GASTELURRUTIA M.Á.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. **Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre dislipemias**. Granada: Universidad de Granada, 2003. 35 p. Disponível em: <[http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA\\_DISLIPEMIAS.pdf](http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DISLIPEMIAS.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2017.


VANNIER, L.; POIRIER, J. **Tratado de matéria médica homeopática**. 9. ed. São Paulo: Andrei, 1987. 448 p.

VELAYUTHAM, P.; BABU, A.; LIU, D. Green tea catechins and cardiovascular health: an update. **Current Medicinal Chemistry**, Cambridge, UK, v. 15, n. 18, p. 1840-1850, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2748751/>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

WEI, Z.H. et al. Time- and dose-dependent effect of Psyllium on serum lipids in mild-to-moderate hypercholesterolemia: a meta-analysis of controlled clinical trials. **European Journal of Clinical Nutrition**, New York, v. 63, n. 7, p. 821-827, 2009. Disponível em: <<http://www.nature.com/ejcn/journal/v63/n7/full/ejcn200849a.html?foxtrotcallback=true>>. Acesso em: 25 set. 2017.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular Diseases (CVDs)**. Maio, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>>. Acesso em: 09 out. 2017.

WIDER, B. et al. Artichoke leaf extract for treating hypercholesterolaemia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Hoboken, v. 28, n. 3, p. CD003335, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/artichoke\\_leaf\\_extract\\_for\\_treating\\_hypercholesterolaemia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/artichoke_leaf_extract_for_treating_hypercholesterolaemia.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2017.



XAVIER, H.T. et al. V diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 101, n. 4, p. 1-22, out. 2013. Suplemento 1. Disponível em: <[http://www.anad.org.br/wp-content/uploads/2015/07/v\\_diretriz\\_brasileira\\_de\\_dislipidemias.pdf](http://www.anad.org.br/wp-content/uploads/2015/07/v_diretriz_brasileira_de_dislipidemias.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2017.

ZIOGAS, G.G.; THOMAS, T.R.; HARRIS, W.S. Exercise training, postprandial hypertriglyceridemia, and LDL subfraction distribution. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, Indianapolis, v. 29, n. 8, p. 986-991, ago. 1997.





## APÊNDICES





## APÊNDICE A



## APÊNDICE A: QUADROS DE MEDICAMENTOS

| ÁCIDO NICOTÍNICO (NIACINA)         |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Modo de administração</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Via oral</li> <li>Utilizar de preferência 1 vez ao dia, à noite e após refeição para evitar desconforto gastrointestinal</li> <li>Evitar administrar com líquidos quentes, pois podem potencializar os efeitos adversos da niacina</li> </ul>   |
| <b>Mecanismo de ação</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Agente antilipemiante</li> <li>Inibe de forma parcial a liberação de AG livres do tecido adiposo, aumenta a atividade da LLP, que aumenta a taxa de remoção de TG do quilomícron do plasma</li> <li>Reduz CT, apolipoproteína B, TG, VLDL, LDL, lipoproteína A e aumenta HDL e outros componentes e subfrações</li> </ul>   |
| <b>Propriedades farmacológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Absorção: 30 a 60 min</li> <li>Biodisponibilidade: 60-76%</li> <li>Metabolismo: hepático, de primeira passagem</li> <li>Meia-vida: 20-48 minutos</li> <li>Excreção: urinária (60-88%)</li> </ul>  |
| <b>Contraindicações</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula</li> <li>Hepatopatia ativa</li> <li>Elevação persistente e inexplicável de transaminases séricas</li> <li>Úlcera péptica ativa</li> <li>Hemorragia arterial</li> </ul>  |
| <b>Reações adversas</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Cardiovasculares:</b> arritmias, edema, fibrilação atrial, hipotensão ortostática, palpitação, taquicardia</li> <li><b>Dermatológicas:</b> acantose nigricans, diaforese, hiperpigmentação, prurido, <i>rash</i> cutâneo, <i>rash</i> cutâneo maculopapular, ressecamento da pele, rubor, urticária, xeroderma</li> <li><b>Endócrinas e metabólicas:</b> gota, hiperuricemia, hiperglicemia, início de diabetes, redução da tolerância à glicose, redução dos níveis de fósforo</li> <li><b>Gastrointestinais:</b> diarreia, dispepsia, dor abdominal, dor dental e na gengiva, eructação, flatulência, náusea, úlcera péptica, vômito</li> <li><b>Hematológicas:</b> aumento do tempo de protrombina, redução da contagem de plaquetas</li> <li><b>Hepáticas:</b> aumento de bilirrubina no soro, aumento de enzimas hepáticas, esteatose, hepatite, hepatotoxicidade, icterícia, necrose hepática (rara)</li> <li><b>Neurológicas:</b> arrepios, cefaleia, dor, enxaqueca, insônia, parestesia, miastenia, nervosismo, síncope, sudorese, tontura</li> <li><b>Neuromusculares e esqueléticas:</b> aumento dos níveis de CK, câimbras em membros inferiores, dor, fraqueza, mialgia, miopatia, rabdomiólise</li> <li><b>Oculares:</b> ambliopia tóxica, edema macular, visão turva</li> <li><b>Respiratórias:</b> dispneia, tosse</li> <li><b>Miscelânea:</b> reações de hipersensibilidade (rara)</li> </ul> |

(continua na página seguinte)

(continuação)

### ÁCIDO NICOTÍNICO (NIACINA)

#### Advertências e precauções

- Utilizar com cautela em pacientes alcoolistas crônicos, angina instável ou infarto agudo do miocárdio (IAM), diabetes *mellitus* (pode elevar principalmente a glicemia de jejum), nefropatia, colecistopatia ativa (dose exacerbada), gota, histórico de hepatopatia ou de uso de anticoagulantes
- Monitorar a função hepática, a creatina fosfoquinase e o potássio se houver uso concomitante ou suspeita de miopatia
- Não intercambiar produtos de liberação imediata ou prolongada
- A presença de rubor é comum, porém, pode ser reduzida aumentando gradualmente a dose e/ou utilizando ácido acetilsalicílico de 30 a 60 minutos antes do ácido nicotínico
- A adesão ao tratamento é maior na administração de 2 vezes ao dia
- Utilizar com cautela em pacientes com angina instável ou IAM, principalmente com o uso concomitante de drogas vasoativas (ex.: nitratos, bloqueadores dos canais de cálcio, agentes bloqueadores adrenérgicos); pacientes com predisposição para gota, pois pode ocorrer aumento de ácido úrico, e em pacientes com insuficiência renal
- Pode reduzir os níveis de fósforo
- Utilizar com cautela em pacientes com histórico de úlcera péptica
- Pode ocorrer aumento do tempo de protrombina e redução na contagem de plaquetas, principalmente com o uso concomitante de anticoagulantes
- Utilizar com cautela em pacientes com histórico hepatobiliar ou icterícia
- Há relatos de rabdomiólise com o uso concomitante de inibidores da HMG-CoA redutase. O risco de rabdomiólise aumenta em pacientes com diabetes *mellitus*, insuficiência renal ou hipotireoidismo não controlado

**Fator de risco na gravidez: C**

### ATORVASTATINA

#### Modo de administração

- Via oral
- Pode ser administrado com alimentos, em qualquer horário do dia
- Quando administrada em dose única diária, recomenda-se ingerir à noite, por ser o horário de maior síntese de colesterol

#### Mecanismo de ação

- Agente antilipemiante
- Inibe de forma seletiva e competitiva a HMG-CoA redutase, uma enzima limitante na etapa que converte a 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A em mevalonato, um esteroide precursor do colesterol
- Aumenta o número de receptores de LDL hepáticos sobre a superfície celular, para aumentar a absorção e o catabolismo de LDL

(continua na página seguinte)

(continuação)

| ATORVASTATINA               |  |
|-----------------------------|--|
| Propriedades farmacológicas | <ul style="list-style-type: none"><li>• Absorção: rápida, através do trato gastrointestinal (TGI)</li><li>• Início de ação: 3-5 dias (a redução máxima dos lipídeos séricos ocorre em 4-8 semanas)</li><li>• Metabolismo: hepático, com formação de metabólitos ativos e inativos</li><li>• Ligação plasmática: <math>\geq 98\%</math></li><li>• Meia-vida: 14 horas</li><li>• Excreção: biliar e urinária (2% como droga inalterada)</li></ul>  |
| Contraindicações            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula</li><li>• Hepatopatia ativa</li><li>• Elevação persistente e inexplicável de transaminases séricas</li><li>• Gestantes e lactantes</li></ul>   |
| Reações adversas            | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Cardiovasculares:</b> angina, arritmia, dor torácica, derrame cerebral, hipotensão postural, vasculite sistêmica</li><li>• <b>Dermatológicas:</b> alopecia, dermatomiosite, fotossensibilidade, petéquia, prurido, rash cutâneo, urticária</li><li>• <b>Gastrointestinais:</b> diarreia, dispepsia, esofagite, náusea, obstipação, pancreatite, vômito</li><li>• <b>Endócrino e metabólico:</b> diabetes <i>mellitus</i>, gota</li><li>• <b>Geniturinárias:</b> cistite, infecção do trato urinário</li><li>• <b>Hematológico:</b> trombocitopenia</li><li>• <b>Hepáticas:</b> aumento de transaminases, doenças colestáticas, insuficiência hepática, hepatite autoimune, hepatite</li><li>• <b>Imunológicas:</b> anafilaxia, doença autoimune, lúpus eritematoso sistêmico</li><li>• <b>Neurológicas:</b> acidente vascular encefálico hemorrágico, cefaleia, disfasia, distúrbios do sono, enxaqueca, esclerose lateral amiotrófica, síncope, parestesia</li><li>• <b>Neuromusculares e esqueléticas:</b> artralgia, artrite, disfunção do músculo, fadiga, fraqueza, mialgia, miastenia, miopatia, miosite, neuropatia periférica, rabdomiólise, ruptura do tendão, torcicolo</li><li>• <b>Renal:</b> nefrite</li><li>• <b>Reprodutivo:</b> impotência</li><li>• <b>Respiratórias:</b> faringite, dispneia, dor faringolaríngea, nasofaringite</li><li>• <b>Ocular:</b> catarata, diplopia, glaucoma, oftalmoplegia, ptose da pálpebra</li><li>• <b>Miscelânea:</b> contratura tendinosa, dor nas extremidades, edema angioneurótico, eritema multiforme, hemorragia retal, hemorragia vaginal, hipercinesia, infecção, necrólise epidérmica, paralisia facial, reação alérgica, síndrome similar à gripe, síndrome de Stevens-Johnson, surdez, zumbido</li></ul> |

(continua na página seguinte)

(continuação)

### ATORVASTATINA

#### Advertências e precauções

- Pode causar disfunção hepática
- Utilizar com cautela em pacientes que consomem grande quantidade de álcool ou que apresentem histórico de hepatopatia
- Há relatos de rabdomiólise com insuficiência renal aguda, relacionado à dose e ao uso concomitante de agentes redutores de lipídios que podem causar rabdomiólise (genfibrozila, derivados do ácido fibríco ou niacina em doses  $\geq 1$  g/dia) ou durante o uso concomitante de inibidores potentes da CYP3A4 (amiodarona, cetoconazol, ciclosporina, claritromicina, eritromicina, itraconazol, nefazodona, suco de toranja (*grapefruit*) em grande quantidade, verapamil ou inibidores da protease, como indinavir, nelfinavir ou ritonavir). Avaliar o risco-benefício ao combinar um desses medicamentos com atorvastina
- Suspender temporariamente ou interromper o tratamento, quando as condições que predisõem os pacientes à rabdomiólise e à insuficiência renal estão presentes (distúrbio, por exemplo, sepse, hipotensão, trauma, cirurgia de grande porte, convulsões não controladas e distúrbios metabólicos, endócrinos, como hipotireoidismo e de eletrólitos graves)
- Descontinuar o uso em pacientes com condição aguda ou grave que predisponha à insuficiência renal secundária e à rabdomiólise
- Utilizar com cuidado em pacientes com idade avançada, pois são predispostos à miopatia
- Evitar o uso concomitante de ciclosporina, genfibrozila, telaprevir e tipranavir/ritonavir
- Utilizar com cautela em pacientes com esclerose lateral amiotrófica (ELA) preexistente e com histórico de insuficiência renal

**Fator de risco na gravidez: X**

### BEZAFIBRATO

#### Modo de administração

- Via oral
- Pode ser administrado junto com ou após as refeições

#### Mecanismo de ação

- Agente antilipemiante
- Aumenta o catabolismo de VLDL e conseqüentemente as lipoproteínas e as atividades de lipase de TG hepáticos

#### Propriedades farmacológicas

- Absorção: rápida e adequada (> 90%)
- Biodisponibilidade: 100% na liberação imediata e 70% na liberação prolongada
- Ligação plasmática: 94-96%
- Meia-vida: 1-2 horas
- Excreção: fecal (2-3%) e urinária (95%)

(continua na página seguinte)





(continuação)

| <b>BEZAFIBRATO</b>               |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Contraindicações</b>          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula</li><li>• Disfunção hepática ou renal</li><li>• Cirrose biliar primária</li><li>• Colecistopatia preexistente</li><li>• Uso concomitante de IMAO</li><li>• Contraindicado para hiperlipoproteinemia tipo I</li><li>• Hipoalbuminemia</li><li>• Síndrome nefrótica</li><li>• Uso concomitante de inibidores da HMG-CoA redutase</li><li>• Gestação e lactação</li></ul>   |
| <b>Reações adversas</b>          | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Dermatológicas:</b> eczema, exantema, prurido, <i>rash</i> cutâneo, urticária, exantema</li><li>• <b>Endócrinas e metabólicas:</b> aumento dos níveis séricos de homocisteína e hiperprolactinemia ligeira</li><li>• <b>Gastrintestinais:</b> cálculo biliar, diarreia, dispepsia, dor abdominal, flatulência, gastrite, náusea, pancreatite, plenitude gástrica, obstipação, vômito</li><li>• <b>Hematológicas:</b> anemia, diminuição de hemoglobina e da contagem de glóbulos brancos</li><li>• <b>Hepáticas:</b> aumento de transaminases, doenças colestáticas</li><li>• <b>Imunológico:</b> anafilaxia, reação alérgica</li><li>• <b>Neurológicas:</b> cefaleia, discinesia, enxaqueca, insônia</li><li>• <b>Neuromusculares e esqueléticas:</b> aumento de creatina fosfoquinase, dores musculares, rabdomiólise (raro), miosite, miopatia</li><li>• <b>Reprodutiva:</b> perda da libido</li><li>• <b>Renais:</b> nefrotoxicidade (aumento de creatinina e ureia plasmática)</li></ul> |
| <b>Advertências e precauções</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• O bezafibrato é hepatotóxico. Suspender o tratamento se não houver resposta em 3 meses</li><li>• Utilizar com cautela em pacientes com histórico de icterícia ou distúrbio hepático. Foram observadas provas de função hepática anormais, porém reversíveis com a suspensão do medicamento</li><li>• O bezafibrato foi associado à miosite ou à rabdomiólise (raras). O risco aumenta com o uso concomitante de inibidores da HMG-CoA redutase ou ciclosporina</li><li>• A redução da dose é necessária em casos de comprometimento renal</li><li>• Utilizar com cautela em pacientes com hipoalbuminemia ou síndrome nefrótica</li><li>• Utilizar com cautela em crianças, devido ao estudo limitado</li></ul> <p><b>Fator de risco na gravidez:</b> não recomendado (sem fator de risco atribuído pelo <i>Food and Drug Administration</i> (FDA))</p>  |



| CIPROFIBRATO                       |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Modo de administração</b>       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Via oral</li></ul>  |
| <b>Mecanismo de ação</b>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Agente antilipemiante</li><li>• Aumento da atividade da LLP, enzima que facilita o catabolismo de partículas ricas em TG</li></ul>  |
| <b>Propriedades farmacológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Absorção: rápida e adequada (&gt; 90%) quando administrado junto com as refeições</li><li>• Ligação plasmática: &gt; 95%</li><li>• Meia-vida: 38-86 horas</li><li>• Excreção: biliar (&lt;1%) e urinária (95%)</li></ul>  |
| <b>Contraindicações</b>            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula</li><li>• Uso concomitante com outro fibrato</li><li>• Insuficiência hepática e insuficiência renal graves</li><li>• Lactação, gravidez e ou suspeita de gravidez</li></ul>   |
| <b>Reações adversas</b>            | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Dermatológicas:</b> alopecia, eczema, fotossensibilidade induzida por droga, <i>rash</i> cutâneo, reações cutâneas (erupção, prurido e urticária)</li><li>• <b>Gastrintestinais:</b> diarreia, dor abdominal, indigestão, náusea, vômito</li><li>• <b>Endócrino:</b> homocistenemia</li><li>• <b>Hematológica:</b> trombocitopenia</li><li>• <b>Hepáticas:</b> doenças colestáticas, testes de função hepática anormal</li><li>• <b>Neurológicas:</b> cefaleia, sonolência, tontura, vertigem</li><li>• <b>Neuromusculares e esqueléticas:</b> aumento de CK, mialgia, miosite, rabdomiólise</li><li>• <b>Outros:</b> fadiga</li></ul>   |
| <b>Advertências e precauções</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Evitar o uso com inibidores da HMG-CoA redutase. Se o uso concomitante for necessário, avaliar o risco-benefício e consultar informações de prescrição do inibidor da HMG-CoA redutase para mais orientações</li><li>• Evitar o uso em pacientes com intolerância à galactose, deficiência de lactose Lapp ou má absorção de glucose-galactose</li><li>• Utilizar com cautela em pacientes com insuficiência hepática, pois pode causar lesão hepática</li><li>• Há relatos de miopatia. O risco aumenta em pacientes com insuficiência renal, hipoalbuminemia, incluindo síndrome nefrótica, hipotireoidismo, alcoolismo, idosos, histórico pessoal ou familiar de alterações musculares hereditárias, histórico prévio de toxicidade muscular com outro fibrato. A interrupção pode ser necessária</li><li>• Há relatos de rabdomiólise. O risco aumenta com o uso de doses mais elevadas (200 mg ou mais) e com o uso concomitante de outros fibratos ou inibidores da HMG-CoA redutase. O monitoramento é recomendado</li></ul> <p><b>Fator de risco na gravidez:</b> não recomendado (sem fator de risco atribuído pelo FDA)</p> |



