|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código ATC** | **Medicamento potencialmente inapropriado (DCI)** | **Motivo pelo qual é um PIM** | **Ajuste de dose/considerações especiais de uso** | **Medicamentos e/ou terapias alternativas** |
| ***A*** | ***Aparelho Digestivo, Insulinas, Antidiabéticos e Glucagon*** | | | |
| **A02AA04** | **Hidróxido de Magnésio** | Risco de hipermagnesémia, principalmente se existir insuficiência renal. | Dose máxima: 5 ml/8h; reduzir a dose em caso de insuficiência renal moderada a grave. Se ocorrer diarreia, especialmente em idosos, descontinuar imediatamente o uso. | Como laxante: laxantes osmóticos (macrogol, lactulose); como antiácido, quando a indicação é apropriada: IBP (<8 semanas, baixas doses). |
| **A02AB, A02AD** | **Antiácidos contendo alumínio - Combinações e complexos de compostos de alumínio, cálcio e magnésio** | Excreção renal de alumínio diminui em idosos. Risco de toxicidade do SNC. | Ajustar a dose na insuficiência renal grave.  Usar por períodos curtos (3-4 dias). | Quando a indicação é apropriada: IBP (<8 semanas, baixas doses). |
| **A02BA01** | **Cimetidina** | Efeitos adversos do SNC, incluindo confusão. | 200 mg quatro vezes ao dia ou 300 mg duas vezes ao dia, devido a uma diminuição da função renal e hepática em adultos com idade ≥ 65 anos. | Quando a indicação é apropriada: IBP (<8 semanas, baixas doses). |
| **A02BA02** | **Ranitidina** | Efeitos adversos do SNC, incluindo confusão. | CrCl <50 ml/min: 150 mg/24h (oral); 50 mg/18-24h (IV). | Quando a indicação é apropriada: IBP (<8 semanas, baixas doses). |
| **A02BA03** | **Famotidina** | Efeitos adversos do SNC, incluindo confusão. | CrCl <50 ml/min: administrar 50% da dose ou aumente o intervalo de dosagem a cada 36-48h. | Quando a indicação é apropriada: IBP (<8 semanas, baixas doses). |
| **A02BC** | **Inibidores da bomba de protões** | A terapia a longo prazo com IBP em doses elevadas está associada a um risco aumentado de infeção por *C. difficile* e fratura do quadril. Inadequado se usado >8 semanas na dose máxima sem indicação médica clara. |  | Quando a indicação é apropriada: IBP (<8 semanas, baixas doses). |
| **A03AA04** | **Mebeverina** | Efeitos colaterais tais como tonturas, insônia e anorexia. | Cuidado se houver insuficiência renal acentuada.  Usar apenas por períodos curtos. | Medidas não farmacológicas. Ex. dieta. |
| **A03AA05** | **Trimebutina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos e antimuscarínicos, como agitação, sedação ou confusão; sem eficácia comprovada. |  | Medidas não farmacológicas. Ex. dieta. |
| **A03AB06** | **Brometo de otilónio** | Efeitos colaterais anticolinérgicos e antimuscarínicos, como agitação, sedação ou confusão; sem eficácia comprovada. |  | Medidas não farmacológicas. Ex. dieta. |
| **A03AX04** | **Brometo de pinavério** | Efeitos colaterais como tontura ou ulceração esofágica. |  | Medidas não farmacológicas. Ex. dieta. |
| **A03CA02** | **Clorodiazepóxido + Brometo de clidínio** | Meia-vida longa em adultos mais velhos (geralmente vários dias), produzindo sedação prolongada e aumentando o risco de quedas e fraturas. | Não exceder os 10 mg de clorodiazepóxido, 5 mg/d de clidinio; aumentar gradualmente e limitar à menor dose efetiva. | Medidas não farmacológicas. Ex. dieta. |
| **A03FA01** | **Metoclopramida** | Efeitos antidopaminérgicos e anticolinérgicos; pode piorar o fluxo sanguíneo arterial periférico e precipitar claudicação intermitente. | Uso a curto prazo e redução de dose; CrCl <40 ml/min: 50% da dose normal; dose máxima: 20 mg/d; pode ser usado em cuidados paliativos. | Domperidona (<30mg/d) se não houver contraindicações. |
| **A03FA03** | **Domperidona** | Risco aumentado de arritmia ventricular grave ou morte súbita cardíaca em idosos. | O tratamento deve ser iniciado com a menor dose possível e titulado com cuidado. | Domperidona (<30mg/d) se não houver contraindicações. |
| **A06AA01** | **Parafina líquida** | Efeitos colaterais pulmonares se aspirada. |  | Recomenda-se a ingestão adequada de fibra dietética e líquidos; laxantes osmoticamente ativos: macrogol, lactulose. |
| **A06AB02** | **Bisacodilo** | Laxante estimulante. Os efeitos adversos incluem dor abdominal, desequilíbrio hidroeletrolítico e hipoalbuminémia. Pode exacerbar a disfunção intestinal. |  | Recomenda-se a ingestão adequada de fibra dietética e líquidos; laxantes osmoticamente ativos: macrogol, lactulose. |
| **A06AB06** | **Sene** | Laxante estimulante. Os efeitos adversos incluem dor abdominal, desequilíbrio hidroeletrolítico e hipoalbuminémia. Pode exacerbar a disfunção intestinal. |  | Recomenda-se a ingestão adequada de fibra dietética e líquidos; laxantes osmoticamente ativos: macrogol, lactulose. |
| **A06AB08** | **Picossulfato de sódio** | Laxante estimulante. Os efeitos adversos incluem dor abdominal, desequilíbrio hidroeletrolítico e hipoalbuminémia. Pode exacerbar a disfunção intestinal. |  | Recomenda-se a ingestão adequada de fibra dietética e líquidos; laxantes osmoticamente ativos: macrogol, lactulose. |
| **A06AX05** | **Prucaloprida** | Os efeitos adversos podem incluir dor abdominal, diarreia, dor de cabeça, tontura. | Reduzir a dose para adultos mais velhos e em caso de insuficiência renal grave (TFG <30 ml/min); dose inicial para pessoas acima de 65 anos: 1 mg/d; dose máxima: 2 mg/d (1 mg/d se insuficiência renal grave). | Recomenda-se a ingestão adequada de fibra dietética e líquidos; laxantes osmoticamente ativos: macrogol, lactulose. |
| **A07DA03** | **Loperamida (> 2 dias)** | Risco de sonolência, obstipação, náusea, dor abdominal e inchaço. Efeitos adversos raros incluem tontura. Pode precipitar megacólon tóxico na doença inflamatória intestinal, pode atrasar a recuperação em gastroenterite não reconhecida. | Começar com uma dose de 4 mg seguida de 2 mg em cada deposição até a normalização do intestino; não exceder 16 mg/d; não usar mais de 2 dias; pode ser útil em cuidados paliativos para diarreia persistente não infeciosa. | Medidas não farmacológicas. Ex. dieta. |
| **A07XA04** | **Racecadotril** | Nenhuma eficácia comprovada; inibidor seletivo da enzima *encefalinase* responsável pela degradação das encefalinas, opioides endógenos que agem diminuindo a secreção intestinal de água e eletrólitos, | Dose máxima de 100 mg/8h; duração máxima de 7 dias. | Medidas não farmacológicas. Ex. dieta. |
| **Sem ATC** | **Insulina - Apenas se usada em esquema terapêutico "*sliding scale*"** | Não foram demonstrados benefícios em usar o esquema terapêutico "*sliding scale*". Pode facilitar oscilações nos níveis glicémicos. | Baixas doses para evitar hipoglicémia. | Insulina Basal |
| **A10BB01** | **Glibenclamida** | Risco de hipoglicemia prolongada. | Usar uma dose inicial conservadora (1,25 mg/d para glibenclamida não micronizada e 0,75 mg/d para glibenclamida micronizada) e dose de manutenção; não recomendado se CrCl <50 ml/min. | Dieta; metformina (<2 x 850 mg/d); insulina; a gliclazida é mais segura do que as restantes sulfunilureias de ação curta. |
| **A10BB07** | **Glipizida** | Risco de hipoglicemia prolongada. | Use doses conservadoras iniciais e de manutenção.  Dose inicial: 2,5 mg/d.  Aumentar em 2,5-5 mg/d em intervalos de 1 a 2 semanas. | Dieta; metformina (<2 x 850 mg/d); insulina; a gliclazida é mais segura do que as restantes sulfunilureias de ação curta. |
| **A10BB12** | **Glimepirida** | Risco de hipoglicemia prolongada. | Ajustar de acordo com a função renal.  Para pacientes com insuficiência renal e para adultos mais velhos, usar uma dose inicial de 1 mg/d seguida de um esquema de titulação conservador. Titule a dose em incrementos de 1 a 2 mg, no máximo a cada 1 a 2 semanas, com base na resposta glicêmica individual. | Dieta; metformina (<2 x 850 mg/d); insulina; a gliclazida é mais segura do que as restantes sulfunilureias de ação curta. |
| **A10BF01** | **Acarbose** | Sem eficácia comprovada. |  | Dieta; metformina (<2 x 850 mg/d); insulina; a gliclazida é mais segura do que as restantes sulfunilureias de ação curta. |
| **A10BG03** | **Pioglitazona** | Os riscos associados à idade incluem cancro da bexiga, fraturas e insuficiência cardíaca. O uso por mais de um ano tem sido associado a um aumento do risco de cancro de bexiga. Pode aumentar a incidência de fraturas da parte superior dos braços, mãos e pés em diabéticas do sexo feminino (em comparação com outros antidiabéticos orais). Pode causar retenção de líquidos em adultos mais velhos, o que pode exacerbar ou precipitar a insuficiência cardíaca. |  | Dieta; metformina (<2 x 850 mg/d); insulina; a gliclazida é mais segura do que as restantes sulfunilureias de ação curta. |
| **A10BH01** | **Sitagliptina** | Os dados de segurança disponíveis são limitados para indivíduos com idade ≥ 75 anos. Indivíduos com idade entre os 65 e os 80 anos tiveram concentrações plasmáticas mais elevadas do que os mais jovens. Risco de hipoglicemia, tontura, dor de cabeça e edema periférico. | Reduzir a dose para 50 mg/d em casos de insuficiência renal (CrCl 30-50 ml / min); reduzir a dose para 25 mg/d em casos de insuficiência renal grave (CrCl <30 ml/min). | Dieta; metformina (<2 x 850 mg/d); insulina; a gliclazida é mais segura do que as restantes sulfunilureias de ação curta. |
| **A10BH02** | **Vidagliptina** | Dados de segurança disponíveis são limitados em sujeitos mais velhos. Em idosos saudáveis (≥ 70 anos), a exposição global da vildagliptina (100 mg uma vez por dia) aumentou em 32%, com um aumento de 18% no pico da concentração plasmática, em comparação com indivíduos saudáveis mais jovens (18-40 anos). Efeitos adversos (população geral) incluem risco de hipoglicemia, tontura, dor de cabeça e edema periférico. | Reduzir a dose para 50 mg/d em casos de insuficiência renal moderada ou grave. | Dieta; metformina (<2 x 850 mg/d); insulina; a gliclazida é mais segura do que as restantes sulfunilureias de ação curta. |
| ***B*** | ***Sangue e Órgãos Hematopoiéticos*** | | | |
| **B01AA07** | **Acenocumarol** | Risco de sangramento, especialmente em pessoas com difícil controlo do valor de INR. |  |  |
| **B01AC05** | **Ticlopidina** | Risco de contagens sanguíneas alteradas. | Pode ser necessária a redução da dose em casos de insuficiência renal. | Clopidogrel; aspirina (325 mg/d). |
| **B01AC07** | **Dipiridamol** | Menos eficiente que a aspirina; risco de vasodilatação e hipotensão ortostática. Benefício comprovado apenas para pacientes com válvulas cardíacas artificiais |  | Clopidogrel; aspirina (325 mg/d). |
| **B01AC22** | **Prasugrel** | Perfil desfavorável de risco/benefício, especialmente para adultos com 75 anos ou mais. |  | Clopidogrel; aspirina (325 mg/d). |
| **B01AE07** | **Dabigatrano etexilato** | Informações limitadas sobre o uso para idosos e sobre o risco de eventos hemorrágicos nesta população; nenhum agente de reversão está disponível em caso de overdose. | Reduzir a dose para indivíduos com idade > 75 anos (150 mg/d) e CrCl 30-50 (110 mg duas vezes por dia); contraindicado se CrCl <30. |  |
| **B01AF01** | **Rivaroxabano** | Informações limitadas sobre o uso em idosos; risco de efeitos hemorrágicos; nenhum agente de reversão disponível em caso de overdose; risco de sangramento pode ser maior em casos de insuficiência renal grave. | Reduzir a dose para indivíduos com idade > 65 anos e evitar o uso em pessoas com CrCl <30 ml/min. |  |
| **B01AF02** | **Apixabano** | Informações limitadas sobre o uso em idosos; risco de efeitos hemorrágicos; nenhum agente de reversão disponível em caso de overdose. | Reduzir a dose para 2,5 mg por via oral duas vezes ao dia em pacientes com 2 dos seguintes itens: ≥80 anos, peso corporal ≤60 kg ou creatinina sérica ≥1,5 mg/dL.  Não usar se CrCl for inferior a 15 mL/min ou se estiver em diálise; reduzir a dose para 2,5 mg duas vezes por dia nos casos de insuficiência renal grave (CrCl 15 mL/min a 29 mLmin); não é necessário ajuste posológico nos casos de insuficiência renal leve (CrCl 51 a 80 mL/min) ou moderada (CrCl 30 a 50 mL/min). |  |
| **B03AA** | **Preparações orais de ferro bivalente.** | Doses > 325 mg/d não aumentam consideravelmente a quantidade absorvida, mas aumentam a incidência de obstipação. |  | Ferro intravenoso. |
| ***C*** | ***Sistema Cardiovascular*** | | | |
| **C01AA05** | **Digoxina** | Sensibilidade elevada a glicosídeos em idosos (mulheres > homens); risco de intoxicação. | Calcular as doses de digitalização com base na massa corporal magra e nas doses de manutenção usando o valor real de CrCl.  Para indivíduos mais velhos, usar a dose 0,0625-0,125 mcg/d; em casos de insuficiência renal (CrCl 10-50 ml/min), administrar 25-75% da dose ou a cada 36 horas; em casos de insuficiência renal (ClCr <10 ml/min), administrar 10-25% da dose ou a cada 48 horas. | Para a taquicardia/ fibrilação atrial: bloqueadores β (exceto propranolol, sotalol, labetalol). Para insuficiência cardíaca congestiva: diuréticos (exceto espironolactona > 25 mg/dia), inibidores da ECA. |
| **C01AA08** | **Metildigoxina** | Sensibilidade elevada a glicosídeos em idosos (mulheres > homens); risco de intoxicação. | Calcular as doses de digitalização com base na massa corporal magra e nas doses de manutenção usando o valor real de CrCl. Em idosos com insuficiência cardíaca e função renal normal, a necessidade de dose oral de manutenção de digoxina é 1,4 vezes maior que a metildigoxina. | Para a taquicardia/ fibrilação atrial: bloqueadores β (exceto propranolol, sotalol, labetalol). Para insuficiência cardíaca congestiva: diuréticos (exceto espironolactona > 25 mg/dia), inibidores da ECA. |