| COLESTIRAMINA                      |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Modo de administração</b>       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Via oral</li><li>• Tomar antes ou com as refeições</li></ul>  |
| <b>Mecanismo de ação</b>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Agente antilipemiante</li><li>• Resina de poliamina sintética. Reduz o colesterol plasmático ao ligar os ácidos biliares no intestino e inibir sua reabsorção e ciclo entero-hepático e aumentar sua excreção fecal. A interrupção da recirculação de ácido biliar entero-hepática ativa a enzima colesterol-7-alfa-hidroxilase para sintetizar mais ácidos biliares resultando na redução de estoques de colesterol intra-hepático. A diminuição do colesterol intra-hepático aumenta o número de receptores de LDL no fígado, aumentando a depuração do LDL-c da circulação</li></ul>   |
| <b>Propriedades farmacológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Absorção: não é absorvida</li><li>• Excreção: fecal (complexos insolúveis com os ácidos biliares)</li></ul>   |
| <b>Contraindicações</b>            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula</li><li>• Obstrução biliar completa</li></ul>   |
| <b>Reações adversas</b>            | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Gastrintestinal:</b> acidose, azia, desconforto abdominal, esteatorreia, flatulência, hemorragia de úlcera duodenal, náuseas, vômitos</li><li>• <b>Renal:</b> cálculo na uretra</li><li>• <b>Hematológica:</b> deficiência de vitamina, desordem na coagulação, hipoprotrombinemia</li><li>• <b>Outros:</b> arrote, dor retal, irritação perianal, ganho ou perda de peso</li></ul>  |
| <b>Advertências e precauções</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• O risco de sangramento aumenta, durante o uso crônico, devido à deficiência de vitamina K (hipoprotrombinemia). A suplementação com vitamina K, oral ou parentérica, pode ser necessária</li><li>• Pode ocorrer redução de soro ou folato de células vermelhas. A suplementação com ácido fólico pode ser necessária</li><li>• Pode agravar ou aumentar o risco de impactação fecal, em pacientes com obstipação preexistente. O ajuste de dose é necessário. O monitoramento é recomendado</li><li>• Contém fenilalanina. Utilizar com cautela em pacientes com fenilcetonúria</li><li>• Obstipação induzida pelo medicamento pode agravar a condição de pacientes com doença arterial coronariana</li><li>• Pode ocorrer acidose hiperclorêmica, especialmente em pacientes jovens ou crianças</li><li>• Insuficiência renal</li><li>• Depleção do volume</li><li>• Não utilizar em monoterapia</li></ul> <p><b>Fator de risco na gravidez: C</b></p> |



| EZETIMIBA                          |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Modo de administração</b>       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Via oral</li><li>• Pode ser administrado com ou sem as refeições</li><li>• Pode ser administrado com estatinas, fenofibrato e com inibidor da HMG-CoA redutase</li><li>• Utilizar duas horas antes ou quatro horas após a administração de resinas sequestradoras de ácido biliar</li></ul>   |
| <b>Mecanismo de ação</b>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Agente antilipemiante</li><li>• Reduz o colesterol no sangue. Atua na borda em escova do intestino delgado e inibe a absorção de colesterol, que leva à diminuição da entrega do colesterol intestinal para o fígado. Isso causa redução do acúmulo de colesterol hepático e aumento da eliminação do colesterol a partir do sangue, esse mecanismo distinto é complementar ao dos inibidores da HMG-CoA redutase</li></ul>   |
| <b>Propriedades farmacológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Pico plasmático: 4-12 horas</li><li>• Biodisponibilidade: variável</li><li>• Metabolismo: hepático e intestinal, com formação de metabólitos ativos</li><li>• Ligação a proteínas plasmáticas: 99,7%</li><li>• Meia-vida: 22 horas</li><li>• Excreção: biliar (78% inalterada) e urinária (11%)</li></ul>   |
| <b>Contraindicações</b>            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula</li><li>• Uso concomitante de estatinas em pacientes com doença hepática ativa ou elevação persistente e inexplicável de transaminases séricas</li><li>• Gestação e lactação, quando utilizada com estatina</li></ul>   |
| <b>Reações adversas</b>            | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Cardiovasculares:</b> fadiga, tontura</li><li>• <b>Gastrintestinais:</b> diarreia, dor abdominal, náusea, pancreatite</li><li>• <b>Hematológica:</b> trombocitopenia</li><li>• <b>Hepáticas:</b> aumento das enzimas hepáticas, doenças colestáticas, hepatite, icterícia</li><li>• <b>Imunológicas:</b> anafilaxia, reações de hipersensibilidade (incluindo angioedema e <i>rash</i> cutâneo)</li><li>• <b>Neurológicas:</b> cefaleia, depressão, tontura</li><li>• <b>Neuromusculares e esqueléticas:</b> artralgia, aumento de transaminases e de creatina fosfoquinase, desordem do músculo, dor lombar, dor no membro, mialgia, miopatia, rabdomiólise</li><li>• <b>Respiratórias:</b> infecção do trato respiratório superior, nasofaringite, sinusite</li><li>• <b>Miscelânea:</b> fadiga, urticária</li></ul> |

(continua na página seguinte)

(continuação)

### EZETIMIBA

#### Advertências e precauções

- Utilizar com cautela em pacientes com comprometimento renal ou hepático leve. O uso não é recomendado no comprometimento hepático moderado ou grave
- O uso concomitante de fenofibrato (160 mg/dia) pode aumentar a taxa de colecistectomia
- Há relatos de níveis elevados das transaminases com uso concomitante de estatina, em relação ao uso de estatina sozinha. A interrupção pode ser necessária
- O uso concomitante de fibratos, exceto fenofibrato, não é recomendado
- Pode ocorrer miopatia (ex.: rabdomiólise). O risco aumenta em pacientes idosos, com hipotireoidismo, que utilizam doses mais elevadas de estatinas, tipo de estatina utilizada ou a utilização de fibrato. Interromper o uso simultâneo de ezetimiba e estatina ou tratamento com fibratos se houver suspeita de miopatia
- O risco de miopatia em pacientes com insuficiência renal aumenta. Utilizar com cautela e acompanhar os pacientes com insuficiência renal moderada a grave e que estão fazendo uso concomitante de sinvastatina (dose superior a 20 mg/dia)
- Não há informações sobre lactação, mas o risco não deve ser descartado

**Fator de risco na gravidez: C**

### FENOFIBRATO

#### Modo de administração

- Via oral
- Administrar junto com as refeições

#### Mecanismo de ação

- Agente antilipemiante
- Pró-fármaco rapidamente hidrolisado para sua forma farmacologicamente ativa, o ácido fenofíbrico, que aumenta a atividade da LLP entre 33 e 37%. Essa enzima catalisa a lipólise do núcleo de TG do quilomícron e o catabolismo de VLDL, reduzindo assim os níveis de TG em 30 a 60%. A LLP também promove um aumento nos níveis de HDL

#### Propriedades farmacológicas

- Absorção: 60-90%
- Ligação plasmática: > 95%
- Meia-vida: 20-22 horas
- Excreção: fecal (25%) e urinária (60-90%)

#### Contraindicações

- Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula
- Afecção da vesícula biliar
- Doenças colestáticas preexistentes
- Disfunção hepática ou renal grave, incluindo cirrose biliar primária e anormalidades persistentes e inexplicáveis da função hepática
- Insuficiência renal grave, incluindo pacientes com doença em estágio final ou aqueles em diálise
- Gestação

(continua na página seguinte)

(continuação)

## FENOFIBRATO

### Reações adversas

- **Cardiovasculares:** hiper-homocistenemia, tromboflebite
- **Dermatológicas:** fotossensibilidade, necrólise epidérmica tóxica, prurido, pustulose, *rash* cutâneo, síndrome de Stevens-Johnson, urticária, exantemática generalizada aguda
- **Endócrinas e metabólicas:** diminuição de HDL, ginecomastia
- **Gastrintestinais:** diarreia, dispepsia, doenças colestáticas, dor abdominal, náuseas, pancreatite
- **Geniturinárias:** insuficiência renal aguda, nefrotoxicidade
- **Hematológicas:** anemia, trombocitopenia, diminuir nível de hematócrito, diminuição de hemoglobina, diminuição da contagem de glóbulos brancos, trombose venosa profunda
- **Hepáticas:** aumenta TGP, aumento de creatina fosfocinase, cirrose hepática, doenças colestáticas, elevação das transaminases, esteatose, nível elevado de TGO, provas de função hepática anormais
- **Imunológica:** herpes-zóster e simples, infecção, reação alérgica, reação de hipersensibilidade
- **Neurológicas:** cefaleia, tontura
- **Neuromusculares e esqueléticas:** artralgia, aumento de CK, dor muscular, espasmo muscular, lombalgia, mialgia, miopatia, miosite, rabdomiólise
- **Renais:** aumento de creatinina sérica, função renal anormal, insuficiência renal, nefrotoxicidade
- **Respiratórias:** embolia pulmonar, infecção do trato respiratório superior, nasofaringite, rinite, sinusite
- **Reprodutiva:** disfunção sexual
- **Miscelânea:** cisto, diaforese, hérnia

### Advertências e precauções

- Monitorar regularmente por meio de provas de função hepática
- Pode ocorrer elevação significativa das transaminases hepáticas. Há relatos de hepatites hepatocelular, crônica ativa e colestática
- A utilização concomitante de varfarina deve ser cuidadosa. Pode ser necessário ajustar a terapia com varfarina
- A utilização concomitante de inibidores da HMG-CoA redutase deve ser cuidadosa. Pode causar miopatia e rabdomiólise
- O risco de miopatia, incluindo rabdomiólise, aumenta em pacientes diabéticos, com hipotireoidismo, com insuficiência renal leve a moderada e em idosos
- Suspender o tratamento se não houver resposta após dois meses com a dose diária máxima
- Há relatos de alterações hematológicas, incluindo ligeira a moderada diminuição da hemoglobina, hematócrito, leucócitos e plaquetas
- Raramente podem ocorrer reações de hipersensibilidade

(continua na página seguinte)

(continuação)

### FENOFIBRATO

#### Advertências e precauções

- Evitar o uso concomitante de estatinas. Avaliar risco-benefício
- Há relatos de diminuição da apolipoproteína A1 e pancreatite
- Pode ocorrer colelitíase. Suspender o tratamento se houver formação de cálculos biliares
- Há relatos de eventos tromboembólicos venosos, como trombose venosa profunda e embolia pulmonar, redução grave de HDL, trombocitopenia, agranulocitose, elevação das transaminases séricas (TGP e TGO) mais de 3 vezes o limite superior normal, relacionado à dose e da creatinina no soro
- Há relatos de reações de hipersensibilidade, incluindo síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica

**Fator de risco na gravidez: C**

### FLUVASTATINA

#### Modo de administração

- Via oral
- Pode ser administrado com ou sem alimentos

#### Mecanismo de ação

- Agente antilipemiante
- Inibe competitivamente a HMG-CoA redutase, enzima que catalisa a redução de HMG-CoA em mevalonato, este é um passo limitante na biossíntese de colesterol. O HDL aumenta enquanto o LDL, VLDL, apolipoproteína B e os TG plasmáticos diminuem

#### Propriedades farmacológicas

- Absorção: superior a 95%
- Metabolismo: hepático, de primeira passagem
- Biodisponibilidade: 24% (liberação imediata); 29% (liberação prolongada)
- Ligação plasmática: 98%
- Meia-vida: < 3 horas (liberação imediata); 7-10 horas (liberação prolongada)
- Excreção: fecal (95%) e urinária (5%)

#### Contraindicações

- Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula
- Hepatopatia ativa
- Elevação persistente das transaminases séricas
- Gestação e lactação

#### Reações adversas

- Cardiovasculares: vasculite
- Dermatológicas: alopecia, angioedema, alterações nas unhas, dermatomiosite, descoloração e fotossensibilidade da pele, eritema multiforme, erupção cutânea, necrólise epidérmica tóxica, paresia facial, prurido, púrpura, urticária, xerodermia
- Endócrina e metabólica: aumento de glicose no soro, disfunção da tireoide, hemoglobina glicosilada elevada (HbA1c)

(continua na página seguinte)

(continuação)

## FLUVASTATINA

### Reações adversas

- Gastrointestinais: diarreia, disgeusia, dispepsia, dor abdominal, náusea, obstipação, pancreatite, vômito
- Geniturinárias: cistite, infecção do trato urinário
- Hematológicas: anemia hemolítica, aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS), aumento da velocidade de sedimentação globular (VSG), eosinofilia, leucopenia, trombocitopenia
- Hepáticas: aumento das enzimas hepáticas, cirrose biliar primária, doenças colestáticas, esteatose, hepatite autoimune, hiperbilirrubinemia, insuficiência hepática, necrose hepática, neoplasia hepática
- Imunológica: anafilaxia, doenças autoimunes, lúpus eritematoso sistêmico, reação de hipersensibilidade, rubor
- Neurológicas: amnésia, anorexia, ansiedade, cefaleia, depressão, disfunção cognitiva, esclerose lateral amiotrófica, fadiga, insônia, neuropatia periférica, paralisia do nervo periférico, tontura, transtorno psíquico, tremor
- Neuromusculares e esqueléticas: atropatia, artralgia, artrite, aumento da CK, cólica muscular, disfunção do músculo, mialgia, miopatia, miopatia necrotizante imuno mediada, miosite, polimialgia reumática, polimiosite, rabdomiólise, ruptura do tendão, tendinite
- Ocular: catarata, comprometimento do movimento extra-ocular, oftalmoplegia, visão turva
- Reprodutiva: diminuição da libido, disfunção erétil
- Respiratórias: bronquite, dispneia, doença pulmonar intersticial,
- Miscelânea: calafrio, ginecomastia, mucosas secas, fator antinuclear (FAN) alterado à síndrome de Stevens-Johnson

### Advertências e precauções

- Monitorar a função hepática por avaliações laboratoriais periódicas
- Utilizar com cautela em pacientes que consomem grandes quantidades de álcool ou que apresentem histórico de hepatopatia, que fazem uso de medicações concomitantes ou em condições que reduzem a esteroidogênese
- Suspender o uso temporariamente se houver condição aguda ou grave que predisponha à insuficiência renal secundária e à rabdomiólise
- Utilizar com cautela em pacientes idosos, pois são predispostos à miopatia e em pacientes com preexistência de ELA
- Há relatos de aumento dos níveis de hemoglobina glicada e glicemia sérica
- Há relatos de insuficiência hepática. Descontinuar o uso se sintomático e/ou hiperbilirrubinemia ou ocorrência de icterícia
- O risco de miopatia aumenta em pacientes com hipotireoidismo inadequadamente tratado
- Há relatos de miopatia autoimune. Interromper o uso imediatamente se houver diagnóstico ou suspeita de miopatia

(continua na página seguinte)



(continuação)

### FLUVASTATINA

#### Advertências e precauções

- Suspender o uso temporariamente, quando as condições que predisõem os pacientes à rabdomiólise e à insuficiência renal estão presentes (distúrbio, por exemplo, sepse, hipotensão, trauma, cirurgia de grande porte, convulsões não controladas, distúrbios metabólicos, endócrinos ou de eletrólitos graves)
- Há relatos de elevação persistente dos níveis das transaminases séricas

**Fator de risco na gravidez: X**

### GENFIBROZILA

#### Modo de administração

- Via oral
- Administrar de estômago vazio, 30 minutos antes do café da manhã e do jantar

#### Mecanismo de ação

- Efeito hipolipemiante, estimula receptor alfa ativado pelo proliferador de peroxissoma, diminui TG e aumenta níveis de HDL e VLDL

#### Propriedades farmacológicas

- Início de ação: pode exigir muitos dias
- Ligação plasmática: 99%
- Meia-vida: 1,5 horas
- Metabolismo: hepático
- Excreção: fecal (6%) e urinária (70%)

#### Contraindicações

- Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula
- Uso concomitante de dasabuvir, repaglinida ou sinvastatina
- Disfunção hepática, incluindo cirrose biliar primária
- Doença da vesícula biliar preexistente
- Disfunção renal grave