| **C01BC03** | **Propafenona** | Elevado risco de interações medicamentosas.  Os dados sugerem que, para a maioria dos idosos, o controlo de taxas produz um melhor equilíbrio de benefícios e danos do que o controlo do ritmo. | Começar a dose na extremidade inferior do intervalo de dosagem e aumentar gradualmente.  Uma dose oral única de 600 mg pode ser eficaz para converter fibrilação atrial de início recente em ritmo sinusal em pessoas com mais de 60 anos sem sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca. | Bloqueadores β (exceto propranolol, sotalol, labetalol). |
| **C01BC04** | **Flecainida** | Maior taxa de efeitos adversos, especialmente em idosos. Os dados sugerem que, para a maioria dos idosos, o controlo de taxas produz um melhor equilíbrio de benefícios e danos do que o controlo do ritmo. | Ajustar a dose em casos de insuficiência renal. | Bloqueadores β (exceto propranolol, sotalol, labetalol). |
| **C01BD01** | **Amiodarona** | Associado a problemas no intervalo QT e risco de provocar "*torsades de pointes*". Os dados sugerem que, para a maioria dos idosos, o controlo de taxas produz um melhor equilíbrio de benefícios e danos do que o controlo do ritmo. | Começar a dose na extremidade inferior do intervalo de dosagem.  Usar uma dose de manutenção mais baixa, p.ex. 200 mg/48 h. |  |
| **C01BD07** | **Dronedarona** | Interações medicamentosas frequentes; intervalo QT prolongado; não recomendado em fibrilação atrial permanente; aumento da mortalidade por causas cardiovasculares. Os dados sugerem que, para a maioria dos adultos mais velhos, o controlo de taxas produz um melhor equilíbrio de benefícios e danos do que o controlo do ritmo. |  |  |
| **C01EB15** | **Trimetazidina** | Pode causar ou agravar os sintomas parkinsonianos (tremor, acinesia, hipertonia); precaução em casos de insuficiência renal moderada e em idosos (> 75 anos); eficácia não comprovada para o tratamento do zumbido ou tontura. | 20 mg duas vezes por dia para pacientes com insuficiência renal moderada. |  |
| **C01EB17** | **Ivabradina** | Efeitos adversos comuns (1-10% dos pacientes) podem incluir bloqueio atrioventricular de primeiro grau, extra-sístoles ventriculares, tontura e visão turva. | Dose inicial mais baixa para idosos; dose inicial 2 x 2,5 mg/d para idosos > 75 anos.  Usar com cuidado em pacientes com CrCl menor que 15 mL/min. |  |
| **C02AC01** | **Clonidina** | Risco de hipotensão ortostática, bradicardia, síncope, efeitos colaterais do SNC (sedação, depressão, comprometimento cognitivo). | Doses mais baixas para tratamento inicial da hipertensão; metade da dose habitual. | Outros fármacos anti-hipertensivos. Ex. IECA, ou outros grupos dependendo da comorbidade (excluindo PIMs). |
| **C02AC02** | **Guanfacina** | Risco de hipotensão ortostática, bradicardia, síncope, efeitos colaterais do SNC (sedação, depressão, comprometimento cognitivo). | Dosagem cautelosa ao usar cloridrato de guanfacina de libertação imediata; começar a dosagem na extremidade inferior do intervalo. | Outros fármacos anti-hipertensivos. Ex. IECA, ou outros grupos dependendo da comorbidade (excluindo PIMs). |
| **C02AC05** | **Monoxidina** | Risco de hipotensão ortostática, bradicardia, síncope, efeitos colaterais do SNC (sedação, depressão, comprometimento cognitivo). | Cuidado em casos de insuficiência renal moderada (CrCl 30-60 ml/min): doses máximas 0,4 mg/d; evitar se CrCl <30 ml/min. | Outros fármacos anti-hipertensivos. Ex. IECA, ou outros grupos dependendo da comorbidade (excluindo PIMs). |
| **C02AC06** | **Rilmenidina** | Risco de hipotensão ortostática, bradicardia, síncope, efeitos colaterais do SNC (sedação, depressão, comprometimento cognitivo). | Reduzir a dose em caso de insuficiência renal (CrCl <15 ml/min). | Outros fármacos anti-hipertensivos. Ex. IECA, ou outros grupos dependendo da comorbidade (excluindo PIMs). |
| **C02CA04** | **Doxazosina** | Maior risco de hipotensão ortostática, boca seca, incontinência urinária/micção reduzida, efeitos colaterais do SNC (por exemplo, vertigem, tontura, sonolência) e doença cerebrovascular e cardiovascular. | Começar com metade da dose habitual, ir diminuindo.  Começar com 0,5 mg/d (libertação imediata) ou 4-8 mg/d (libertação prolongada). | Outros fármacos anti-hipertensivos. Ex. IECA, ou outros grupos dependendo da comorbidade (excluindo PIMs). |
| **C02CA06** | **Urapidilo** | Maior risco de hipotensão ortostática, boca seca, incontinência urinária/micção reduzida, efeitos colaterais do SNC (por exemplo, vertigem, tontura, sonolência) e doença cerebrovascular e cardiovascular. | Reduzir a dose para idosos e pacientes com insuficiência renal. | Outros fármacos anti-hipertensivos. Ex. IECA, ou outros grupos dependendo da comorbidade (excluindo PIMs). |
| **C03DA01** | **Espironolactona (> 25 mg/d)** | Maior risco de hipercalémia e hiponatrémia em idosos, especialmente se doses > 25 mg/dia, exigindo controlos periódicos. | Reduzir a dose em casos de insuficiência renal moderada.  TFG ≥ 50 mL/min/1,73 m: dose inicial 12,5-25 mg/d, aumento até 25 mg 1-2x /d;  TFG 30-49 mL/min/1,73 m: dose inicial 12,5 mg /d, aumento até 12,5-25 mg/d; reduzir a dose se os níveis de potássio aumentarem ou a função renal piorar.  TFG <10 mL/min: evitar. | Consideram-se as alternativas dependendo da indicação; excluir PIMs. |
| **C04AD03** | **Pentoxifilina** | Nenhuma eficácia comprovada; perfil desfavorável de risco/benefício; hipotensão ortostática e riscos de queda são aumentados com a maioria dos vasodilatadores. | Reduzir a dose para 400 mg duas vezes ao dia nos casos de insuficiência renal moderada e para 400 mg uma vez ao dia nos casos de insuficiência renal grave; monitorização cuidadosa de toxicidades. Evitar o uso se CrCl <30 ml/min. |  |
| **C04AE02** | **Nicergolina** | Nenhuma eficácia comprovada; perfil desfavorável de risco/benefício; hipotensão ortostática e riscos de queda são aumentados com a maioria dos vasodilatadores. | Reduzir a dose diária em casos de insuficiência renal (creatinina sérica > 2 mg/dl). |  |
| **C04AX17** | **Vinburnina** | Nenhuma eficácia comprovada; perfil desfavorável de risco/benefício; hipotensão ortostática e riscos de queda são aumentados com a maioria dos vasodilatadores. |  |  |
| **C04AX21** | **Naftidrofurilo** | Nenhuma eficácia comprovada; perfil desfavorável de risco/benefício; hipotensão ortostática e riscos de queda são aumentados com a maioria dos vasodilatadores. |  |  |
| **C05CA05** | **Hidrosmina** | Nenhuma eficácia comprovada; perfil desfavorável de risco/benefício; hipotensão ortostática e riscos de queda são aumentados com a maioria dos vasodilatadores. |  | Meia de compressão. |
| **C05CA51** | **Hesperidina + Ruscus aculeatus + Ácido ascórbico; Rutosido + Ácido ascórbico** | Nenhuma eficácia comprovada; perfil desfavorável de risco/benefício; hipotensão ortostática e riscos de queda são aumentados com a maioria dos vasodilatadores. |  | Meia de compressão. |
| **C05CA54** | **Troxerrutina + Heparinóide** | Nenhuma eficácia comprovada; perfil desfavorável de risco/benefício; hipotensão ortostática e riscos de queda são aumentados com a maioria dos vasodilatadores. |  | Meia de compressão. |
| **C07AA05** | **Propranolol** | Bloqueador beta-adrenérgico não seletivo; pode exacerbar ou causar depressão respiratória; possíveis efeitos adversos no SNC. | 3 doses de 20 mg por dia.  Começar lentamente para idosos e pacientes com insuficiência renal. | Depende da indicação: bloqueadores β cardioseletivos, IECA, diuréticos. |
| **C07AA07** | **Sotalol** | Bloqueador beta-adrenérgico não seletivo; pode exacerbar ou causar depressão respiratória; possíveis efeitos adversos no SNC. | Começar com metade ou um terço da dose típica e aumentar lentamente.  Reduzir a dose e o intervalo entre doses em casos de insuficiência renal. | Bloqueadores β cardioseletivos (ex. metoprolol, bisoprolol, carvedilol, atenolol). |
| **C07AG01** | **Labetalol** | Bloqueador beta-adrenérgico não seletivo; pode exacerbar ou causar depressão respiratória. | Se CrCl 31-50 ml/min: administrar a cada 24-36h; se CrCl 10-30 ml/min: administrar a cada 24-48h; se CrCl <10 ml/min: administrar a cada 40-60h. | Bloqueadores β cardioseletivos (ex. metoprolol, bisoprolol, carvedilol, atenolol). |
| **C08CA05** | **Nifedipina** | Aumento do risco de hipotensão; enfarte do miocárdio; aumento da mortalidade. | Dose inicial mais baixa, metade da dose usual, ir diminuindo. | Outros fármacos anti-hipertensivos (amlodipina, bloqueadores β cardioseletivos, IECA, diuréticos). |
| **C08CA05** | **Nifedipina (libertação prolongada)** | Aumento do risco de hipotensão; enfarte do miocárdio; aumento da mortalidade. | Dose inicial mais baixa, metade da dose usual, ir diminuindo. Dose inicial: 30 mg/d; dose de manutenção: 30-60 mg/d. | Outros fármacos anti-hipertensivos (amlodipina, bloqueadores β cardioseletivos, IECA, diuréticos). |
| **C08DA01** | **Verapamilo** | Pode piorar a obstipação; risco de bradicardia. | Comprimidos de libertação imediata: dose inicial de 40 mg três vezes ao dia; comprimidos de libertação sustentada: dose inicial de 120 mg por dia; libertação prolongada de início controlado oral: dose inicial 100 mg/d. | Outros fármacos anti-hipertensivos (amlodipina, bloqueadores β cardioseletivos, IECA, diuréticos). |
| **C08DB01** | **Diltiazem** | Pode piorar a obstipação; risco de bradicardia. | Reduzir a dose ou aumentar o intervalo de dosagem.  60 mg três vezes ao dia. |  |
| ***G*** | ***Aparelho Génito-Urinário e Hormonas Sexuais*** | | | |
| **G03C** | **Estrogénios** | Evidências de potencial carcinogénico (cancro da mama e endometrial) e ausência de efeito cardioprotetor em mulheres idosas. |  | Tratamento específico para a osteoporose. Local de administração considerado seguro e eficiente. |
| **G04BD02** | **Flavoxato** | Pode diminuir o fluxo urinário, levando à retenção urinária. |  | Tratamento não farmacológico (exercícios pélvicos, terapia física e comportamental). |
| **G04BD04** | **Oxibutinina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos (por exemplo, obstipação, boca seca, efeitos colaterais do SNC); Alterações no ECG (QT prolongado). | Iniciar o cloreto de oxibutinina de libertação imediata em idosos frágeis com 2,5 mg por via oral 2 ou 3 vezes ao dia. | Tratamento não farmacológico (exercícios pélvicos, terapia física e comportamental). |
| **G04BD08** | **Solifenacina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos (por exemplo, obstipação, boca seca, efeitos colaterais do SNC); Alterações no ECG (QT prolongado). | Pode ser necessária uma redução da dose. | Tratamento não farmacológico (exercícios pélvicos, terapia física e comportamental). |
| **G04BD09** | **Cloreto de Tróspio** | Efeitos colaterais anticolinérgicos (por exemplo, obstipação, boca seca, efeitos colaterais do SNC). | CrCl <30 mL/min: 20 mg/d (libertação imediata); evitar o uso de cloreto de tróspio de libertação prolongada.  Em indivíduos com idade ≥ 75 anos, a frequência da dose de libertação imediata de cloreto de tróspio pode ser reduzida para 20 mg/d. | Tratamento não farmacológico (exercícios pélvicos, terapia física e comportamental). |
| **G04BD10** | **Darifenacina** | Maior incidência de efeitos adversos antimuscarínicos (por exemplo, boca seca, obstipação, dispepsia, aumento da urina residual, tontura) e infeção do trato urinário em pessoas com 75 anos ou mais em comparação com pacientes mais jovens. |  | Tratamento não farmacológico (exercícios pélvicos, terapia física e comportamental). |
| **G04BD11** | **Fesoterodina** | Maior incidência de efeitos adversos antimuscarínicos (por exemplo, boca seca, obstipação, dispepsia, aumento da urina residual, tontura) e infeção do trato urinário em pessoas com 75 anos ou mais em comparação com pacientes mais jovens. |  | Tratamento não farmacológico (exercícios pélvicos, terapia física e comportamental). |
| **G04CA03** | **Terazosina** | Maior risco de hipotensão ortostática, boca seca, incontinência urinária/micção reduzida, efeitos colaterais do SNC (por exemplo, vertigem, tontura, sonolência) e doença cerebrovascular e cardiovascular. | CrCl <30 mL/min: dose máxima de 4 mg/d. | Se usado como antihipertensivo, outros agentes antihipertensivos: IECA, bloqueadores β, antagonistas de cálcio, diuréticos (excluindo PIMs). |
| ***J*** | ***Anti-Infeciosos Gerais para Uso Sistémico*** | | | |
| **J01MA01** | **Ofloxacina** | O tempo de semi-vida pode ser prolongado com concentrações séricas elevadas em idosos; aumento do risco de “*torsade de pointes”* e tendinite ou rutura do tendão. | Reduzir a dose e aumentar o intervalo de dosagem se houver insuficiência renal. | Outros antibióticos de acordo com testes de suscetibilidade e resistência. |
| **J01MA17** | **Prulifloxacina** | O tempo de semi-vida pode ser prolongado com concentrações séricas elevadas em idosos; aumento do risco de *torsade de pointes* e tendinite ou rutura do tendão. | Risco aumentado de aneurisma da aorta e dissecção da aorta após a administração de fluoroquinolonas, particularmente na população idosa. A tendinite, raramente observada com quinolonas, pode ocasionalmente levar à rutura, principalmente envolvendo o tendão de Aquiles. Pacientes idosos são mais propensos a tendinite. Idosos e mulheres podem ser mais sensíveis a medicamentos conhecidos por prolongar o intervalo QT. | Outros antibióticos de acordo com testes de suscetibilidade e resistência. |