#### Reações adversas

- **Cardiovascular:** doença vascular periférica, extra-sístoles, fibrilação atrial, vasculite
- **Dermatológicas:** alopecia, angioedema, dermatite, dermatomiosite, dermatite esfoliativa, eczema de hipersensibilidade, erupção cutânea, fotossensibilidade da pele, polimiosite, prurido, rash cutâneo, urticária
- **Endócrinas e metabólicas:** hipocalcemia, hiperglicemia, hipoestesia, perda de peso
- **Gastrointestinais:** apendicite aguda, disgeusia, dispepsia, diarreia, dor abdominal, doenças colestáticas, indigestão, náuseas, flatulência, pancreatite, vômito
- **Hematológicas:** anemia, aumento de bilirrubina no soro, contagem anormal de eritrócitos (RBC – *Red Blood Cells*), eosinofilia, fibrinogênio elevado no sangue, leucopenia, trombocitopenia
- **Hepáticas:** apendicite, aumento das transaminases, aumento dos níveis nos testes de função hepática, incidência de cálculos biliares (raro), neoplasia hepática

(continua na página seguinte)

(continuação)

### GENFIBROZILA

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Reações adversas</b>          | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Imunológico:</b> anafilaxia, depressão da medula óssea, síndrome do lúpus</li><li>• <b>Neurológicas:</b> cefaleia, confusão, convulsão, depressão, hemorragia intracraniana, neurite periférica, síncope, sonolência, tontura</li><li>• <b>Neuromusculares e esqueléticas:</b> aumento da creatina fosfoquinase, aumento da fosfatase alcalina sérica, aumento de transaminases, dor muscular, dor nos membros, mialgia, miastenia, miopatia, parestesia, rabdomiólise, sinovite</li><li>• <b>Oftálmico:</b> catarata, edema de retina, visão turva</li><li>• <b>Renal:</b> insuficiência renal, nefrotoxicidade</li><li>• <b>Miscelânea:</b> edema laríngeo, diminuição da libido, edema laríngeo, fertilidade reduzida (masculino), FAN positivo</li></ul>   |
| <b>Advertências e precauções</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Há aumento no risco de colelitíase (suspender o tratamento se houver desenvolvimento de cálculos biliares), morte por doenças cardíacas e relacionadas não coronarianas, câncer (exceto o carcinoma basocelular)</li><li>• Há relatos de exacerbação de insuficiência renal em pacientes com creatinina basal no plasma superior a 2 mg/dL. Considerar as opções de terapia alternativa</li><li>• Utilizar durante a gravidez ou lactação, apenas se o benefício justificar o risco potencial para o feto</li><li>• Há relatos (raros) de anemia grave, leucopenia, trombocitopenia e hipoplasia da medula óssea</li><li>• Há relatos de diminuição de hemoglobina, hematócrito e contagem de leucócitos</li><li>• Há relatos de testes de função hepática anormais. Suspender o tratamento caso as anormalidades persistam</li><li>• Pode ocorrer miosite. Suspender o tratamento se houver suspeita ou diagnóstico de miosite</li></ul> <p><b>Fator de risco na gravidez: C</b></p> |

### LOVASTATINA

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Modo de administração</b>       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Via oral</li><li>• Pode ser administrado com alimentos ou antes de dormir</li></ul>  |
| <b>Mecanismo de ação</b>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Agente antilipemiante</li><li>• Inibe de forma reversível e competitiva a HMG-CoA redutase, reduzindo a biossíntese de colesterol, por consequência tem o efeito de redução do LDL envolvendo redução da concentração do VLDL-c e indução do receptor de LDL</li></ul> |
| <b>Propriedades farmacológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Absorção: 30%</li><li>• Início de ação: 3 dias</li><li>• Metabolismo: intenso metabolismo hepático, de primeira passagem</li><li>• Ligação plasmática: 95%</li><li>• Meia-vida: 1,1-1,7 horas</li><li>• Excreção: fecal (80-85%) e urinária (10%)</li></ul>            |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| LOVASTATINA               |  |
|---------------------------|--|
| Contraindicações          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula</li><li>• Hepatopatia ativa</li><li>• Elevação persistente e inexplicável de transaminases séricas</li><li>• Pode ocorrer miopatia necrotizante imunomediada e persistir após a descontinuação do tratamento</li><li>• Utilização concomitante com fortes inibidores do CYP3A4 (por exemplo, boceprevir, claritromicina, eritromicina, inibidores da protease do HIV, itraconazol, cetoconazol, nefazodona, posaconazol, telaprevir, telitromicina, voriconazol)</li><li>• Gravidez e lactação</li></ul>   |
| Reações adversas          | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Cardiovasculares:</b> dor torácica</li><li>• <b>Dermatológicas:</b> alopecia, dermatomiosite, prurido, <i>rash</i> cutâneo</li><li>• <b>Endócrino e metabólico:</b> aumento hemoglobina glicada, início de diabetes <i>mellitus</i></li><li>• <b>Gastrointestinais:</b> diarreia, dispepsia, dor abdominal, flatulência, náusea, obstipação, refluxo gastroesofágico, vômito, xerostomia</li><li>• <b>Hepáticas:</b> doenças colestáticas, elevação das enzimas hepáticas, hepatite, insuficiência hepática</li><li>• <b>Imunológicas:</b> doença autoimune, lúpus eritematoso sistêmico</li><li>• <b>Neurológicas:</b> cefaleia, cognição prejudicada, distúrbios de atenção, esclerose lateral amiotrófica, insônia, neuropatia, tontura</li><li>• <b>Neuromusculares e esqueléticas:</b> aumento da creatina fosfoquinase, artralgia, câibras musculares, disfunção do músculo, dor nos membros inferiores, fraqueza, mialgia, miopatia, parestesia, rabdomiólise, ruptura do tendão</li><li>• <b>Oftálmicos:</b> catarata, diplopia, irritação ocular, oftalmoplegia, ptose da pálpebra</li></ul> |
| Advertências e precauções | <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorar a função hepática por avaliações laboratoriais periódicas</li><li>• Há relatos de rabdomiólise com ou sem insuficiência renal aguda. O risco está de acordo com a dose e aumenta com o uso concomitante de outros medicamentos, como genfibrozila, derivados do ácido fibríco ou niacina em doses <math>\geq 1</math> g/dia ou durante o uso concomitante com inibidores potentes da CYP3A4</li><li>• Suspender o uso temporariamente em pacientes com condição aguda ou grave que predisponha à insuficiência renal secundária e à rabdomiólise</li><li>• Utilizar com cautela e limitar a dose com amiodarona, ciclosporina, danazol, genfibrozila (e outros fibratos), niacina (doses que reduzem os níveis de lipídeos) ou verapamil</li><li>• Monitorar o uso concomitante de medicamentos que predisõem à miopatia (ex.: colchicina)</li><li>• Instruir os pacientes a relatar mialgia ou fraqueza inexplicada. Descontinuar o uso se houver diagnóstico ou suspeita de miopatia</li></ul>   |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| LOVASTATINA               |  |
|---------------------------|--|
| Advertências e precauções | <ul style="list-style-type: none"><li>• Utilizar com cuidado em pacientes idosos, pois são predispostos à miopatia</li><li>• Utilizar com cautela em pacientes que consomem grandes quantidade de álcool ou que apresentem histórico de hepatopatia</li><li>• Utilizar com cautela em pacientes com preexistência de ELA</li><li>• Evitar o consumo de suco de toranja (<i>grapefruit</i>)</li></ul> |
| Advertências e precauções | <ul style="list-style-type: none"><li>• A eficácia é reduzida e há maior risco de elevação das transaminases séricas em pacientes com hipercolesterolemia familiar homozigótica</li><li>• Há relatos de miopatia autoimune. Interromper o uso imediatamente se houver diagnóstico ou suspeita de miopatia</li></ul> <p><b>Fator de risco na gravidez: C</b></p>                                      |

| ÔMEGA 3                     |   |
|-----------------------------|---|
| Modo de administração       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Via oral</li><li>• Pode ser administrada com ou sem alimentos</li></ul>   |
| Mecanismo de ação           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Reduz os níveis de TG, diminuindo a produção de VLDL pelo fígado</li><li>• Os AG ômega-3 reduzem a produção hepática de lipoproteínas de baixa densidade de TG e aumentam a atividade da LLP, o que pode aumentar a taxa de remoção de lipoproteínas ricas em TG. Existe também um mecanismo potencial que inibe a acil-CoA: 1,2-diacilglicerol aciltransferase e no fígado aumenta a beta oxidação mitocondrial e diminui a lipogênese</li></ul>   |
| Propriedades farmacológicas | <ul style="list-style-type: none"><li>• Absorção: rápida</li><li>• Metabolismo: hepático</li><li>• Ligação plasmática: 99%</li><li>• Meia-vida: EPA (37 a 89 horas) e DHA (46 horas)</li><li>• Excreção: os AG EPA e DHA não são excretados de forma renal</li></ul>  |
| Contraindicações            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula</li></ul>   |
| Reações adversas            | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Cardiovascular:</b> angina pectoris, arritmia</li><li>• <b>Dermatológica:</b> erupção cutânea, prurido, <i>rash</i></li><li>• <b>Endócrino e metabólico:</b> aumento de LDL</li><li>• <b>Gastrintestinais:</b> disgeusia, dispepsia, distensão abdominal, eructação, flatulência, indigestão, náusea, obstipação, vômito</li><li>• <b>Hematológico:</b> diátese hemorrágica, tempo de sangramento prolongado</li><li>• <b>Hepática:</b> aumento da TGP sérica, aumento de TGO no soro</li><li>• <b>Imunológica:</b> anafilaxia</li><li>• <b>Neuromusculares e esqueléticas:</b> artralgia, dor nas costas</li><li>• <b>Neurológica:</b> fadiga</li><li>• <b>Respiratório:</b> dor orofaríngea, nasofaringite</li></ul> |

(continua na página seguinte)

(continuação)

### ÔMEGA 3

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Advertências e precauções</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Pode ocorrer fibrilação sintomática ou <i>flutter</i> atrial, frequentemente, com o tratamento em pacientes com fibrilação atrial paroxística ou persistente, principalmente durante dois a três meses de tratamento</li><li>• Há relatos de aumento de colesterol LDL</li><li>• Pode ocorrer elevação de TGP ou TGO. O monitoramento é recomendado em pacientes com insuficiência hepática</li><li>• Utilizar com cautela em pacientes com hipersensibilidade a peixes ou marisco</li><li>• Utilizar com cautela em pacientes que fazem uso de anticoagulante</li><li>• Gerenciar condições concomitantes como: diabetes <i>mellitus</i>, hipotireoidismo e consumos excessivo de álcool</li></ul> <p><b>Fator de risco na gravidez: C</b></p> |
|----------------------------------|---|

### ORLISTATE

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Modo de administração</b>       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Via oral</li><li>• Deve ser administrado com (ou até 1 hora após) cada refeição com significativo teor de gordura</li></ul>   |
| <b>Mecanismo de ação</b>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Inibidor reversível das lipases gástricas e pancreáticas, impede a hidrólise dos TG, o que resulta em uma diminuição da absorção de gorduras da dieta</li></ul>   |
| <b>Propriedades farmacológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Absorção: mínima</li><li>• Ligação com proteínas plasmáticas: &gt; 99%</li><li>• Metabolismo: na parede intestinal, formando metabólitos inativos</li><li>• Tempo de meia-vida: 1-2 horas</li><li>• Excreção: fecal (95-97%) e urinária (&lt; 3%)</li></ul>   |
| <b>Contraindicações</b>            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula</li><li>• Síndrome de má absorção crônica</li><li>• Doenças colestáticas</li><li>• Gestação</li></ul>   |
| <b>Reações adversas</b>            | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Auditiva:</b> otite</li><li>• <b>Cardiovascular:</b> hipertensão</li><li>• <b>Dermatológicas:</b> angioedema, erupção cutânea, erupção liquenoide por droga, prurido, urticária, vasculite leucoclastica cutânea, xeroderma</li><li>• <b>Endócrinas e metabólicas:</b> cetoacidose diabética, hipoglicemia, irregularidades na menstruação, redução da absorção de vitaminas lipossolúveis</li></ul> |

(continua na página seguinte)

(continuação)

## ORLISTATE

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Reações adversas          | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Gastrintestinais:</b> aumento da frequência de evacuação, diarreia infecciosa, doenças colestáticas, doença gengival, dor ou desconforto abdominal, dor ou desconforto retal, eliminação de flatos com eliminação de fezes, esteatorreia, incontinência fecal, marcas gordurosas nas roupas íntimas, náusea, pancreatite, urgência para evacuar, vômito</li><li>• <b>Hepática:</b> enzimas hepáticas anormais, insuficiência hepática, hepatite</li><li>• <b>Imunológico:</b> anafilaxia, sintomas de Influenza</li><li>• <b>Neurológicas:</b> ansiedade, cefaleia, depressão, distúrbios do sono, fadiga, tontura</li><li>• <b>Neuromusculares e esqueléticas:</b> artrite, dor nas costas, dor nas pernas, dorsalgia ou lombalgia, mialgia</li><li>• <b>Renais:</b> nefropatia por oxalato, infecção do trato urinário, insuficiência renal</li><li>• <b>Respiratórias:</b> broncoespasmo, infecção das vias aéreas superiores e inferiores</li><li>• <b>Miscelânea:</b> câncer de mama, vaginite</li></ul>  |
| Advertências e precauções | <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientar o paciente a aderir às diretrizes dietéticas. Pode ocorrer aumento de eventos adversos gastrintestinais quando tomado com uma dieta rica em gorduras (acima de 30% do total de calorias diárias originários de gorduras)</li><li>• Orientar o paciente a tomar um polivitamínico que contenha vitaminas lipossolúveis, pois o orlistate pode reduzir a absorção de algumas vitaminas lipossolúveis e betacaroteno</li><li>• Há relatos de aumento dos níveis de oxalato urinário levando a nefrolitíase e nefropatia com insuficiência renal. O risco aumenta em pacientes com histórico de hiperoxalúria ou nefrolitíase. O acompanhamento é recomendado em pacientes com risco de insuficiência renal</li><li>• Como qualquer agente que causa perda de peso, há risco de uso inadequado em determinados grupos de pacientes (por ex. pacientes com anorexia nervosa ou bulimia)</li><li>• Reduz a absorção de ciclosporina. A administração de ciclosporina deve ser separada por pelo menos três horas. Monitorar o nível de ciclosporina</li><li>• A perda de peso pode alterar o controle metabólico. A redução da dose de medicamentos hipoglicemiantes ou insulina pode ser necessária para pacientes com diabetes <i>mellitus</i></li><li>• A perda de peso substancial pode aumentar o risco de colelitíase</li><li>• Há relatos (raros) de lesão hepática grave (com necrose hepatocelular ou falência hepática aguda). Alguns casos resultam em morte ou transplante de fígado</li></ul> |

(continua na página seguinte)

(continuação)

### ORLISTATE

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Advertências e precauções | <ul style="list-style-type: none"><li>• Pode ocorrer diminuição da protrombina, o aumento da razão normalizada internacional (<i>International Normalized Ratio</i> – INR) e o tratamento anticoagulante desequilibrado resultando na alteração dos parâmetros hemostáticos foram com coadministração de orlistate e anticoagulantes</li></ul> <p><b>Fator de risco na gravidez: X</b></p> |
|---------------------------|--|

### PITAVASTATINA

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Modo de administração       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Via oral</li><li>• A qualquer hora do dia, com ou sem alimentos</li></ul>   |
| Mecanismo de ação           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Agente antilipêmico</li><li>• Inibe a HMG-CoA redutase por competição com o substrato inibindo a síntese de colesterol hepático. O colesterol plasmático total diminui quando a expressão de receptores de lipoproteína de baixa densidade (LDL) seguida pela absorção de LDL do sangue para o fígado é acelerada</li></ul>   |
| Propriedades farmacológicas | <ul style="list-style-type: none"><li>• Absorção: 51%</li><li>• Ligação com proteínas: 99%</li><li>• Meia-vida: 12 horas</li><li>• Metabolismo: intensamente hepático</li><li>• Excreção: fecal (79%) e renal (15%)</li></ul>   |
| Contraindicações            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula</li><li>• Doença hepática ativa</li><li>• Aumento inexplicável das transaminases hepáticas</li><li>• Uso concomitante com ciclosporina</li><li>• Gestação e lactação</li></ul>  |
| Reações adversas            | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Dermatológicos:</b> prurido, <i>rash</i>, urticária</li><li>• <b>Endócrinos:</b> aumento de hemoglobina glicada, aumento da glicemia, diabetes <i>mellitus</i>, ginecomastia</li><li>• <b>Gastrointestinais:</b> diarreia, distúrbios abdominais, dor abdominal, náusea, obstipação</li><li>• <b>Hepáticos:</b> aumento de enzimas hepáticas, aumento de fosfatase alcalina sérica, hepatite, insuficiência hepática, nível de bilirrubina anormal</li><li>• <b>Imunológicos:</b> reação de hipersensibilidade, sintomas de Influenza</li><li>• <b>Neuromusculares e esqueléticas:</b> artralgia, aumento do nível de CK, desordem do músculo, dor lombar, espasmos, mialgia, miopatia autoimune, rabdomiólise</li><li>• <b>Neurológicos:</b> cefaleia, depressão, diminuição da cognição, fadiga, irritabilidade, tontura</li><li>• <b>Oftálmicos:</b> catarata</li></ul> |

(continua na página seguinte)

(continuação)