| **J01XE01** | **Nitrofurantoína (> 1 semana)** | Relação risco/benefício desfavorável, particularmente com o uso a longo prazo (efeitos colaterais pulmonares, dano hepático, etc.); contraindicado em caso de insuficiência renal grave devido a diminuição da excreção e aumento do risco de toxicidade. | 50-100 mg/8h; usar menos de uma semana. | Outros antibióticos de acordo com testes de suscetibilidade e resistência. |
| ***M*** | ***Sistema Músculo-Esquelético*** | | | |
| **M01AB01** | **Indometacina** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal; risco de perturbações do SNC. | Reduzir a dose em 25%.  Usar durante o menor período possível.  O risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AB05** | **Diclofenac** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal; contraindicações cardiovasculares. | 50 mg/d; começar a usar dose baixa; o risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AB08** | **Etodolac** | Elevado risco de sangramento, ulceração ou perfuração gastrointestinal, que pode ser fatal. | Os idosos têm uma frequência mais elevada de reações adversas com AINEs, principalmente hemorragias e perfurações gastrointestinais, que podem ser fatais. | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou durante menos de uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou durante menos de uma semana). Opióides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AB11** | **Acemetacina** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal. | Usar durante o menor período possível. O risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AB15** | **Cetorolac** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal. | Contraindicado em casos de insuficiência renal avançada; dose oral não indicada como dose inicial; a dose de continuação recomendada após a administração intravenosa ou intramuscular é de 10 mg a cada 4-6 horas, máximo de 40 mg/d e por 5 dias.  O risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AB16** | **Aceclofenac** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal; contraindicações cardiovasculares. | Usar durante o menor período possível. O risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AC01** | **Piroxicam** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal. | Doses > 20 mg estão associadas ao aumento da toxicidade e ulceração gastrointestinal, especialmente em idosos.  Usar durante o menor período possível.  10 mg/d; começar com dose mais baixa; o risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AC05** | **Lornoxicam** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal; contraindicações cardiovasculares. | Usar durante o menor período possível.  Começar com uma dose mais baixa; o risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AC06** | **Meloxicam** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal. | 11 mg/d; começar com dose mais baixa; o risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AE01** | **Ibuprofeno (> 3 x 400 mg/d ou por um período superior a uma semana)** | Risco de sangramento gastrointestinal e aumento do risco de complicações cardiovasculares em doses mais altas (> 1200 mg/dia), especialmente em casos de doença cardiovascular prévia. | O risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AE02** | **Naproxeno (>2 x 250 mg/d ou por um período superior a uma semana)** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal. | Reduzir a dose; começar lentamente em idosos; evitar se CrCl <30 mL/min.  O risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AE03** | **Cetoprofeno** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal; contraindicações cardiovasculares. | Reduzir a dose se CrCl <20 mL/min; começar com uma dose mais baixa e usar uma dose de manutenção reduzida em idosos.  Usar durante o menor período possível.  O risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AE09** | **Flurbiprofeno** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal; contraindicações cardiovasculares. | Começar a usar com dose reduzida; o risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AE17** | **Dexcetoprofeno** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal; contraindicações cardiovasculares. | Começar com uma dose mais baixa, até 50 mg/d em idosos; na dor pós-operatória: 50 mg/d em caso de insuficiência renal ou hepática, dose máxima de 50 mg/8h; duração máxima de 48 horas; o risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AG01** | **Ácido mefenâmico** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal; contraindicações cardiovasculares. | Começar a usar com dose reduzida; o risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AH01** | **Celecoxib** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal; contraindicações cardiovasculares. | O risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AH05** | **Etoricoxib** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal; contraindicações cardiovasculares. | Menor duração possível da terapia.  Começar com uma dose mais baixa; o risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (use <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AX01** | **Nabumetona** | Elevado risco de sangramento gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que pode ser fatal; contraindicações cardiovasculares. | Ajustar a dose em casos de insuficiência renal moderada ou grave; a dose inicial máxima não deve exceder 750 mg ou 500 mg/d, até um máximo de 1500 mg e 1000 mg/d; idosos devem receber doses diárias únicas de 1000 mg; redução da dose recomendada, considerar a dose inicial baixa.  O risco de sangramento pode ser reduzido se combinado com inibidores da bomba de protões (usar <8 semanas, dose baixa). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M01AX17** | **Nimesulida** | Alto risco de hepatotoxicidade. Não oferece vantagem terapêutica ou melhor segurança gastrointestinal em comparação com outros AINEs, ao passo que expõe os pacientes a um risco maior de distúrbios hepáticos fatais. | A nimesulida está associada a um risco ligeiramente aumentado de hepatotoxicidade, que aumenta com o tempo de exposição e a dosagem. Recomenda-se a restrição do seu uso ao tratamento da dor aguda, tratamento sintomático da osteoartrite dolorosa e dismenorreia primária. | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou durante menos de uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou durante menos de uma semana). Opióides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **M03BX01** | **Baclofeno** | Risco de efeitos colaterais anticolinérgicos e do SNC, incluindo hipotensão ortostática, quedas, sedação, fraqueza, confusão, amnésia. | Podem ser necessárias reduções da dose em casos de insuficiência renal; começar lentamente em idosos.  Começar com 5 mg 2-3 vezes ao dia e aumentar gradualmente conforme necessário; dose máxima: 10 mg 3 vezes ao dia. | Reabilitação; toxina botulínica. |