### PITAVASTATINA

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Reações adversas          | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Reprodutivo:</b> disfunção erétil</li><li>• <b>Respiratórios:</b> doença pulmonar intersticial, nasofaringite</li></ul>   |
| Advertências e precauções | <ul style="list-style-type: none"><li>• Em pacientes cirúrgicos, o fabricante recomenda a descontinuação temporária para cirurgia maior eletiva, condições médicas ou cirúrgicas agudas ou em qualquer paciente com doença aguda ou grave predisposição à insuficiência renal</li><li>• O uso de pitavastatina com hipotireoidismo não tratado aumenta o risco de miopatia</li><li>• Pode elevar os níveis séricos de glicose e hemoglobina glicada</li><li>• O uso de pitavastatina pode levar à insuficiência hepática fatal ou não fatal, caso ocorra lesão hepática grave com sintomas clínicos e/ou hiperbilirrubinemia, ou icterícia, interromper o uso de pitavastatina</li><li>• Pode levar ao aumento dos níveis séricos de transaminases. É recomendado acompanhamento clínico</li><li>• Interromper imediatamente o uso de pitavastatina quando diagnosticar ou suspeitar de miopatia necrotizante imunomediada</li><li>• Descontinuar o tratamento quando houver níveis muito elevados de CK</li><li>• Foi relatada miopatia e rabdomiólise com insuficiência renal aguda secundária à mioglobulinúria; Aumento do risco com doses mais elevadas ou administração concomitante de fibratos ou doses de niacina, ciclosporina, colchicina e inibidores da CYP2C9 (por exemplo, fluconazol, genfibrozila, nevirapina, sulfisoxazol), interromper o uso de pitavastatina nessas condições</li><li>• Evitar uso excessivo de álcool</li><li>• Condições predisponentes à insuficiência renal secundária e à rabdomiólise ou mioglobulinúria (por ex., sepsia, hipotensão, desidratação, cirurgia grave, trauma, transtornos metabólicos, endócrinos e eletrolíticos graves ou convulsões não controladas) podem levar à necessidade de uma suspensão temporária</li><li>• Pacientes idosos com risco aumentado de miopatia</li><li>• Podem existir interações potencialmente significativas, que exigem ajuste de dose ou frequência</li></ul> <p><b>Fator de risco na gravidez:</b> não recomendado (sem fator de risco atribuído pelo FDA (<i>Food and Drug Administration</i>))</p> |

### PRAVASTATINA

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Modo de administração | <ul style="list-style-type: none"><li>• Via oral</li><li>• Pode ser administrado, sem relação com as refeições, em qualquer horário do dia</li></ul> |
|-----------------------|--|

(continua na página seguinte)



(continuação)

| PRAVASTATINA                       |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Mecanismo de ação</b>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Agente antilipemiante</li><li>• Inibe competitivamente de HMG-CoA redutase que diminui os níveis de colesterol intracelular através da inibição reversível da atividade da HMG-CoA redutase. Esta redução no colesterol leva a um aumento de receptores de LDL, melhora do receptor catabolismo mediado e liberação de LDL circulante. Também bloqueia a produção de LDL inibindo a síntese de seu precursor (VLDL) no fígado.</li></ul>   |
| <b>Propriedades farmacológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Absorção: rápida</li><li>• Pico de efeito: 4 semanas</li><li>• Biodisponibilidade: 17%</li><li>• Metabolismo: intenso metabolismo hepático, de primeira passagem</li><li>• Ligação plasmática: 43-55%</li><li>• Meia-vida: 2-3 horas</li><li>• Excreção: fecal (70%) e urinária (&lt; 20%)</li></ul>   |
| <b>Contraindicações</b>            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula</li><li>• Hepatopatia ativa</li><li>• Elevação persistente e inexplicável de transaminases séricas</li><li>• Gestação e lactação</li></ul>   |
| <b>Reações adversas</b>            | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Cardiovasculares:</b> angina, dor torácica, vasculite</li><li>• <b>Dermatológicas:</b> alopecia, angioedema, dermatite liquenoide, dermatomiosite, erupção cutânea, porfiria cutânea tardia, prurido, púrpura, rash cutâneo, urticária, xeroderma</li><li>• <b>Endócrinos e metabólicos:</b> diabetes <i>mellitus</i>, diminuição do nível de HDL, diminuição do apetite, ginecomastia, redução do nível de ubiquinona</li><li>• <b>Gastrintestinais:</b> azia, diarreia, disgeusia, náusea, obstipação, pancreatite, vômito</li><li>• <b>Hematológica:</b> anemia hemolítica, aumento na taxa de sedimentação de eritrócitos</li><li>• <b>Hepáticas:</b> aumento de enzimas hepáticas, cirrose, doenças colestáticas, icterícia, hepatite, insuficiência hepática, necrose hepática fulminante</li><li>• <b>Imunológica:</b> anafilaxia, doença autoimune, influenza, lúpus</li><li>• <b>Neurológicas:</b> amnésia, cefaleia, confusão, cognição prejudicada, depressão, disfunção do nervo craniano, esclerose lateral amiotrófica, fadiga, insônia, irritabilidade, tontura, neuropatia, vertigem</li><li>• <b>Neuromusculares e esqueléticas:</b> aumento dos níveis de CK, disfunção do músculo, dor musculoesquelética, lesão traumática musculoesquelética, mialgia, miastenia grave, miopatia, miopatia autoimune associada à estatina, polimiosite, rabdomiólise, ruptura do tendão, tendinite, tremor</li><li>• <b>Oftálmicos:</b> catarata, desordem da visão, diplopia, oftalmoplegia, ptose da pálpebra</li><li>• <b>Renal:</b> cistite, incontinência urinária, insuficiência renal aguda</li><li>• <b>Respiratórias:</b> derrame pleural bilateral, dispneia, doença pulmonar intersticial, infecção do trato respiratório superior, rinite, tosse, transtorno do seio nasal</li></ul> |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| PRAVASTATINA                     |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Reações adversas</b>          | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Reprodutivos:</b> alteração da libido, disfunção erétil, disfunção sexual</li><li>• <b>Miscelânea:</b> câncer, título FAN positivo, síndrome de Stevens-Johnson</li></ul>  |
| <b>Advertências e precauções</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorar a função hepática por avaliações laboratoriais periódicas</li><li>• Utilizar com cautela em pacientes que consomem grande quantidade de álcool ou que apresentem histórico de hepatopatia</li><li>• O tratamento não é recomendado em pacientes pediátricos e idosos</li><li>• Utilizar com cautela em pacientes com preexistência de ELA. A taxa de declínio funcional ASL pode aumentar com o tratamento com estatina</li><li>• Suspender temporariamente ou interromper o tratamento, quando as condições que predisõem os pacientes à rabdomiólise e insuficiência renal estão presentes (ex.: sepse, hipotensão, trauma, cirurgia de grande porte, convulsões não controladas e distúrbios metabólicos, endócrinos ou de eletrólitos graves). O risco aumenta com o uso concomitante de fibratos, genfibrozila, niacina, ciclosporina ou eritromicina</li><li>• Hipotireoidismo não controlado aumenta o risco de miopatia e rabdomiólise</li><li>• Há relatos de miopatia autoimune</li><li>• Há relatos de insuficiência hepática, com alguns casos fatais. Descontinuar o uso se sintomático e/ou hiperbilirrubinemia ou ocorrência de icterícia</li><li>• Há relatos de aumento das transaminases séricas (mais de 3 vezes o limite superior normal)</li></ul> <p><b>Fator de risco na gravidez:</b> não recomendado (sem fator de risco atribuído pelo FDA)</p> |

| ROSUVASTATINA                |   |
|------------------------------|---|
| <b>Modo de administração</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Via oral</li><li>• Pode ser administrado com ou sem alimentos, em qualquer horário do dia</li></ul>   |
| <b>Mecanismo de ação</b>     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Agente antilipemiante</li><li>• Inibe seletivamente a HMG-CoA redutase que é a enzima limitante na síntese do colesterol. Os efeitos modificadores de lipídeos resultam da sua capacidade de aumentar a regulação dos receptores de LDL hepáticos aumentando a captação e o catabolismo de LDL, bem como sua atividade de inibição da síntese hepática de VLDL, contribuindo para a redução de partículas de LDL e VLDL</li></ul> |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| ROSUVASTATINA                      |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Propriedades farmacológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Início de ação: 1 semana</li><li>• Pico de concentração plasmática: 3-5 horas</li><li>• Biodisponibilidade: 20%</li><li>• Metabolismo: hepático</li><li>• Ligação plasmática: 88%</li><li>• Meia-vida: 19 horas</li><li>• Excreção: fecal (90%), renal (10-28%)</li></ul>  |
| <b>Contraindicações</b>            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula</li><li>• Hepatopatia ativa</li><li>• Insuficiência renal</li><li>• Hipotireoidismo</li><li>• Elevação persistente e inexplicável de transaminases séricas</li><li>• Gestação e lactação</li></ul>   |
| <b>Reações adversas</b>            | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Cardiovascular:</b> arritmia</li><li>• <b>Dermatológicas:</b> angioedema, erupção cutânea, fotossensibilidade, prurido, <i>rash</i> cutâneo, urticária</li><li>• <b>Endócrinas e metabólicas:</b> diabetes <i>mellitus</i>, elevação do nível de hemoglobina glicada, ginecomastia, glicemia de jejum alterada, teste anormal de função tireoidiana</li><li>• <b>Gastrintestinais:</b> diarreia, dispepsia, dor abdominal, gastroenterite, náusea, obstipação, pancreatite, vômito</li><li>• <b>Hematológicas:</b> anemia, equimoses, hematúria, trombocitopenia</li><li>• <b>Hepáticas:</b> aumento de enzimas hepáticas, aumento de transaminase glutâmico pirúvica (TGP) (&gt; 3 vezes o limite normal superior), hepatite, hepatite autoimune, icterícia, insuficiência hepática</li><li>• <b>Imunológicos:</b> anafilaxia, anticorpo antinuclear positivo, eosinofilia, síndrome lúpica</li><li>• <b>Neurológicos:</b> ansiedade, astenia, cefaleia, depressão, disfunção cognitiva, dor, insônia, neuralgia, neuropatia periférica, tontura, vertigem</li><li>• <b>Neuromusculares e esqueléticas:</b> artralgia, artrite, aumento de creatina fosfoquinase, disfunção do músculo, dorsalgia ou lombalgia, fraqueza, hipertonia, mialgia, miastenia grave, mioglobinúria, parestesia, polimialgia reumática, rabdomiólise, ruptura do tendão, tendinite</li><li>• <b>Oftálmico:</b> catarata, desordem da visão, diplopia, oftalmoplegia</li><li>• <b>Reprodutivo:</b> diminuição do nível de testosterona, disfunção erétil</li><li>• <b>Renais:</b> cistite, insuficiência renal aguda, lesão renal aguda, proteinúria</li><li>• <b>Respiratórias:</b> bronquite, faringite, rinite, sinusite, tosse</li><li>• <b>Miscelânea:</b> síndrome similar à gripe, síndrome de Stevens-Johnson</li></ul> |

(continua na página seguinte)

(continuação)

## ROSUVASTATINA

### Advertências e precauções

- Monitorar a função hepática por avaliações laboratoriais periódicas
- Utilizar com cautela em pacientes que consomem grande quantidade de álcool ou que apresentem histórico de hepatopatia
- Descontinuar o uso em pacientes em que os níveis de creatina fosfoquinase sejam acentuadamente elevados ou se houver diagnóstico ou suspeita de miopatia
- Monitorar o uso concomitante de outros medicamentos que predisõem a miopatia (ex.: colchicina)
- Instruir os pacientes a relatar mialgia, sensibilidade ou fraqueza inexplicáveis, particularmente quando associada à febre e/ou mal-estar
- Suspender o uso temporariamente se houver condição aguda ou grave que predisponha à insuficiência renal secundária e à rbdomiólise (ex.: sepse, hipotensão arterial, cirurgia importante, trauma, distúrbios metabólicos ou endócrinos graves, ou eletrólitos, crises convulsivas não controladas)
- O tratamento com inibidor da HMG-CoA redutase deve ser continuado no período peri-operatório. Avaliar risco-benefício cardioprotetor
- Evitar o uso concomitante de genfibrozila. Se o uso for necessário, a dose deverá ser ajustada
- Há relatos de aumento dos níveis de hemoglobina glicada e glicemia sérica, podendo exceder o limite para diagnóstico de diabetes *mellitus*
- Há relatos de insuficiência hepática, incluindo casos fatais. Pode ser necessário interromper o uso
- Há relatos de aumento de transaminases séricas (mais de 3 vezes o limite superior normal). O monitoramento é recomendado e a interrupção pode ser necessária
- Há relatos de miopatia e rbdomiólise com insuficiência renal aguda secundária à mioglobulinúria. O risco aumenta com a maior dose (40 mg) em idosos com hipotireoidismo não controlado e insuficiência renal.
- Interromper o uso se houver suspeita de miopatia necrotizante imunomediada
- Utilizar com cautela em pacientes com ELA preexistente, a taxa de declínio funcional ASL pode aumentar com o tratamento com estatina
- Necessário ajustar a dose para uso em pacientes asiáticos, devido ao aumento de exposição
- Há relatos de proteinúria persistente e inexplicável e de hematúria. Os eventos são mais comuns com dose de 40 mg, a redução da dose deve ser considerada

**Fator de risco na gravidez:** não recomendado (sem fator de risco atribuído pelo FDA)

## SINVASTATINA

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Modo de administração</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Via oral</li> <li>Recomenda-se ingerir à noite</li> </ul>   |
| <b>Mecanismo de ação</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Agente antilipemiante</li> <li>Inibe a HMG-CoA redutase de forma competitiva, é o passo limitante de velocidade na biossíntese de colesterol</li> </ul>   |
| <b>Propriedades farmacológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Absorção: 85%</li> <li>Início de ação: &gt; 3 dias</li> <li>Biodisponibilidade: &lt; 5%</li> <li>Metabolismo: intenso metabolismo hepático</li> <li>Ligação plasmática: ~95%</li> <li>Meia-vida: 2-4 horas</li> <li>Excreção: fecal (60%) e urinária (13%)</li> </ul>   |
| <b>Contraindicações</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula</li> <li>Hepatopatia ativa</li> <li>Elevação persistente e inexplicável de transaminases séricas</li> <li>É contraindicado o uso concomitante de genfibrozila, ciclosporina, danazol, fortes inibidores do CYP3A4 (ex.: boceprevir, claritromicina, eritromicina, inibidores de protease do HIV, itraconazol, cetoconazol, nefazodona, posaconazol, telaprevir, telitromicina, voriconazol)</li> <li>Gestação e lactação</li> </ul>   |
| <b>Reações adversas</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Cardiovascular:</b> angina, edema, fibrilação atrial, hipotensão</li> <li><b>Dermatológico:</b> alopecia, alterações ungueais, angioedema, dermatomiosite, eczema, fotossensibilidade, lesão, líquen plano, pustulose, rubor</li> <li><b>Endócrino e metabólico:</b> aumento do nível de glicose, diabetes <i>mellitus</i>, diminuição do nível de HDL, ginecomastia, hemoglobina glicada, redução do nível de ubiquinona</li> <li><b>Gastrintestinais:</b> colite ulcerativa, diarreia, disgeusia, dispepsia, dor abdominal, flatulência, gastrite, náusea, obstipação, pancreatite</li> <li><b>Hematológica:</b> anemia, anemia hemolítica, aumento da ESR, eosinofilia, leucopenia, trombocitopenia</li> <li><b>Hepáticas:</b> aumento da Gama glutamil transferase (GGT), doenças colestáticas, elevação das transaminases, icterícia, insuficiência hepática, hepatite autoimune</li> <li><b>Imunológico:</b> anafilaxia, eritema multiforme, febre, lúpus eritematoso, polimialgia reumática, reação de hipersensibilidade, vasculite</li> <li><b>Neuromusculares e esqueléticas:</b> artrite, artralgia, aumento de creatina fosfoquinase (&gt; 3 vezes os níveis normais em uma ou mais ocasiões), aumento da fosfatase alcalina, disfunção do músculo, mialgia, miastenia, miopatia, polimiosite, rabdomiólise, ruptura do tendão, síndrome do compartimento da parte inferior da perna</li> <li><b>Neurológicas:</b> amnésia, cefaleia, depressão, disfunção cognitiva, esclerose lateral amiotrófica, irritabilidade, neuropatia periférica, tontura, vertigem</li> </ul> |

(continua na página seguinte)

(continuação)

## SINVASTATINA

### Reações adversas

- **Oftálmica:** catarata, desordem da visão, diplopia, oftalmoplegia, ptose da pálpebra
- **Renal:** cistite, lesão renal aguda, nefrotoxicidade, proteinúria
- **Respiratórias:** bronquite, infecção das vias áreas superiores, pneumonia intersticial
- **Miscelânea:** câncer, nódulos, taquifilaxia, título FAN positivo

### Advertências e precauções

- Monitorar a função hepática por avaliações laboratoriais periódicas
- Utilizar com cautela em pacientes que consomem grande quantidade de álcool ou que apresentem histórico de hepatopatia
- Há relatos de rabdomiólise com insuficiência renal aguda, relacionado à dose. O risco aumenta com o uso concomitante de outros medicamentos hipolipidêmicos que predisõem à rabdomiólise
- Há relatos de miopatia e rabdomiólise, com insuficiência renal aguda, incluindo casos fatais, principalmente relacionados com doses mais elevadas e em pacientes com fatores predisponentes (ex.: idosos, mulheres, hipotireoidismo descontrolado, insuficiência renal)
- Descontinuar o uso quando as condições que predisõem os pacientes à insuficiência renal secundária e à rabdomiólise estão presentes (ex.: sepse, hipotensão, trauma, cirurgia de grande porte, convulsões não controladas, distúrbios metabólicos graves, endócrinos ou eletrólitos)
- Suspender o tratamento temporariamente em pacientes em condição médica ou cirúrgica importante e grave, que possa aumentar o risco de rabdomiólise
- 80 mg é dose-limite para pacientes que fazem uso crônico, sem evidência de toxicidade muscular. O risco de miopatia e rabdomiólise aumenta
- Evitar o consumo de suco de toranja (*grapefruit*)
- Há relatos de aumento nos níveis de hemoglobina glicada e de glicose no soro
- Há relatos de disfunção hepática com aumento persistente das transaminases (mais de 3 vezes o limite superior normal). O monitoramento é recomendado
- Interromper o uso imediatamente se houver suspeita de miopatia necrotizante imunomediada
- Utilizar com cautela em pacientes com preexistência de ELA, a taxa de declínio funcional ASL pode aumentar com o tratamento com estatina
- O risco de miopatia aumenta em pacientes de ascendência chinesa, quando há uso concomitante de produtos contendo niacina
- Descontinuar caso os níveis de creatina fosfoquinase estejam elevados, ou se a miopatia for diagnosticada ou suspeita
- É necessário o ajuste da dose quando coadministrada com niacina, amiodarona, verapamil, diltiazem, anlodipino e ranolazina

**Fator de risco na gravidez: X**



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEXICOMP MOBILE APPS. Banco de Dados. Disponível em: <<http://www.wolterskluwercdi.com/drug-reference/apps/>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

MEDSCAPE. Drug Interaction Checker. Disponível em: <<http://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS. Micromedex solutions: Banco de Dados. Disponível em: <[http://psbe.ufrn.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=36&Itemid=248](http://psbe.ufrn.br/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=248)>. Acesso em: 11 jul. 2017.