| **M03BX02** | **Tizanidina** | Risco de efeitos colaterais anticolinérgicos e do SNC, incluindo hipotensão ortostática, quedas, sedação, fraqueza, confusão, amnésia. | Pode ser necessária a redução da dose em caso de insuficiência renal. | Toxina botulínica. |
| **M03BX08** | **Ciclobenzaprina** | Risco de efeitos colaterais anticolinérgicos e do SNC, incluindo hipotensão ortostática, quedas, sedação, fraqueza, confusão, amnésia. | Começar lentamente. |  |
| **M04AC01** | **Colquicina** | Maior risco de toxicidade em idosos, particularmente no caso de existir doença renal, gastrointestinal ou cardíaca. | Reduzir a dose em 50% em idosos (> 70 anos).  Reduzir a dose em casos de insuficiência renal. | Ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). |
| **M05BX03** | **Ranelato de estrôncio** | Maior risco de tromboembolismo venoso em pessoas que estão temporariamente ou permanentemente imobilizadas. Avaliar a necessidade de terapia continuada para pacientes com mais de 80 anos com risco aumentado de tromboembolismo venoso. | Evitar em caso de insuficiência renal severa (CrCl <30 mL/min). | Bifosfonatos; vitamina D. |
| ***N*** | ***Sistema Nervoso*** | | | |
| **N02AB02** | **Petidina** | Risco de quedas, fraturas, confusão, dependência e síndrome de abstinência. | Começar lentamente.  Usar durante o menor período possível.  50 mg a cada 4-6 horas.  Usar 75% da dose normal em intervalos usuais em casos de insuficiência renal moderada (TFG 10-50 mL/min); usar 50% da dose normal em intervalos usuais em casos de insuficiência renal grave (TFG <10 mL/min). | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **N02AX02** | **Tramadol** | Mais efeitos adversos em idosos; efeitos colaterais do SNC, como confusão, vertigem e náusea. | Começar lentamente; em pessoas com mais de 75 anos, doses diárias acima de 300 mg não são recomendadas.  Começar com 12,5 mg/8h e aumentar progressivamente para 12,5 mg/8h; 100mg/8h máximo.  Reduzir a dose e estender o intervalo de dosagem para pacientes com insuficiência renal grave. | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **N02AX02** | **Tramadol (libertação prolongada)** | Mais efeitos adversos em idosos; efeitos colaterais do SNC, como confusão, vertigem e náusea. | Começar lentamente. Não usar em caso de insuficiência renal severa. | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **N02BA01** | **Ácido Acetilsalicílico (> 325 mg)** | Pode exacerbar as úlceras gastrointestinais existentes ou produzir novas; aumento do risco de hemorragia devido ao prolongamento do tempo de coagulação, elevação dos valores de INR ou inibição da agregação plaquetária. |  | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **N02CC** | **Triptanos** | A segurança e a eficácia em idosos não foram estabelecidas.  O uso de naratriptano e sumatriptano para idosos tem um risco aumentado de diminuição da função hepática e redução da depuração devido à disfunção renal, maior risco de doença arterial coronariana e aumento da pressão sanguínea. | Começar lentamente.  Eletriptano: dose inicial de 20 mg, pode ser repetida após 2 horas; dose habitual de 20-40 mg; dose máxima: 40 mg para idosos.  Naratriptano: contraindicado em casos de insuficiência renal grave (ClCr <15 mL/min). Nos casos de insuficiência renal leve a moderada, uma dose inicial mais baixa deve ser considerada e a dose máxima é de 2,5 mg/d. | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana), tratamento não farmacológico (silêncio, descanso, escuridão). |
| **N03AA02** | **Fenobarbital** | Risco de sedação, excitação paradoxal. | Usar a menor dose possível.  Começar com a menor dose possível e diminuir para metade da dose habitual.  Administrar a cada 12-16 horas em casos de insuficiência renal grave (TFG <10 ml/min). Evitar barbitúricos de ação mais prolongada para uso prolongado em casos de insuficiência renal. Diminuir doses significativamente para terapia de curto prazo. | Levetiracetam, gabapentina, lamotrigina, ácido valproico. |
| **N03AB02** | **Fenitoína** | Janela terapêutica estreita; aumento do risco de toxicidade em idosos (por exemplo, no SNC e toxicidade hematológica). | Doses mais baixas ou doses menos frequentes podem ser necessárias para idosos devido à depuração reduzida, hipoalbuminemia ou doença renal.  Começar com 3 mg/kg/dia, em doses divididas, ajuste a dose de acordo com as concentrações séricas de hidantoína e a resposta do paciente; usar como guia os níveis plasmáticos, aumentar a dose em incrementos de 50-100 mg/d a cada 5-7 dias para obter uma dose eficaz; a dose de manutenção usual é de 300-500 mg/d ou 4-7 mg/kg/d em 2 doses. | Levetiracetam, gabapentina, lamotrigina, ácido valproico. |
| **N03AE01** | **Clonazepam** | Risco de quedas, reações paradoxais. | Começar lentamente; 0,5 mg/d. | Levetiracetam, gabapentina, lamotrigina, ácido valproico. |
| **N03AF01** | **Carbamazepina** | Aumento do risco da síndrome de secreção inapropriada da hormona antidiurética; efeitos adversos como confusão e agitação, bloqueio atrioventricular e bradicardia. | Ajustar a dose para a resposta e concentração sérica. | Levetiracetam, gabapentina, lamotrigina, ácido valproico. |
| **N03AX11** | **Topiramato** | Risco de disfunção cognitiva (por exemplo, confusão, lentidão psicomotora). | O ajuste da dose pode ser indicado em idosos, na medida em que a função renal seja reduzida. Nos casos de insuficiência renal evidente (CrCl <70 mL/min/1,73 m), usar metade da dose usual.  Usar dose inicial de 25 mg/d e aumentar 25 mg/d semanalmente até 100-200 mg/d. | Levetiracetam, gabapentina, lamotrigina, ácido valproico. |
| **N04AA01** | **Tri-hexifenidilo** | Risco de efeitos colaterais anticolinérgicos e do SNC, incluindo hipotensão ortostática, quedas, sedação, fraqueza, confusão, amnésia. | Começar lentamente. | Levodopa, cabidopa-levodopa, inibidor irreversível da monoamina oxidase como a rasagilina. |
| **N04AA02** | **Biperideno** | Risco de efeitos colaterais anticolinérgicos e do SNC, incluindo hipotensão ortostática, quedas, sedação, fraqueza, confusão, amnésia. |  | Levodopa, cabidopa-levodopa, inibidor irreversível da monoamina oxidase como a rasagilina. |
| **N04BB01** | **Amantadina** | Risco de efeitos colaterais anticolinérgicos e do SNC, incluindo hipotensão ortostática, quedas, sedação, fraqueza, confusão, amnésia. | Começar com 100 mg/d em 2 doses diárias divididas. | Levodopa, cabidopa-levodopa, inibidor irreversível da monoamina oxidase como a rasagilina. |
| **N04BC01** | **Bromocriptina** | Risco de efeitos colaterais do SNC. |  | Levodopa, cabidopa-levodopa, inibidor irreversível da monoamina oxidase como a rasagilina. |
| **N04BC03** | **Mesilato de di-hidroergocriptina** | Perfil de risco/benefício desfavorável. |  | Levodopa, cabidopa-levodopa, inibidor irreversível da monoamina oxidase como a rasagilina. |
| **N04BC04** | **Ropinirol** | Risco de hipotensão ortostática, alucinações, confusão, sonolência, náusea. | Começar com três doses de 0,25 mg por dia, aumentar gradualmente 0,25 mg por ingestão por semana, durante quatro semanas, até 3 mg/d.  Posteriormente, a dose pode ser aumentada semanalmente de 1,5 mg/d até 24 mg/d. | Levodopa, cabidopa-levodopa, inibidor irreversível da monoamina oxidase como a rasagilina. |
| **N04BC05** | **Pramipexol** | Os efeitos colaterais incluem hipotensão ortostática, sintomas do trato gastrointestinal, alucinações, confusão, insónia, edema periférico. | Reduzir a dose em casos de insuficiência renal moderada a grave.  Começar com três doses de 0,125 por dia, aumentar gradualmente 0,125 mg por ingestão a cada cinco a sete dias, até 1,5 a 4,5 mg. | Levodopa, cabidopa-levodopa, inibidor irreversível da monoamina oxidase como a rasagilina. |
| **N04BC08** | **Piribedil** | Risco de hipotensão ortostática e quedas. |  | Levodopa, cabidopa-levodopa, inibidor irreversível da monoamina oxidase como a rasagilina. |
| **N04BC09** | **Rotigotina** | Os efeitos colaterais incluem hipotensão ortostática, dor de cabeça, náusea, fadiga, distúrbio do sono, início repentino do sono, sonolência. | Um adesivo por dia, geralmente iniciado em 2 mg/24 h e titulado semanalmente, aumentando o tamanho do adesivo em incrementos de 2 mg/24h, até 6 mg/24 h; não interromper o tratamento abruptamente: a retirada súbita pode produzir uma síndrome semelhante à síndrome maligna dos neurolépticos ou crise acinética. | Levodopa, cabidopa-levodopa, inibidor irreversível da monoamina oxidase como a rasagilina. |
| **N04BD01** | **Selegilina** | Aumento do risco de hipotensão ortostática e tonturas. | Não usar em doses > 10 mg/d; 6mg/24h. Aumentar a dose com cuidado, prestando atenção às alterações da pressão arterial ortostática. | Levodopa, cabidopa-levodopa, inibidor irreversível da monoamina oxidase como a rasagilina. |
| **N05AA01** | **Cloropromazina** | Fármaco bloqueador muscarínico; risco de hipotensão ortostática e quedas; pode reduzir os limiares convulsivos em pacientes com convulsões ou epilepsia. | Começar lentamente; usar de um terço a metade da dose normal de adulto para idosos debilitados; usar doses de manutenção de 300 mg ou menos; doses superiores a 1 grama geralmente não oferecem nenhum benefício, mas podem ser responsáveis por um aumento da incidência de efeitos adversos. | Tratamento não farmacológico; risperidona (< 6 semanas); olanzapina (< 10 mg/d); haloperidol (< 2 mg dose única; < 5 mg/d)); quetiapina. |
| **N05AA02** | **Levomepromazina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos e extrapiramidais (discinesia tardia); parkinsonismo; hipotonia; sedação; risco de queda; aumento da mortalidade em pessoas com demência. | Administrar com cautela em casos de insuficiência renal; começar com doses de 5 a 10 mg em pacientes geriátricos. | Tratamento não farmacológico; risperidona (< 6 semanas); olanzapina (< 10 mg/d); haloperidol (< 2 mg dose única; < 5 mg/d)); quetiapina. |
| **N05AA06** | **Ciamemazina** | Fármaco bloqueador muscarínico. |  | Tratamento não farmacológico; risperidona (< 6 semanas); olanzapina (< 10 mg/d); haloperidol (< 2 mg dose única; < 5 mg/d)); quetiapina. |
| **N05AB02** | **Flufenazina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos e extrapiramidais (discinesia tardia); parkinsonismo; hipotonia; sedação; risco de queda; aumento da mortalidade em pessoas com demência. | Começar com a dose oral de 1-2,5 mg/d. | Tratamento não farmacológico; risperidona (< 6 semanas); olanzapina (< 10 mg/d); haloperidol (< 2 mg dose única; < 5 mg/d)); quetiapina. |
| **N05AD01** | **Haloperidol (> 2mg dose única; >5 mg/d)** | Efeitos colaterais anticolinérgicos e extrapiramidais (discinesia tardia); parkinsonismo; hipotonia; sedação; risco de queda; aumento da mortalidade em pessoas com demência. | Usar doses orais de 0,75-1,5 mg; usar durante o menor período possível. | Tratamento não farmacológico; risperidona (< 6 semanas); olanzapina (< 10 mg/d); haloperidol (< 2 mg dose única; < 5 mg/d)); quetiapina. |
| **N05AD08** | **Droperidol** | Efeitos colaterais anticolinérgicos e extrapiramidais (discinesia tardia); parkinsonismo; hipotonia; sedação; risco de queda; aumento da mortalidade em pessoas com demência. | Reduzir a dose em casos de insuficiência renal em idosos. | Tratamento não farmacológico; risperidona (< 6 semanas); olanzapina (< 10 mg/d); haloperidol (< 2 mg dose única; < 5 mg/d)); quetiapina. |
| **N05AE04** | **Ziprasidona** | Risco de prolongamento do QTc, *torsades de pointes*, sedação, insónia e hipotensão ortostática. Não aprovado para o tratamento de psicose relacionada à demência. Risco de aumento da mortalidade, aumentado com doses mais elevadas, quando usado para problemas comportamentais na demência pode ser semelhante ao risco de risperidona. | Começar com dose 20mg/d. | Tratamento não farmacológico; risperidona (< 6 semanas); olanzapina (< 10 mg/d); haloperidol (< 2 mg dose única; < 5 mg/d)); quetiapina. |
| **N05AF01** | **Flupentixol** | Efeitos adversos como cansaço, tonturas, prolongamento do QTc. | Pode ser necessário um ajuste da dose. | Tratamento não farmacológico; risperidona (< 6 semanas); olanzapina (< 10 mg/d); haloperidol (< 2 mg dose única; < 5 mg/d)); quetiapina. |
| **N05AF05** | **Zuclopentixol** | Risco de hipotensão, quedas, efeitos extrapiramidais, prolongamento do intervalo QT. | Usar doses orais reduzidas: 2,5-5 mg/d. | Tratamento não farmacológico; risperidona (< 6 semanas); olanzapina (< 10 mg/d); haloperidol (< 2 mg dose única; < 5 mg/d)); quetiapina. |
| **N05AG02** | **Pimozida** | Efeitos colaterais anticolinérgicos e extrapiramidais (discinesia tardia); parkinsonismo; hipotonia; sedação; risco de queda; aumento da mortalidade e risco de acidente vascular cerebral em pessoas com demência. Mais raramente: síndrome maligna dos neurolépticos e prolongamento do intervalo QT. | Recomenda-se iniciar com a dose de 1 mg/d. | Tratamento não farmacológico; risperidona (< 6 semanas); olanzapina (< 10 mg/d); haloperidol (< 2 mg dose única; < 5 mg/d)); quetiapina. |
| **N05AH02** | **Clozapina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos e extrapiramidais (discinesia tardia); parkinsonismo; hipotonia; sedação; risco de queda; aumento da mortalidade em pessoas com demência; aumento do risco de agranulocitose e miocardite. | Começar com 12,5 mg/d.  Começar lentamente; reduzir a dose em casos de insuficiência renal significativa. | Tratamento não farmacológico; risperidona (< 6 semanas); olanzapina (< 10 mg/d); haloperidol (< 2 mg dose única; < 5 mg/d)); quetiapina. |