## APÊNDICE B



## APÊNDICE B: TABELA DE INTERAÇÕES

| ÁCIDO NICOTÍNICO             |  |
|------------------------------|--|
| Outras substâncias           | Efeitos  |
| Agentes antidiabéticos       | Possível diminuição dos efeitos dos agentes antidiabéticos               |
| Atorvastatina                | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Carbamazepina                | Possível aumento dos efeitos da carbamazepina                            |
| Colestiramina                | Possível diminuição dos efeitos do ácido nicotínico                      |
| Doxiciclina                  | Possível diminuição dos efeitos do ácido nicotínico                      |
| Eritromicina                 | Possível diminuição dos efeitos do ácido nicotínico                      |
| Estearato de eritromicina    | Possível diminuição dos efeitos do ácido nicotínico                      |
| Fluvastatina                 | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Insulinas                    | Possível diminuição dos efeitos das insulinas e risco de hiperglicemia   |
| Isoniazida                   | Possível diminuição dos efeitos do ácido nicotínico                      |
| Lactobionato de eritromicina | Possível diminuição dos efeitos do ácido nicotínico                      |
| Levedura de arroz vermelho   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Limeciclina                  | Possível diminuição dos efeitos do ácido nicotínico                      |
| Lovastatina                  | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Minociclina                  | Possível diminuição dos efeitos do ácido nicotínico                      |
| Nicotina                     | Possível ocorrência de rubor e tonturas                                  |
| Oxitetraciclina              | Possível diminuição dos efeitos do ácido nicotínico                      |
| Pitavastatina                | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Pravastatina                 | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Rosuvastatina                | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Sinvastatina                 | Possível aumento dos efeitos da niacina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| Teicoplanina                 | Possível diminuição dos efeitos do ácido nicotínico                      |
| Tetraciclina                 | Possível diminuição dos efeitos do ácido nicotínico                      |
| Varfarina                    | Possível aumento dos efeitos da varfarina                                |

| ATORVASTATINA      |  |
|--------------------|--|
| Outras substâncias | Efeitos  |
| Ácido fusídico     | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| Ácido nicotínico   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Afatinibe          | Possível aumento dos efeitos do afatinibe                                      |
| Albiglutida        | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina                               |
| Alirocumabe        | Possível diminuição dos efeitos do alirocumabe                                 |
| Alisquireno        | Possível aumento dos efeitos do alisquireno                                    |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| <b>ATORVASTATINA</b>             |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Amiodarona</b>                | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                             |
| <b>Amitriptilina</b>             | Possível aumento dos efeitos da amitriptilina  |
| <b>Antiácidos</b>                | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Aprepitanto</b>               | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Aripiprazol</b>               | Possível aumento dos efeitos do aripiprazol  |
| <b>Arteméter + Lumefantrina</b>  | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Atazanavir</b>                | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                             |
| <b>Axitinibe</b>                 | Possível aumento dos efeitos do axitinibe  |
| <b>Azitromicina</b>              | Possível aumento dos efeitos da azitromicina e risco de miopatia/rabdomiólise                              |
| <b>Bexaroteno</b>                | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Bezafibrato</b>               | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Boceprevir</b>                | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Bosentana</b>                 | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Budesonida</b>                | Possível aumento dos efeitos da budesonida   |
| <b>Cannabis sp.</b>              | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Carbamazepina</b>             | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                          |
| <b>Caspofungina</b>              | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Cetoconazol</b>               | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                             |
| <b>Ciclosporina</b>              | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e possível risco de miopatia/rabdomiólise                    |
| <b>Cimetidina</b>                | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Ciprofibrato</b>              | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Ciproterona</b>               | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Claritromicina</b>            | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                             |
| <b>Clopidogrel</b>               | Possível diminuição dos efeitos do clopidogrel   |
| <b>Clotrimazol</b>               | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                          |
| <b>Coenzima Q10</b>              | Possível diminuição dos efeitos da coenzima Q10  |
| <b>Colchicina</b>                | Possível aumento dos efeitos da colchicina e risco de miopatia/rabdomiólise                                |
| <b>Colestiramina</b>             | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Contraceptivos combinados</b> | Possível aumento dos efeitos dos contraceptivos combinados (principalmente noretindrona e etinilestradiol) |

(continua na página seguinte)



(continuação)

| ATORVASTATINA                    |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Cortisona</b>                 | Possível aumento dos efeitos da cortisona   |
| <b>Crizotinibe</b>               | Possível aumento dos efeitos de atorvastatina   |
| <b>Dabigatrana</b>               | Possível aumento dos efeitos da dabigatrana   |
| <b>Dabrafenibe</b>               | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Daclatasvir</b>               | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                    |
| <b>Danazol</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Daptomicina</b>               | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Darifenacina</b>              | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Darunavir</b>                 | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                    |
| <b>Dasatinibe</b>                | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Daunorrubicina</b>            | Possível aumento dos efeitos da daunorrubicina  |
| <b>Deferasirox</b>               | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Deflazacorte</b>              | Possível aumento dos efeitos do deflazacorte  |
| <b>Desvenlafaxina</b>            | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Dexametasona</b>              | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina e possível aumento dos efeitos da dexametasona   |
| <b>Digoxina</b>                  | Possível aumento dos efeitos da digoxina  |
| <b>Diltiazem</b>                 | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                    |
| <b>Docetaxel</b>                 | Possível aumento dos efeitos do docetaxel   |
| <b>Domperidona</b>               | Possível aumento dos efeitos da domperidona e risco de prolongamento do intervalo QT <sup>1</sup> |
| <b>Doxorrubicina</b>             | Possível aumento dos efeitos da doxorrubicina   |
| <b>Dronedarona</b>               | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                    |
| <b>Efavirenz</b>                 | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Eltrombopague</b>             | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                    |
| <b>Enzalutamida</b>              | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Erlotinibe</b>                | Possível aumento dos efeitos do erlotinibe  |
| <b>Eritromicina</b>              | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                    |
| <b>Espironolactona</b>           | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Estearato de eritromicina</b> | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                    |

(continua na página seguinte)

<sup>1</sup> Intervalo QT: Parâmetro eletrocardiográfico que representa a duração da sístole elétrica (contração ventricular) (CRF-RS, 2013)

(continuação)

| ATORVASTATINA   |   |
|---|---|
| <b>Estradiol</b>                                      | Possível aumento dos efeitos do estradiol   |
| <b>Estrogênios conjugados</b>                         | Possível aumento dos efeitos dos estrogênios conjugados   |
| <b>Estrogênios conjugados vaginais</b>                | Possível aumento dos efeitos dos estrogênios conjugados vaginais                                  |
| <b>Etinilestradiol</b>                                | Possível aumento dos efeitos do etinilestradiol   |
| <b>Etoposídeo</b>                                     | Possível aumento dos efeitos do etoposídeo  |
| <b>Etravirina</b>                                     | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Eucalipto (<i>Eucalyptus globulus</i>)</b>         | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Everolimo</b>                                      | Possível aumento dos efeitos do everolimo   |
| <b>Evolocumabe</b>                                    | Possível diminuição dos efeitos do evolocumabe  |
| <b>Farelo de aveia</b>                                | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Fenitoína</b>                                      | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Fenobarbital</b>                                   | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Fenofibrato</b>                                    | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Fenofibrato micronizado</b>                        | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Fexofenadina</b>                                   | Possível aumento dos efeitos da fexofenadina  |
| <b>Fluconazol</b>                                     | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                    |
| <b>Fludrocortisona</b>                                | Possível aumento dos efeitos da fludrocortisona   |
| <b>Fluvoxamina</b>                                    | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                    |
| <b>Fosamprenavir</b>                                  | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                    |
| <b>Fosaprepitanto</b>                                 | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Genfibrozila</b>                                   | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                    |
| <b>Glibenclamida</b>                                  | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Griseofulvina</b>                                  | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Hidrocortisona</b>                                 | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina e possível aumento dos efeitos da hidrocortisona |
| <b>Erva-de-São-João (<i>Hypericum perforatum</i>)</b> | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Imatinibe</b>                                      | Possível aumento dos efeitos do imatinibe   |
| <b>Inibidores da bomba de prótons</b>                 | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Interferon beta</b>                                | Possível diminuição dos efeitos do interferon beta  |
| <b>Irinotecano</b>                                    | Possível aumento dos efeitos do irinotecano   |
| <b>Isoniazida</b>                                     | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Itraconazol</b>                                    | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                    |
| <b>Ivermectina</b>                                    | Possível aumento dos efeitos da ivermectina   |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| <b>ATORVASTATINA</b>                |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Lactobionato de eritromicina</b> | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                       |
| <b>Lapatinibe</b>                   | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e do lapatinibe  |
| <b>Levedura de arroz vermelho</b>   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Liraglutida</b>                  | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Loperamida</b>                   | Possível aumento dos efeitos da loperamida   |
| <b>Lopinavir + Ritonavir</b>        | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                       |
| <b>Loratadina</b>                   | Possível aumento dos efeitos da loratadina   |
| <b>Lovastatina</b>                  | Possível aumento dos efeitos da lovastatina  |
| <b>Maraviroc</b>                    | Possível aumento dos efeitos do maraviroc  |
| <b>Mesterolona</b>                  | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Metilprednisolona</b>            | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina e possível aumento dos efeitos do metilprednisolona |
| <b>Metronidazol</b>                 | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Miconazol vaginal</b>            | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Midazolam</b>                    | Possível aumento dos efeitos do midazolam  |
| <b>Mitotano</b>                     | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Modafinila</b>                   | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Nevirapina</b>                   | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Nifedipina</b>                   | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Nilotinibe</b>                   | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e do nilotinibe  |
| <b>Nimodipino</b>                   | Possível aumento dos efeitos do nimodipino   |
| <b>Nintedanibe</b>                  | Possível aumento dos efeitos da nintedanibe  |
| <b>Orlistate</b>                    | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Oxcarbazepina</b>                | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Oxiconazol</b>                   | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Paclitaxel</b>                   | Possível aumento dos efeitos do paclitaxel e risco de miopatia/rabdomiólise                          |
| <b>Paliperidona</b>                 | Possível aumento dos efeitos da paliperidona   |
| <b>Pazopanibe</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Pimozida</b>                     | Possível aumento dos efeitos da pimozida   |
| <b>Pioglitazona</b>                 | Possível diminuição dos efeitos da pioglitazona  |
| <b>Posaconazol</b>                  | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                       |
| <b>Prednisolona</b>                 | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina e possível aumento dos efeitos da prednisolona      |
| <b>Prednisona</b>                   | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina e possível aumento dos efeitos da prednisona        |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| <b>ATORVASTATINA</b>   |  |
|------------------------|--|
| <b>Primidona</b>       | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Quinina</b>         | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise             |
| <b>Raltegravir</b>     | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Ranolazina</b>      | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise             |
| <b>Regorafenibe</b>    | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Repaglinida</b>     | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Rifampicina</b>     | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina e possível risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Riociguate</b>      | Possível aumento dos efeitos do riociguate   |
| <b>Risperidona</b>     | Possível aumento dos efeitos da risperidona  |
| <b>Rupatadina</b>      | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Saquinavir</b>      | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise             |
| <b>Sildenafil</b>      | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Silodosina</b>      | Possível aumento dos efeitos da silodosina   |
| <b>Siltuximabe</b>     | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Simeprevir</b>      | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Sinvastatina</b>    | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Sirolimo</b>        | Possível aumento dos efeitos do sirolimo   |
| <b>Sitagliptina</b>    | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Suco de toranja</b> | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise             |
| <b>Tacrolimo</b>       | Possível aumento dos efeitos do tacrolimo e risco de miopatia/rabdomiólise                 |
| <b>Telmisartana</b>    | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Teniposídeo</b>     | Possível aumento dos efeitos do teniposídeo  |
| <b>Teriflunomida</b>   | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Ticagrelor</b>      | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |
| <b>Tipranavir</b>      | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise             |
| <b>Tocilizumabe</b>    | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Topiramato</b>      | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Trazodona</b>       | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina   |
| <b>Triancinolona</b>   | Possível aumento dos efeitos da triancinolona  |
| <b>Valsartana</b>      | Possível aumento dos efeitos da valsartana e risco de miopatia/rabdomiólise                |
| <b>Vemurafenibe</b>    | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina  |

(continua na página seguinte)



(continuação)

#### ATORVASTATINA

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Verapamil</b>   | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Vismodegibe</b> | Possível aumento dos efeitos do vismodegibe                                    |
| <b>Vimblastina</b> | Possível aumento dos efeitos da vimblastina                                    |
| <b>Vincristina</b> | Possível aumento dos efeitos da vincristina                                    |
| <b>Voriconazol</b> | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Zafirlucast</b> | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina                                  |

#### BEZAFIBRATO

| <b>Outras substâncias</b>                      | <b>Efeitos</b>  |
|--|---|
| <b>Atorvastatina</b>                           | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Ciclosporina</b>                            | Possível diminuição dos efeitos da ciclosporina                       |
| <b>Ciprofibrato</b>                            | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Clorpropamida</b>                           | Possível aumento dos efeitos da clorpropamida e risco de hipoglicemia |
| <b>Colchicina</b>                              | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Colestiramina</b>                           | Possível diminuição dos efeitos do bezafibrato                        |
| <b>Ezetimiba</b>                               | Risco de miopatia/rabdomiólise e colelitíase                          |
| <b>Femprocumona</b>                            | Possível aumento dos efeitos da femprocumona                          |
| <b>Fluvastatina</b>                            | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Furosemida</b>                              | Risco de hipoalbuminemia  |
| <b>Glibenclamida</b>                           | Possível aumento dos efeitos da glibenclamida e risco de hipoglicemia |
| <b>Glimepirida</b>                             | Possível aumento dos efeitos da glimepirida e risco de hipoglicemia   |
| <b>Glipizida</b>                               | Possível aumento dos efeitos da glipizida e risco de hipoglicemia     |
| <b>IMAO (ex.: tranilcipromina e linezolid)</b> | Risco de hepatotoxicidade   |
| <b>Insulinas</b>                               | Possível aumento dos efeitos das insulinas e risco de hipoglicemia    |
| <b>Lovastatina</b>                             | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Pitavastatina</b>                           | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Pravastatina</b>                            | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Orlistate</b>                               | Possível aumento dos efeitos do bezafibrato                           |
| <b>Raltegravir</b>                             | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Rosuvastatina</b>                           | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Sinvastatina</b>                            | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Varfarina</b>                               | Possível aumento dos efeitos da varfarina                             |



### CIPROFIBRATO

| <b>Outras substâncias</b>                     | <b>Efeitos</b>                                  |
|---|---|
| Atorvastatina                                 | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |
| Bezafibrato                                   | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |
| Ciclosporina                                  | Possível diminuição dos efeitos da ciclosporina |
| Colchicina                                    | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |
| Colestiramina                                 | Possível diminuição dos efeitos do ciprofibrato |
| Fenofibrato                                   | Risco de miopatia/rabdomiólise e mioglobinúria  |
| Fluvastatina                                  | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |
| Genfibrozila                                  | Risco de miopatia/rabdomiólise e mioglobinúria  |
| Insulinas                                     | Risco de hipoglicemia                           |
| Lovastatina                                   | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |
| Orlistate                                     | Possível aumento dos efeitos do ciprofibrato    |
| Pitavastatina                                 | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |
| Pravastatina                                  | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |
| Raltegravir                                   | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |
| Rosuvastatina                                 | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |
| Sinvastatina                                  | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |
| Sulfonilureias (ex.: glimepirida e glipizida) | Risco de hipoglicemia                           |
| Varfarina                                     | Possível aumento dos efeitos de varfarina       |
| Orlistate                                     | Possível aumento dos efeitos do bezafibrato     |
| Raltegravir                                   | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |
| Rosuvastatina                                 | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |
| Sinvastatina                                  | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |
| Varfarina                                     | Possível aumento dos efeitos da varfarina       |

### COLESTIRAMINA

| <b>Outras substâncias</b> | <b>Efeitos</b>                                      |
|---------------------------|---|
| Aceclofenaco              | Possível diminuição dos efeitos do aceclofenaco     |
| Ácido nicotínico          | Possível diminuição dos efeitos do ácido nicotínico |
| Ácido valproico           | Possível diminuição dos efeitos do ácido valproico  |
| Amiodarona                | Possível diminuição dos efeitos da amiodarona       |
| Atorvastatina             | Possível diminuição dos efeitos da atorvastatina    |
| Betacaroteno              | Possível diminuição dos efeitos do betacaroteno     |
| Bezafibrato               | Possível diminuição dos efeitos do bezafibrato      |
| Cefalexina                | Possível diminuição dos efeitos da cefalexina       |
| Ciprofibrato              | Possível diminuição dos efeitos do ciprofibrato     |

(continua na página seguinte)



(continuação)

| <b>COLESTIRAMINA</b>             |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Colecalciferol</b>            | Possível diminuição dos efeitos do colecalciferol             |
| <b>Contraceptivos</b>            | Possível diminuição dos efeitos dos contraceptivos            |
| <b>Corticosteroides</b>          | Possível diminuição dos efeitos dos corticosteroides          |
| <b>Clobetasol</b>                | Possível diminuição dos efeitos do clobetasol                 |
| <b>Clortalidona</b>              | Possível diminuição dos efeitos da clortalidona               |
| <b>Deferasirox</b>               | Possível diminuição dos efeitos do deferasirox                |
| <b>Derivados de tetraciclina</b> | Possível diminuição dos efeitos dos derivados de tetraciclina |
| <b>Diclofenaco</b>               | Possível diminuição dos efeitos do diclofenaco                |
| <b>Digoxina</b>                  | Possível diminuição dos efeitos da digoxina                   |
| <b>Diltiazem</b>                 | Possível diminuição dos efeitos do diltiazem                  |
| <b>Divalproato de sódio</b>      | Possível diminuição dos efeitos do divalproato de sódio       |
| <b>Entacapona</b>                | Possível aumento dos efeitos da entacapona                    |
| <b>Espironolactona</b>           | Risco de hipercalemia e acidose metabólica                    |
| <b>Ezetimiba</b>                 | Possível diminuição dos efeitos da ezetimiba                  |
| <b>Femprocumona</b>              | Possível diminuição dos efeitos da femprocumona               |
| <b>Fenilbutazona</b>             | Possível diminuição dos efeitos da fenilbutazona              |
| <b>Fenobarbital</b>              | Possível diminuição dos efeitos do fenobarbital               |
| <b>Fenofibrato</b>               | Possível diminuição dos efeitos do fenofibrato                |
| <b>Fenofibrato micronizado</b>   | Possível diminuição dos efeitos do fenofibrato micronizado    |
| <b>Ferro</b>                     | Possível diminuição dos efeitos do ferro                      |
| <b>Fluvastatina</b>              | Possível diminuição dos efeitos da fluvastatina               |
| <b>Furosemida</b>                | Possível diminuição dos efeitos da furosemida                 |
| <b>Genfibrozila</b>              | Possível diminuição dos efeitos da genfibrozila               |
| <b>Hidroclorotiazida</b>         | Possível diminuição dos efeitos da hidroclorotiazida          |
| <b>Imipramina</b>                | Possível diminuição dos efeitos da imipramina                 |
| <b>Indapamida</b>                | Possível diminuição dos efeitos da indapamida                 |
| <b>Leflunomida</b>               | Possível diminuição dos efeitos da leflunomida                |
| <b>Levotiroxina</b>              | Possível diminuição dos efeitos da levotiroxina               |
| <b>Lorazepam</b>                 | Possível diminuição dos efeitos do lorazepam                  |
| <b>Lovastatina</b>               | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                |
| <b>Meloxicam</b>                 | Possível diminuição dos efeitos do meloxicam                  |
| <b>Metotrexato</b>               | Possível diminuição dos efeitos do metotrexato                |
| <b>Metronidazol</b>              | Possível diminuição dos efeitos do metronidazol               |
| <b>Micofenolato de mofetila</b>  | Possível diminuição da ação do micofenolato de mofetila       |
| <b>Naproxeno</b>                 | Possível diminuição dos efeitos do naproxeno                  |
| <b>Paracetamol</b>               | Possível diminuição dos efeitos do paracetamol                |
| <b>Paricalcitol</b>              | Possível diminuição dos efeitos do paricalcitol               |
| <b>Penicilina G</b>              | Possível diminuição dos efeitos da penicilina G               |

(continua na página seguinte)



(continuação)

| <b>COLESTIRAMINA</b>  |  |
|-----------------------|--|
| <b>Piroxicam</b>      | Possível diminuição dos efeitos do piroxicam       |
| <b>Pitavastatina</b>  | Possível diminuição dos efeitos da pitavastatina   |
| <b>Pravastatina</b>   | Possível diminuição dos efeitos da pravastatina    |
| <b>Propranolol</b>    | Possível diminuição dos efeitos de propranolol     |
| <b>Raloxifeno</b>     | Possível diminuição dos efeitos do raloxifeno      |
| <b>Rosuvastatina</b>  | Possível diminuição dos efeitos da rosuvastatina   |
| <b>Sinvastatina</b>   | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina    |
| <b>Sulfonilureias</b> | Possível diminuição dos efeitos das sulfonilureias |
| <b>Tinidazol</b>      | Possível diminuição dos efeitos do tinidazol       |
| <b>Tenoxicam</b>      | Possível diminuição dos efeitos do tenoxicam       |
| <b>Teicoplanina</b>   | Possível diminuição dos efeitos da teicoplanina    |
| <b>Teriflunomida</b>  | Possível diminuição dos efeitos da teriflunomida   |
| <b>Triancinolona</b>  | Possível diminuição dos efeitos da triancinolona   |
| <b>Vancomicina</b>    | Possível diminuição dos efeitos da vancomicina     |
| <b>Varfarina</b>      | Possível diminuição dos efeitos da varfarina       |
| <b>Vitamina A</b>     | Possível diminuição dos efeitos da vitamina A      |
| <b>Vitamina D</b>     | Possível diminuição dos efeitos da vitamina D      |
| <b>Vitamina K1</b>    | Possível diminuição dos efeitos da vitamina K1     |

| <b>EZETIMIBA</b>               |  |
|--------------------------------|--|
| <b>Outras substâncias</b>      | <b>Efeitos</b>   |
| <b>Bezafibrato</b>             | Risco de miopatia/rabdomiólise e colelitíase   |
| <b>Ciclosporina</b>            | Possível aumento dos efeitos da ezetimiba e ciclosporina                                 |
| <b>Colestiramina</b>           | Possível diminuição dos efeitos da ezetimiba   |
| <b>Eltrombopague</b>           | Possível aumento dos efeitos da ezetimiba  |
| <b>Fenofibrato</b>             | Possível aumento dos efeitos da ezetimiba e risco de miopatia/rabdomiólise e colelitíase |
| <b>Fenofibrato micronizado</b> | Possível aumento dos efeitos da ezetimiba  |
| <b>Genfibrozila</b>            | Possível aumento dos efeitos da ezetimiba e risco de miopatia/rabdomiólise e colelitíase |
| <b>Simeprevir</b>              | Possível aumento dos efeitos da ezetimiba  |
| <b>Teriflunomida</b>           | Possível aumento dos efeitos da ezetimiba  |
| <b>Varfarina</b>               | Possível aumento do tempo de protrombina ou da razão normalizada internacional (INR)     |



## FENOFIBRATO

| <b>Outras substâncias</b> | <b>Efeitos</b>  |
|---------------------------|---|
| <b>Anticoagulantes</b>    | Possível aumento dos efeitos dos anticoagulantes  |
| <b>Atorvastatina</b>      | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Ciclosporina</b>       | Possível risco de deterioração da função renal  |
| <b>Ciprofibrate</b>       | Risco de miopatia/rabdomiólise e mioglobínúria  |
| <b>Colchicina</b>         | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Colestiramina</b>      | Possível diminuição dos efeitos do fenofibrato  |
| <b>Clorpropamida</b>      | Possível aumento dos efeitos da clorpropamida e risco de hipoglicemia                   |
| <b>Crofelêmer</b>         | Possível aumento dos efeitos do fenofibrato   |
| <b>Dabrafenibe</b>        | Possível diminuição dos efeitos do fenofibrato  |
| <b>Erlotinibe</b>         | Possível diminuição dos efeitos do erlotinibe   |
| <b>Everolimo</b>          | Possível diminuição dos efeitos do everolimo  |
| <b>Ezetimiba</b>          | Possível aumento dos efeitos de ezetimiba e risco miopatia/rabdomiólise e colelitíase   |
| <b>Fluvastatina</b>       | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Glibenclamida</b>      | Possível aumento dos efeitos da glibenclamida e risco de hipoglicemia e hipoalbuminemia |
| <b>Glimepirida</b>        | Risco de hipoglicemia   |
| <b>Glipizida</b>          | Possível aumento dos efeitos da glipizida e risco de hipoglicemia e hipoalbuminemia     |
| <b>Insulinas</b>          | Possível aumento dos efeitos das insulinas e risco de hipoglicemia                      |
| <b>Lovastatina</b>        | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Micofenolato</b>       | Risco de neutropenia  |
| <b>Mitotano</b>           | Possível diminuição dos efeitos do fenofibrato  |
| <b>Pitavastatina</b>      | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina e risco de miopatia/rabdomiólise          |
| <b>Pravastatina</b>       | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Raltegravir</b>        | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Rosuvastatina</b>      | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Sinvastatina</b>       | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Tacrolimo</b>          | Possível aumento dos efeitos do tacrolimo   |



## FLUVASTINA

| <b>Outras substâncias</b> | <b>Efeitos</b>   |
|---------------------------|--|
| <b>Ácido fusídico</b>     | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Ácido nicotínico</b>   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Ácido valproico</b>    | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Alfapeginterferona</b> | Possível diminuição dos efeitos da fluvastatina                                  |
| <b>Alirocumabe</b>        | Possível diminuição dos efeitos do alirocumabe                                   |
| <b>Amiodarona</b>         | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Antiácidos</b>         | Possível diminuição dos efeitos da fluvastatina                                  |
| <b>Atazanavir</b>         | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Axitinibe</b>          | Possível aumento dos efeitos do axitinibe  |
| <b>Bezafibrato</b>        | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Boceprevir</b>         | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Bosentana</b>          | Possível diminuição dos efeitos da fluvastatina                                  |
| <b>Cannabis sp.</b>       | Possível aumento dos efeitos da cannabis   |
| <b>Carbamazepina</b>      | Possível diminuição dos efeitos da fluvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Carvedilol</b>         | Possível aumento dos efeitos do carvedilol                                       |
| <b>Caspofungina</b>       | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Cetoconazol</b>        | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Ciclosporina</b>       | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Cimetidina</b>         | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Ciprofibrato</b>       | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Ciproterona</b>        | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Claritromicina</b>     | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Clopidogrel</b>        | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Clotrimazol</b>        | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Clozapina</b>          | Possível aumento dos efeitos da clozapina  |
| <b>Coenzima Q10</b>       | Possível diminuição dos efeitos da coenzima Q10                                  |
| <b>Colchicina</b>         | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Colestiramina</b>      | Possível diminuição dos efeitos da fluvastatina                                  |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| FLUVASTINA  |  |
|---|--|
| <b>Daclatasvir</b>                                    | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Danazol</b>  | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Daptomicina</b>                                    | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Darunavir</b>                                      | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                   |
| <b>Dissulfiram</b>                                    | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                   |
| <b>Divalproato de sódio</b>                           | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                   |
| <b>Digoxina</b>                                       | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Entacapon</b>                                      | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                   |
| <b>Elbasvir</b>                                       | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                   |
| <b>Efavirenz</b>                                      | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                   |
| <b>Eltrombopague</b>                                  | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Eritromicina</b>                                   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Estearato de eritromicina</b>                      | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Etravirina</b>                                     | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Evolocumabe</b>                                    | Possível diminuição dos efeitos do evolocumabe                                 |
| <b>Farelo de aveia</b>                                | Possível diminuição dos efeitos da fluvastatina                                |
| <b>Fenitoína</b>                                      | Possível aumento dos efeitos da fenitoína e da fluvastatina                    |
| <b>Fenobartital</b>                                   | Possível diminuição dos efeitos da fluvastatina                                |
| <b>Fenofibrato</b>                                    | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Fenofibrato micronizado</b>                        | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Fluconazol</b>                                     | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Fluoxetina</b>                                     | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                   |
| <b>Fluvoxamina</b>                                    | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                   |
| <b>Genfibrozila</b>                                   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Glibenclamida</b>                                  | Possível aumento dos efeitos da glibenclamida e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Erva-de-São-João (<i>Hypericum perforatum</i>)</b> | Possível diminuição dos efeitos da fluvastatina                                |
| <b>Imatinibe</b>                                      | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                   |
| <b>Inibidores da bomba de prótons</b>                 | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                   |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| <b>FLUVASTINA</b>                   |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Lactobionato de eritromicina</b> | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Leflunomida</b>                  | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Levedura de arroz vermelho</b>   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Mesterolona</b>                  | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Metronidazol</b>                 | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Miconazol vaginal</b>            | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Nateglinida</b>                  | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Nilotinibe</b>                   | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Orlistate</b>                    | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Paclitaxel</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Pazopanibe</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Pioglitazona</b>                 | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Pirfenidona</b>                  | Possível aumento dos efeitos da pirfenidona                                      |
| <b>Posaconazol</b>                  | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Primidona</b>                    | Possível diminuição dos efeitos da fluvastatina                                  |
| <b>Raltegravir</b>                  | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Ranolazina</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Regorafenibe</b>                 | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Repaglinida</b>                  | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Rifampicina</b>                  | Possível diminuição dos efeitos da fluvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Rupatadina</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Ruxolitinibe</b>                 | Possível aumento dos efeitos do ruxolitinibe                                     |
| <b>Saquinavir</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Sildenafil</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Sulfametoxazol</b>               | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Tacrolimo</b>                    | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Telmisartana</b>                 | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Teriflunomida</b>                | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina                                     |
| <b>Tetraidrocanabinol</b>           | Possível aumento dos efeitos do tetraidrocanabinol                               |
| <b>Tizanidina</b>                   | Possível diminuição dos efeitos da tizanidina                                    |

(continua na página seguinte)



(continuação)

| <b>FLUVASTINA</b>  |  |
|--------------------|--|
| <b>Valsartana</b>  | Risco de miopatia/rabdomiólise               |
| <b>Varfarina</b>   | Possível aumento dos efeitos da varfarina    |
| <b>Voriconazol</b> | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina |
| <b>Zafirlucast</b> | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina |

| <b>GENFIBROZILA</b>          |  |
|------------------------------|--|
| <b>Outras substâncias</b>    | <b>Efeitos</b>   |
| <b>Agomelatina</b>           | Possível aumento dos efeitos da agomelatina  |
| <b>Atorvastatina</b>         | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise           |
| <b>Bosentana</b>             | Possível aumento dos efeitos da bosentana  |
| <b>Cannabis sp.</b>          | Possível aumento dos efeitos da cannabis   |
| <b>Carvedilol</b>            | Possível aumento dos efeitos do carvedilol   |
| <b>Ciclosporina</b>          | Possível diminuição dos efeitos da ciclosporina  |
| <b>Ciprofibrato</b>          | Risco de miopatia/rabdomiólise e mioglobínúria   |
| <b>Cilostazol</b>            | Possível aumento dos efeitos do cilostazol   |
| <b>Clozapina</b>             | Possível aumento dos efeitos da clozapina  |
| <b>Colchicina</b>            | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Colestiramina</b>         | Possível diminuição dos efeitos da genfibrozila  |
| <b>Dabrafenibe</b>           | Possível aumento dos efeitos do dabrafenibe  |
| <b>Diclofenaco</b>           | Possível aumento dos efeitos do diclofenaco  |
| <b>Eltrombopague</b>         | Possível aumento dos efeitos do eltrombopague  |
| <b>Enzalutamida</b>          | Possível aumento dos efeitos do enzalutamida   |
| <b>Ezetimiba</b>             | Possível aumento dos efeitos da ezetimiba e risco de miopatia/rabdomiólise e colelitíase |
| <b>Femprocumona</b>          | Risco de hemorragia  |
| <b>Fluvastatina</b>          | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Glibenclamida</b>         | Possível aumento dos efeitos da glibenclamida e risco de hipoglicemia e hipoalbuminemia  |
| <b>Imatinibe</b>             | Possível aumento dos efeitos do imatinibe  |
| <b>Insulinas</b>             | Possível aumento dos efeitos da insulinas e risco de hipoglicemia e hipoalbuminemia      |
| <b>Irinotecano</b>           | Possível aumento dos efeitos do irinotecano  |
| <b>Lacosamida</b>            | Possível aumento dos efeitos da lacosamida   |
| <b>Lesinurad</b>             | Possível aumento dos efeitos do lesinurad  |
| <b>Lopinavir + Ritonavir</b> | Possível diminuição dos efeitos da genfibrozila e possível aumento dos triglicérides     |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| <b>GENFIBROZILA</b>                                 |  |
|---|--|
| <b>Loperamida</b>                                   | Possível aumento dos efeitos da loperamida                                     |
| <b>Lovastatina</b>                                  | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Montelucaste</b>                                 | Possível aumento dos efeitos do montelucaste                                   |
| <b>Paclitaxel</b>                                   | Possível aumento dos efeitos do paclitaxel                                     |
| <b>Parecoxibe</b>                                   | Possível aumento dos efeitos do parecoxibe                                     |
| <b>Pioglitazona</b>                                 | Possível aumento dos efeitos da pioglitazona                                   |
| <b>Pirfenidona</b>                                  | Possível aumento dos efeitos da pirfenidona                                    |
| <b>Pitavastatina</b>                                | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Pravastatina</b>                                 | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Raltegravir</b>                                  | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Repaglinida</b>                                  | Possível aumento dos efeitos do repaglinida                                    |
| <b>Rosuvastatina</b>                                | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Sinvastatina</b>                                 | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Sulfonilureias (ex.: glibeprida e glipizida)</b> | Risco de hipoglicemia e hipoalbuminemia  |
| <b>Tizanidina</b>                                   | Possível aumento dos efeitos da tizanidina                                     |
| <b>Tofacitinibe</b>                                 | Possível aumento dos efeitos do tofacitinibe                                   |
| <b>Valsartana</b>                                   | Possível aumento dos efeitos da valsartana                                     |
| <b>Varfarina</b>                                    | Possível aumento dos efeitos da varfarina                                      |