| **N05AH03** | **Olanzapina (> 10 mg/d)** | Efeitos colaterais anticolinérgicos e extrapiramidais (discinesia tardia); parkinsonismo; hipotonia; sedação; risco de queda; aumento da mortalidade em pessoas com demência. |  | Tratamento não farmacológico; risperidona (< 6 semanas); olanzapina (< 10 mg/d); haloperidol (< 2 mg dose única; < 5 mg/d)); quetiapina. |
| **N05AN01** | **Lítio** | Janela terapêutica estreita; acumulação na insuficiência renal. | 300-600 mg/d.  Começar lentamente; pode ser necessário diminuir a dose em até 50% nos idosos para compensar a redução da depuração; redução da dose nos casos de insuficiência renal: TFG 10-50 ml/min, 50-75% da dose usual; TFG <10 ml/min, 25-50% da dose habitual administrada no intervalo posológico normal. | Tratamento não farmacológico; risperidona (< 6 semanas); olanzapina (< 10 mg/d); haloperidol (< 2 mg dose única; < 5 mg/d)); quetiapina. |
| **N05AX08** | **Risperidona (> 6 semanas)** | Perfil de risco-benefício problemático para o tratamento dos sintomas comportamentais da demência; aumento da mortalidade, no caso de dose maior, em pacientes com demência. | Usar a dose mais baixa necessária (0,5-1,5 mg/d) pelo menor período de tempo necessário. Para pacientes geriátricos ou em casos de insuficiência renal grave (CrCl <30 mL/min), começar com 0,5 mg duas vezes ao dia; aumentar doses em 0,5 mg duas vezes ao dia; aumentos acima de 1,5 mg duas vezes ao dia devem ser feitos em intervalos de pelo menos 1 semana; pode ser necessária titulação mais lenta. Para pacientes geriátricos, se a dose diária for desejada, iniciar e titular em regime de duas vezes por dia durante 2 a 3 dias para atingir a dose alvo e alternar para a dose diária única posteriormente. | Tratamento não farmacológico; risperidona (< 6 semanas); olanzapina (< 10 mg/d); haloperidol (< 2 mg dose única; < 5 mg/d)); quetiapina. |
| **N05AX12** | **Aripiprazol** | Risco de aumento da mortalidade quando usado para problemas comportamentais na demência. | Usar a dose mais baixa necessária (7-12 mg/d) pelo menor período de tempo necessário. | Tratamento não farmacológico; risperidona (< 6 semanas); olanzapina (< 10 mg/d); haloperidol (< 2 mg dose única; < 5 mg/d)); quetiapina. |
| **N05BA01** | **Diazepam** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, ir reduzindo lentamente com a menor duração possível de tratamento. Usar a dose oral inicial de 2-2,5 mg uma vez ao dia a duas vezes ao dia. | Tratamento não farmacológico; baixas doses de benzodiazepinas de ação curta (≤ 0,5 mg / dia), brotizolam (≤ 0,125 mg/dia); antidepressivos com perfil ansiolítico (ISRS).  Se usado como hipnótico/sedativo: ver as alternativas propostas para medicamentos codificados com N05C. |
| **N05BA02** | **Clorodiazepóxido** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível do tratamento.  Reduzir a dose; para idosos usar dose oral diária de 5 mg duas a quatro vezes ao dia; nos casos de insuficiência renal grave (ClCr <10 ml/min), diminuir a dose em 50%. | Tratamento não farmacológico; baixas doses de benzodiazepinas de ação curta (≤ 0,5 mg / dia), brotizolam (≤ 0,125 mg/dia); antidepressivos com perfil ansiolítico (ISRS).  Se usado como hipnótico/sedativo: ver as alternativas propostas para medicamentos codificados com N05C. |
| **N05BA04** | **Oxazepam (> 60mg/d)** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível do tratamento.  Usar doses de 10-20 mg/d; dose máxima: 30 mg/d. | Tratamento não farmacológico; baixas doses de benzodiazepinas de ação curta (≤ 0,5 mg / dia), brotizolam (≤ 0,125 mg/dia); antidepressivos com perfil ansiolítico (ISRS).  Se usado como hipnótico/sedativo: ver as alternativas propostas para medicamentos codificados com N05C. |
| **N05BA05** | **Clorazepato dipotássico** |  | Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível de tratamento. | Tratamento não farmacológico; baixas doses de benzodiazepinas de ação curta (≤ 0,5 mg / dia), brotizolam (≤ 0,125 mg/dia); antidepressivos com perfil ansiolítico (ISRS).  Se usado como hipnótico/sedativo: ver as alternativas propostas para medicamentos codificados com N05C. |
| **N05BA06** | **Lorazepam (>1 mg/d)** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Reduzir a dose; usar doses de 0,25-1 mg/d. | Tratamento não farmacológico; baixas doses de benzodiazepinas de ação curta (≤ 0,5 mg / dia), brotizolam (≤ 0,125 mg/dia); antidepressivos com perfil ansiolítico (ISRS).  Se usado como hipnótico/sedativo: ver as alternativas propostas para medicamentos codificados com N05C. |
| **N05BA08** | **Bromazepam** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível de tratamento. | Tratamento não farmacológico; baixas doses de benzodiazepinas de ação curta (≤ 0,5 mg / dia), brotizolam (≤ 0,125 mg/dia); antidepressivos com perfil ansiolítico (ISRS).  Se usado como hipnótico/sedativo: ver as alternativas propostas para medicamentos codificados com N05C. |
| **N05BA09** | **Clobazam** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível de tratamento.  Reduzir a dose; começar com 5 mg/d por via oral e titular não mais rápido que a cada 7 dias para 10-20 mg/d em 2 doses divididas, dependendo do peso. Se bem tolerado, titule novamente, se necessário, a partir do 21º dia, até um máximo de 20-40 mg/d, dependendo do peso; os idosos podem receber metade da dose habitual para adultos. | Tratamento não farmacológico; baixas doses de benzodiazepinas de ação curta (≤ 0,5 mg / dia), brotizolam (≤ 0,125 mg/dia); antidepressivos com perfil ansiolítico (ISRS).  Se usado como hipnótico/sedativo: ver as alternativas propostas para medicamentos codificados com N05C. |
| **N05BA11** | **Prazepam** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível de tratamento.  Reduzir a dose; para idosos ou pacientes debilitados, começar com 10-15 mg/d por via oral (em doses divididas). | Tratamento não farmacológico; baixas doses de benzodiazepinas de ação curta (≤ 0,5 mg / dia), brotizolam (≤ 0,125 mg/dia); antidepressivos com perfil ansiolítico (ISRS).  Se usado como hipnótico/sedativo: ver as alternativas propostas para medicamentos codificados com N05C. |
| **N05BA12** | **Alprazolam** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível de tratamento.  Dose inicial de 0,25 mg/12h.  Comprimidos de libertação imediata (incluindo comprimidos de desintegração oral): iniciar com 0,25 mg administrados duas a três vezes ao dia e titular conforme tolerado; comprimidos de libertação prolongada: começar com 0,5 mg uma vez ao dia