| <b>LOVASTATINA</b>              |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Outras substâncias</b>       | <b>Efeitos</b>   |
| <b>Ácido fusídico</b>           | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Ácido nicotínico</b>         | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Afatinibe</b>                | Possível aumento dos efeitos do afatinibe                                    |
| <b>Alirocumabe</b>              | Possível diminuição dos efeitos do alirocumabe                               |
| <b>Amiodarona</b>               | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Antiácidos</b>               | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Aprepitanto</b>              | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Arteméter + Lumefantrina</b> | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Atazanavir</b>               | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Atorvastatina</b>            | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina                                |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| LOVASTATINA           |  |
|-----------------------|--|
| <b>Axitinibe</b>      | Possível aumento dos efeitos do axitinibe                                    |
| <b>Azitromicina</b>   | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Bezafibrato</b>    | Possível risco de miopatia/rabdomiólise                                      |
| <b>Boceprevir</b>     | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Bosentana</b>      | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Cannabis sp.</b>   | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Carbamazepina</b>  | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Cetoconazol</b>    | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Ciclosporina</b>   | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Cilostazol</b>     | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Cimetidina</b>     | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Ciprofibrato</b>   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Ciproterona</b>    | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Claritromicina</b> | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Clopidogrel</b>    | Possível diminuição dos efeitos do clopidogrel                               |
| <b>Clotrimazol</b>    | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Coenzima Q10</b>   | Possível diminuição dos efeitos da coenzima Q10                              |
| <b>Colchicina</b>     | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Colestiramina</b>  | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Crizotinibe</b>    | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Dabrafenibe</b>    | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Daclatasvir</b>    | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Danazol</b>        | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Daptomicina</b>    | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Darifenacina</b>   | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Darunavir</b>      | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Dasatinibe</b>     | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Deferasirox</b>    | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Deflazacorte</b>   | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Desvenlafaxina</b> | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Dexametasona</b>   | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| LOVASTATINA   |  |
|---|--|
| <b>Diltiazem</b>                                      | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Docetaxel</b>                                      | Possível aumento dos efeitos do docetaxel                                    |
| <b>Dronedarona</b>                                    | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Efavirenz</b>                                      | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Enzalutamida</b>                                   | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Eritromicina</b>                                   | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Espironolactona</b>                                | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Estearato de eritromicina</b>                      | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Estradiol</b>                                      | Possível aumento dos efeitos do estradiol                                    |
| <b>Estrogênios conjugados</b>                         | Possível aumento dos efeitos dos estrogênios conjugados                      |
| <b>Estrogênios conjugados vaginais</b>                | Possível aumento dos efeitos dos estrogênios conjugados vaginais             |
| <b>Etexilato de dabigatrana</b>                       | Possível aumento dos efeitos do etexilato de dabigatrana                     |
| <b>Etravirina</b>                                     | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Eucalipto (<i>Eucalyptus globulus</i>)</b>         | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Everolimo</b>                                      | Possível aumento dos efeitos do everolimo                                    |
| <b>Evolocumabe</b>                                    | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Exenatida</b>                                      | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Farelo de aveia</b>                                | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Fenitoína</b>                                      | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Fenobarbital</b>                                   | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Fenofibrato</b>                                    | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Fenofibrato micronizado</b>                        | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Fexofenadina</b>                                   | Possível aumento dos efeitos da fexofenadina                                 |
| <b>Fluconazol</b>                                     | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Fluvoxamina</b>                                    | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Fosamprenavir</b>                                  | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Fosaprepitanto</b>                                 | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Genfibrozila</b>                                   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Griseofulvina</b>                                  | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Hidro cortisona</b>                                | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Erva-de-São-João (<i>Hypericum perforatum</i>)</b> | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| LOVASTATINA                           |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Imatinibe</b>                      | Possível aumento dos efeitos do imatinibe                                    |
| <b>Inibidores da bomba de prótons</b> | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Isoniazida</b>                     | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Itraconazol</b>                    | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Ivermectina</b>                    | Possível aumento dos efeitos da ivermectina                                  |
| <b>Lactobionato de eritromicina</b>   | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Lapatinibe</b>                     | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Levedura de arroz vermelho</b>     | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Liraglutida</b>                    | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Loperamida</b>                     | Possível aumento dos efeitos da loperamida                                   |
| <b>Loratadina</b>                     | Possível aumento dos efeitos da loratadina                                   |
| <b>Maraviroc</b>                      | Possível aumento dos efeitos do maraviroc                                    |
| <b>Mesterolona</b>                    | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Metilprednisolona</b>              | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Metronidazol</b>                   | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Miconazol vaginal</b>              | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Mitotano</b>                       | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Modafinil</b>                      | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Nevirapina</b>                     | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Nifedipina</b>                     | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Nilotinibe</b>                     | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Orlistate</b>                      | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Oxicarbazepina</b>                 | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Oxiconazol</b>                     | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Paclitaxel</b>                     | Possível aumento dos efeitos do paclitaxel                                   |
| <b>Paliperidona</b>                   | Possível aumento dos efeitos da paliperidona                                 |
| <b>Pazopanibe</b>                     | Possível aumento dos efeitos do pazopanibe                                   |
| <b>Posaconazol</b>                    | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Prednisolona</b>                   | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Prednisona</b>                     | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Primidona</b>                      | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Quinina</b>                        | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Raltegravir</b>                    | Risco de miopatia/rabdomiólise   |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| LOVASTATINA            |  |
|------------------------|--|
| <b>Ranolazina</b>      | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Repaglinida</b>     | Possível aumento dos efeitos da repaglinida                                  |
| <b>Rifampicina</b>     | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Ritonavir</b>       | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Riociguate</b>      | Possível aumento dos efeitos do riociguate                                   |
| <b>Rupatadina</b>      | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Ruxolitinibe</b>    | Possível aumento dos efeitos do ruxolitinibe                                 |
| <b>Saquinavir</b>      | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Silodosina</b>      | Possível aumento dos efeitos da silodosina                                   |
| <b>Siltuximabe</b>     | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Simeprevir</b>      | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Sinvastatina</b>    | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Sirolimo</b>        | Possível aumento dos efeitos do sirolimo                                     |
| <b>Sitagliptina</b>    | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Suco de toranja</b> | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Tacrolimo</b>       | Possível aumento dos efeitos do tacrolimo                                    |
| <b>Ticagrelor</b>      | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Tipranavir</b>      | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Tocilizumabe</b>    | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Tolvaptan</b>       | Possível aumento dos efeitos do tolvaptan                                    |
| <b>Topiramato</b>      | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Trabectedina</b>    | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Trazodona</b>       | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Troglitazona</b>    | Possível diminuição dos efeitos da lovastatina                               |
| <b>Troleandomicina</b> | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Valsartana</b>      | Possível aumento dos efeitos da valsartana                                   |
| <b>Varfarina</b>       | Possível aumento dos efeitos da varfarina                                    |
| <b>Vemurafenibe</b>    | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |
| <b>Verapamil</b>       | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Vimblastina</b>     | Possível aumento dos efeitos da vimblastina                                  |
| <b>Vincristina</b>     | Possível aumento dos efeitos da vincristina                                  |
| <b>Vismodegibe</b>     | Possível aumento dos efeitos do vismodegibe                                  |

(continua na página seguinte)



(continuação)

| <b>LOVASTATINA</b> |  |
|--------------------|--|
| <b>Voriconazol</b> | Possível aumento dos efeitos da lovastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Zafirlucast</b> | Possível aumento dos efeitos da lovastatina                                  |

| <b>ÔMEGA 3</b>            |                     |
|---------------------------|---------------------|
| <b>Outras substâncias</b> | <b>Efeitos</b>      |
| <b>Alteplase</b>          | Risco de hemorragia |
| <b>Anagrelida</b>         | Risco de hemorragia |
| <b>Clopidogrel</b>        | Risco de hemorragia |
| <b>Dabigatrana</b>        | Risco de hemorragia |
| <b>Dalteparina</b>        | Risco de hemorragia |
| <b>Dipiridamol</b>        | Risco de hemorragia |
| <b>Enoxaparina</b>        | Risco de hemorragia |
| <b>Fondaparinux</b>       | Risco de hemorragia |
| <b>Heparina</b>           | Risco de hemorragia |
| <b>Ibrutinibe</b>         | Risco de hemorragia |
| <b>Prasugrel</b>          | Risco de hemorragia |
| <b>Tenecteplase</b>       | Risco de hemorragia |
| <b>Ticlopidina</b>        | Risco de hemorragia |
| <b>Varfarina</b>          | Risco de hemorragia |
| <b>Vortioxetina</b>       | Risco de hemorragia |

| <b>ORLISTATE</b>          |  |
|---------------------------|--|
| <b>Outras substâncias</b> | <b>Efeitos</b>   |
| <b>Amiodarona</b>         | Possível diminuição dos efeitos da amiodarona          |
| <b>Anticonvulsivantes</b> | Possível diminuição dos efeitos dos anticonvulsivantes |
| <b>Atazanavir</b>         | Possível diminuição dos efeitos do atazanavir          |
| <b>Atorvastatina</b>      | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina          |
| <b>Betacaroteno</b>       | Possível diminuição dos efeitos do betacaroteno        |
| <b>Bezafibrato</b>        | Possível aumento dos efeitos do bezafibrato            |
| <b>Ciclosporina</b>       | Possível diminuição dos efeitos da ciclosporina        |
| <b>Ciprofibrato</b>       | Possível aumento dos efeitos do ciprofibrato           |
| <b>Clobazam</b>           | Possível diminuição dos efeitos do clobazam            |
| <b>Clonazepam</b>         | Possível diminuição dos efeitos do clonazepam          |
| <b>Clorpropamida</b>      | Possível aumento dos efeitos da clorpropamida          |
| <b>Colecalciferol</b>     | Possível diminuição dos efeitos do colecalciferol      |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| ORLISTATE                      |   |
|--------------------------------|---|
| <b>Darunavir</b>               | Possível diminuição dos efeitos do darunavir            |
| <b>Diazepam</b>                | Possível diminuição dos efeitos do diazepam             |
| <b>Dolutegravir</b>            | Possível diminuição dos efeitos do dolutegravir         |
| <b>Efarivenz</b>               | Possível diminuição dos efeitos do efavirenz            |
| <b>Enfuvirtida</b>             | Possível diminuição dos efeitos da enfuvirtida          |
| <b>Estavudina</b>              | Possível diminuição dos efeitos da estavudina           |
| <b>Etravirina</b>              | Possível diminuição dos efeitos da etravirina           |
| <b>Fenofibrato micronizado</b> | Possível aumento dos efeitos do fenofibrato micronizado |
| <b>Fluvastatina</b>            | Possível aumento dos efeitos da fluvastatina            |
| <b>Fosamprenavir</b>           | Possível diminuição dos efeitos do fosamprenavir        |
| <b>Glibenclamida</b>           | Possível aumento dos efeitos da glibenclamida           |
| <b>Glimepirida</b>             | Possível aumento dos efeitos da glimepirida             |
| <b>Glipizida</b>               | Possível aumento dos efeitos da glipizida               |
| <b>Lamivudina</b>              | Possível diminuição dos efeitos da lamivudina           |
| <b>Levotiroxina</b>            | Possível diminuição dos efeitos da levotiroxina         |
| <b>Lopinavir + Ritonavir</b>   | Possível diminuição dos efeitos do lopinavir            |
| <b>Lorazepam</b>               | Possível diminuição dos efeitos do lorazepam            |
| <b>Lovastatina</b>             | Possível aumento dos efeitos da lovastatina             |
| <b>Maraviroc</b>               | Possível diminuição dos efeitos do maraviroc            |
| <b>Midazolam</b>               | Possível diminuição dos efeitos do midazolam            |
| <b>Nevirapina</b>              | Possível diminuição dos efeitos da nevirapina           |
| <b>Paricalcitol</b>            | Possível diminuição dos efeitos do paricalcitol         |
| <b>Piracetam</b>               | Possível diminuição dos efeitos do piracetam            |
| <b>Pitavastatina</b>           | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina           |
| <b>Pravastatina</b>            | Possível aumento dos efeitos da pravastatina            |
| <b>Propafenona</b>             | Possível diminuição dos efeitos da propafenona          |
| <b>Raltegravir</b>             | Possível diminuição dos efeitos do raltegravir          |
| <b>Rosuvastatina</b>           | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina           |
| <b>Saquinavir</b>              | Possível diminuição dos efeitos do saquinavir           |
| <b>Tipranavir</b>              | Possível diminuição dos efeitos do tipranavir           |
| <b>Varfarina</b>               | Possível diminuição dos efeitos da varfarina            |
| <b>Vitamina A</b>              | Possível diminuição dos efeitos da vitamina A           |
| <b>Vitamina D</b>              | Possível diminuição dos efeitos da vitamina D           |
| <b>Vitamina E</b>              | Possível diminuição dos efeitos da vitamina E           |
| <b>Vitamina K1</b>             | Possível diminuição dos efeitos da vitamina K1          |
| <b>Zidovudina</b>              | Possível diminuição dos efeitos da zidovudina           |





| PITAVASTATINA             |  |
|---------------------------|--|
| Outras substâncias        | Efeitos  |
| Ácido fusídico            | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Ácido nicotínico          | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Alirocumabe               | Possível diminuição dos efeitos do alirocumabe                                 |
| Antiácidos                | Possível diminuição dos efeitos da pitavastatina                               |
| Atazanavir                | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina                                  |
| Bezafibrato               | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Boceprevir                | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina                                  |
| Carbamazepina             | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Casposfungina             | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Cetoconazol               | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Ciclosporina              | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| Ciprofibrato              | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Claritromicina            | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| Clotrimazol               | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Coenzima Q10              | Possível diminuição dos efeitos da coenzima q10                                |
| Colchicina                | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| Colestiramina             | Possível diminuição dos efeitos da pitavastatina                               |
| Daclatasvir               | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| Daptomicina               | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Danazol                   | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina                                  |
| Darunavir                 | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina                                  |
| Digoxina                  | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Eltrombopague             | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| Eritromicina              | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| Estearato de eritromicina | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| Evolocumabe               | Possível diminuição dos efeitos do evolocumabe                                 |
| Fenofibrato               | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| Fenofibrato micronizado   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Genfibrozila              | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| <b>PITAVASTATINA</b>                  |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>Glibenclamida</b>                  | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Inibidores da bomba de prótons</b> | Possível diminuição dos efeitos da pitavastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Lactobionato de eritromicina</b>   | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Lopinavir + Ritonavir</b>          | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina                                     |
| <b>Orlistate</b>                      | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina                                     |
| <b>Paclitaxel</b>                     | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Pazopanibe</b>                     | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Pioglitazona</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Ranolazina</b>                     | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Levedura de arroz vermelho</b>     | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Raltegravir</b>                    | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Regorafenibe</b>                   | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina                                     |
| <b>Repaglinida</b>                    | Possível aumento dos efeitos do repaglinida                                       |
| <b>Rifampicina</b>                    | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Rupatadina</b>                     | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Saquinavir</b>                     | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Sildenafil</b>                     | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Simeprevir</b>                     | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina                                     |
| <b>Tacrolimo</b>                      | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Telmisartana</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Teriflunomida</b>                  | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina                                     |
| <b>Trazodona</b>                      | Possível aumento dos efeitos da pitavastatina                                     |
| <b>Valsartana</b>                     | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Varfarina</b>                      | Possível aumento dos efeitos da varfarina   |

| <b>PRAVASTATINA</b>       |   |
|---------------------------|---|
| <b>Outras substâncias</b> | <b>Efeitos</b>                                  |
| <b>Ácido fusídico</b>     | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |
| <b>Ácido nicotínico</b>   | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |
| <b>Alirocumabe</b>        | Possível diminuição dos efeitos do alirocumabe  |
| <b>Antiácidos</b>         | Possível diminuição dos efeitos da pravastatina |
| <b>Atazanavir</b>         | Possível aumento dos efeitos da pravastatina    |
| <b>Axitinibe</b>          | Possível aumento dos efeitos do axitinibe       |
| <b>Bezafibrato</b>        | Risco de miopatia/rabdomiólise                  |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| <b>PRAVASTATINA</b>                                   |   |
|---|---|
| <b>Boceprevir</b>                                     | Possível aumento dos efeitos da pravastatina                                  |
| <b>Carbamazepina</b>                                  | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Caspofungina</b>                                   | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Cetoconazol</b>                                    | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Ciclosporina</b>                                   | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Ciprofibrate</b>                                   | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Claritromicina</b>                                 | Possível aumento dos efeitos da pravastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Clotrimazol</b>                                    | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Coenzima Q10</b>                                   | Possível diminuição dos efeitos da coenzima Q10                               |
| <b>Colchicina</b>                                     | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Colesevelam</b>                                    | Possível diminuição dos efeitos da pravastatina                               |
| <b>Colestiramina</b>                                  | Possível diminuição dos efeitos da pravastatina                               |
| <b>Ciclosporina</b>                                   | Possível aumento dos efeitos da pravastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Crizotinibe</b>                                    | Possível aumento dos efeitos da pravastatina                                  |
| <b>Daclatasvir</b>                                    | Possível aumento dos efeitos da pravastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Daptomicina</b>                                    | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Darunavir</b>                                      | Possível aumento dos efeitos da pravastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Digoxina</b>                                       | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Efavirenz</b>                                      | Possível diminuição dos efeitos da pravastatina                               |
| <b>Eltrombopague</b>                                  | Possível aumento dos efeitos da pravastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Eritromicina</b>                                   | Possível aumento dos efeitos da pravastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Estearato de eritromicina</b>                      | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Evolocumabe</b>                                    | Possível diminuição dos efeitos do evolocumabe                                |
| <b>Farelo de aveia</b>                                | Possível diminuição dos efeitos da pravastatina                               |
| <b>Fenitoína</b>                                      | Possível diminuição dos efeitos da pravastatina                               |
| <b>Fenofibrato</b>                                    | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Fenofibrato micronizado</b>                        | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Fosamprenavir</b>                                  | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Genfibrozila</b>                                   | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Glibenclamida</b>                                  | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Erva-de-São-João (<i>Hypericum perforatum</i>)</b> | Possível diminuição dos efeitos da pravastatina                               |
| <b>Inibidores da bomba de prótons</b>                 | Possível aumento dos efeitos da pravastatina                                  |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| <b>PRAVASTATINA</b>                 |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>Itraconazol</b>                  | Possível aumento dos efeitos da pravastatina                                  |
| <b>Lactobionato de eritromicina</b> | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Levedura de arroz vermelho</b>   | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Mesterolona</b>                  | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Orlistate</b>                    | Possível aumento dos efeitos da pravastatina                                  |
| <b>Paclitaxel</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Paroxetina</b>                   | Possível elevação da glicose no sangue  |
| <b>Pazopanibe</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Pioglitazona</b>                 | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Raltegravir</b>                  | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Ranolazina</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Repaglinide</b>                  | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Rifampicina</b>                  | Possível aumento dos efeitos da pravastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Ritonavir</b>                    | Possível aumento dos efeitos da pravastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Rupatadina</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Saquinavir</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Sildenafil</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Simeprevir</b>                   | Possível aumento dos efeitos da pravastatina                                  |
| <b>Tacrolimo</b>                    | Possível aumento dos efeitos da pravastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Telmisartana</b>                 | Risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Teriflunomida</b>                | Possível aumento dos efeitos da pravastatina                                  |
| <b>Valsartana</b>                   | Possível aumento dos efeitos da valsartana e risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Varfarina</b>                    | Possível aumento dos efeitos da varfarina                                     |
| <b>Vemurafenibe</b>                 | Possível aumento dos efeitos da pravastatina                                  |

| <b>ROSUVASTATINA</b>      |  |
|---------------------------|--|
| <b>Outras substâncias</b> | <b>Efeitos</b>   |
| <b>Ácido fusídico</b>     | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Ácido nicotínico</b>   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Alirocumabe</b>        | Possível diminuição dos efeitos do alirocumabe                                 |
| <b>Amiodarona</b>         | Possível aumento dos níveis de transaminases                                   |
| <b>Antiácidos</b>         | Possível diminuição dos efeitos da rosuvastatina                               |
| <b>Atazanavir</b>         | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| ROSUVASTATINA                    |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Bezafibrato</b>               | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Boceprevir</b>                | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina  |
| <b>Carbamazepina</b>             | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Casposfungina</b>             | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Cetoconazol</b>               | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Ciclosporina</b>              | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                           |
| <b>Ciprofibrato</b>              | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Claritromicina</b>            | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                           |
| <b>Clopidogrel</b>               | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                           |
| <b>Clotrimazol</b>               | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Coenzima Q10</b>              | Possível diminuição dos efeitos da coenzima Q10  |
| <b>Colchicina</b>                | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Colestiramina</b>             | Possível diminuição dos efeitos da rosuvastatina   |
| <b>Contraceptivos combinados</b> | Possível aumento dos efeitos dos contraceptivos combinados (principalmente norgestrel e etinilestradiol) |
| <b>Crofelemer</b>                | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina  |
| <b>Daclatasvir</b>               | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                           |
| <b>Daptomicina</b>               | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Darunavir</b>                 | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                           |
| <b>Digoxina</b>                  | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Dronedarona</b>               | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                           |
| <b>Eltrombopague</b>             | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                           |
| <b>Eritromicina</b>              | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Estearato de eritromicina</b> | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Etinilestradiol</b>           | Possível diminuição dos efeitos do etinilestradiol   |
| <b>Evolocumabe</b>               | Possível diminuição dos efeitos do evolocumabe   |
| <b>Farelo de aveia</b>           | Possível diminuição dos efeitos da rosuvastatina   |
| <b>Fenofibrato</b>               | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Fenofibrato micronizado</b>   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Fluconazol</b>                | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise                           |
| <b>Fosamprenavir</b>             | Risco de miopatia/rabdomiólise   |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| ROSUVASTATINA   |  |
|---|--|
| <b>Genfibrozila</b>                                   | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Glibenclamida</b>                                  | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Erva-de-São-João (<i>Hypericum perforatum</i>)</b> | Possível diminuição dos efeitos da rosuvastatina                               |
| <b>Inibidores da bomba de prótons</b>                 | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Itraconazol</b>                                    | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Lactobionato de eritromicina</b>                   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Levedura de arroz vermelho</b>                     | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Lopinavir + Ritonavir</b>                          | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Lufunomida</b>                                     | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina                                  |
| <b>Mesterolona</b>                                    | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Orlistate</b>                                      | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina                                  |
| <b>Osimertinibe</b>                                   | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina                                  |
| <b>Paclitaxel</b>                                     | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Pazopanib</b>                                      | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Pioglitazona</b>                                   | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Raltegravir</b>                                    | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Ranolazina</b>                                     | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Regorafenibe</b>                                   | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina                                  |
| <b>Repaglinida</b>                                    | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Rifampicina</b>                                    | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Rupatadina</b>                                     | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Saquinavir</b>                                     | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Sildenafil</b>                                     | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Simeprevir</b>                                     | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina                                  |
| <b>Tacrolimo</b>                                      | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina                                  |
| <b>Telmisartana</b>                                   | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina                                  |
| <b>Teriflunomida</b>                                  | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina                                  |
| <b>Tipranavir</b>                                     | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Tradozona</b>                                      | Possível aumento dos efeitos da rosuvastatina                                  |
| <b>Varfarina</b>                                      | Possível aumento dos efeitos da varfarina                                      |

## SINVASTATINA

| <b>Outras substâncias</b>                   | <b>Efeitos</b>   |
|---|--|
| <b>Ácido fusídico</b>                       | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Ácido nicotínico</b>                     | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Afatinibe</b>                            | Possível aumento dos efeitos do afatinibe  |
| <b>Albiglutida</b>                          | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina                                     |
| <b>Alirocumabe</b>                          | Possível diminuição dos efeitos do alirocumabe                                   |
| <b>Alisquireno</b>                          | Possível aumento dos efeitos do alisquireno                                      |
| <b>Ambrisentana</b>                         | Possível aumento dos efeitos do ambrisentana                                     |
| <b>Amiodarona</b>                           | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Amitriptilina</b>                        | Possível aumento dos efeitos da amitriptilina                                    |
| <b>Anlodipino</b>                           | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Antiácidos</b>                           | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina                                  |
| <b>Aprepitanto</b>                          | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina                                     |
| <b>Arteméter + Lumefantrina</b>             | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina                                  |
| <b>Atorvastatina</b>                        | Possível aumento dos efeitos da atorvastatina                                    |
| <b>Azitromicina</b>                         | Possível aumento dos efeitos da azitromicina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Bezafibrato</b>                          | Risco de miopatia/rabdomiólise   |
| <b>Boceprevir</b>                           | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Bosentana</b>                            | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina                                  |
| <b>Budesonida</b>                           | Possível aumento dos efeitos da budesonida                                       |
| <b>Cannabis sp.</b>                         | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina                                     |
| <b>Carbamazepina</b>                        | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Caspofungina</b>                         | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Cetoconazol</b>                          | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Chá verde (<i>Camellia sinensis</i>)</b> | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina                                     |
| <b>Ciclosporina</b>                         | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise    |
| <b>Cimetidina</b>                           | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina                                     |
| <b>Ciprofibrato</b>                         | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Ciprofloxacino</b>                       | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| SINVASTATINA                     |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Ciproterona</b>               | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Claritromicina</b>            | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise          |
| <b>Clotrimazol</b>               | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e possível risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Coenzima Q10</b>              | Possível diminuição dos efeitos da coenzima Q10  |
| <b>Colchicina</b>                | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Colestiramina</b>             | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Cortisona</b>                 | Possível aumento dos efeitos da cortisona  |
| <b>Crizotinibe</b>               | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Crofelemer</b>                | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Dabrafenibe</b>               | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Daclatasvir</b>               | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e possível risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Danazol</b>                   | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise          |
| <b>Daptomicina</b>               | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Darifenacina</b>              | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Dasatinibe</b>                | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Deferasirox</b>               | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Deflazacorte</b>              | Possível aumento dos efeitos do deflazacorte   |
| <b>Desvenlafaxina</b>            | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Dexametasona</b>              | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Digoxina</b>                  | Possível aumento dos efeitos da digoxina e risco de miopatia/rabdomiólise              |
| <b>Diltiazem</b>                 | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise          |
| <b>Docetaxel</b>                 | Possível aumento dos efeitos do docetaxel  |
| <b>Dronedarona</b>               | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise          |
| <b>Efavirenz</b>                 | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Eltrombopague</b>             | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise          |
| <b>Enzalutamida</b>              | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Eritromicina</b>              | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise          |
| <b>Erlotinibe</b>                | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Estearato de eritromicina</b> | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e possível risco de miopatia/rabdomiólise |

(continua na página seguinte)



(continuação)

| SINVASTATINA  |  |
|---|--|
| <b>Estradiol</b>  | Possível aumento dos efeitos do estradiol  |
| <b>Estrogênios conjugados</b>                               | Possível aumento dos efeitos dos estrogênios conjugados                                |
| <b>Etexilato de dabigatrana</b>                             | Possível aumento dos efeitos do etexilato de dabigatrana                               |
| <b>Etravirina</b>   | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Eucalipto (<i>Eucalyptus globulus</i>)</b>               | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Everolimo</b>  | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Evolocumabe</b>  | Possível diminuição dos efeitos do evolocumabe   |
| <b>Farelo de aveia</b>                                      | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Fenitoína</b>  | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Fenobarbital</b>   | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Fenofibrato</b>  | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Fenofibrato micronizado</b>                              | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Fexofenadina</b>   | Possível aumento dos efeitos da fexofenadina   |
| <b>Fluconazol</b>   | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise          |
| <b>Fludrocortisona</b>                                      | Possível aumento dos efeitos da fludrocortisona  |
| <b>Fluvoxamina</b>  | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise          |
| <b>Fosaprepitanto</b>                                       | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Genfibrozila</b>   | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise          |
| <b>Glibenclamida</b>  | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Griseofulvina</b>  | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Hidrocortisona</b>                                       | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Erva-de-São-João (<i>Hypericum perforatum</i>)</b>       | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Iloperidone</b>  | Possível aumento dos efeitos de sinvastatina   |
| <b>Imatinibe</b>  | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Inibidores da bomba de prótons</b>                       | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise          |
| <b>Inibidores de protease (ex.: atazanavir e ritonavir)</b> | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise          |
| <b>Interferon beta</b>                                      | Possível diminuição dos efeitos do interferon beta                                     |
| <b>Irinotecano</b>  | Possível aumento dos efeitos do irinotecano  |
| <b>Isoniazida</b>   | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Isotretinoína</b>  | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Itraconazol</b>  | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e possível risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Ivermectina</b>  | Possível aumento dos efeitos da ivermectina  |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| <b>SINVASTATINA</b>                 |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Lacidipino</b>                   | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Lactobionato de eritromicina</b> | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e possível risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Lapatinibe</b>                   | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Levedura de arroz vermelho</b>   | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Levotiroxina</b>                 | Possível diminuição dos efeitos da levotiroxina  |
| <b>Linagliptina</b>                 | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Loperamida</b>                   | Possível aumento dos efeitos da loperamida   |
| <b>Loratadina</b>                   | Possível aumento dos efeitos da loratadina   |
| <b>Lovastatina</b>                  | Possível aumento dos efeitos da lovastatina  |
| <b>Mesterolona</b>                  | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Metilprednisolona</b>            | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Metronidazol</b>                 | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Miconazol</b>                    | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Mitotano</b>                     | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Modafinila</b>                   | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Nevirapina</b>                   | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Nifedipino</b>                   | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Nilotinibe</b>                   | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Orlistate</b>                    | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Oxcarbazepina</b>                | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Oxiconazol</b>                   | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| <b>Paclitaxel</b>                   | Possível aumento dos efeitos do paclitaxel e risco de miopatia/rabdomiólise            |
| <b>Paliperidona</b>                 | Possível aumento dos efeitos da paliperidona   |
| <b>Pazopanibe</b>                   | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e possível risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Pioglitazona</b>                 | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Posaconazol</b>                  | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e possível risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Prednisolona</b>                 | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Prednisona</b>                   | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Primidona</b>                    | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| <b>Quinina</b>                      | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise          |
| <b>Raltegravir</b>                  | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| <b>Ranolazina</b>                   | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e possível risco de miopatia/rabdomiólise |
| <b>Repaglinida</b>                  | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |

(continua na página seguinte)

(continuação)

| SINVASTATINA                                       |  |
|--|--|
| Rifampicina  | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise       |
| Riociguate   | Possível aumento dos efeitos do riociguate   |
| Risperidona  | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise          |
| Rupatadina   | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| Saxagliptina                                       | Possível aumento dos efeitos da saxagliptina   |
| Sildenafil   | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| Silodosina   | Possível aumento dos efeitos da silodosina   |
| Siltuximabe  | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| Simeprevir   | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| Sirolimo   | Possível aumento dos efeitos do sirolimo   |
| Sitagliptina                                       | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| Suco de cranberry ( <i>Vaccinium macrocarpon</i> ) | Risco de hepatite e miopatia/rabdomiólise  |
| Suco de toranja ( <i>Citrus paradisi</i> )         | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| Tacrolimo  | Possível aumento do nível do tacrolimo e possível risco de miopatia/rabdomiólise       |
| Tadalafila   | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| Telmisartana                                       | Possível risco de miopatia/rabdomiólise  |
| Teriflunomida                                      | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| Ticagrelor   | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| Tocilizumabe                                       | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| Topiramato   | Possível diminuição dos efeitos da sinvastatina  |
| Trazodona  | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |
| Triancinolona                                      | Possível aumento dos efeitos da triancinolona  |
| Valsartana   | Possível aumento dos efeitos da valsartana e possível risco de miopatia/rabdomiólise   |
| Varfarina  | Possível aumento dos efeitos da varfarina e possível risco de miopatia/rabdomiólise    |
| Verapamil  | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e possível risco de miopatia/rabdomiólise |
| Vimblastina  | Possível aumento dos efeitos da vimblastina  |
| Vincristina  | Possível aumento dos efeitos da vincristina  |
| Vismodegibe  | Possível aumento dos efeitos do vismodegibe  |
| Voriconazol  | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina e risco de miopatia/rabdomiólise          |
| Zafirlucast  | Possível aumento dos efeitos da sinvastatina   |

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEXICOMP MOBILE APPS. Banco de Dados. Disponível em: <<http://www.wolterskluwercdi.com/drug-reference/apps/>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

MEDSCAPE. Drug Interaction Checker. Disponível em: <<http://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS. Micromedex solutions. Banco de Dados. Disponível em: <[http://psbe.ufrn.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=36&Itemid=248](http://psbe.ufrn.br/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=248)>. Acesso em: 11 jul. 2017.







**CRF SP**  
CONSELHO REGIONAL  
DE FARMÁCIA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

 **Farmácia**  
é estabelecimento  
de saúde



*Esse direito  
é de todos*

**CRF SP**  
CONSELHO REGIONAL  
DE FARMÁCIA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO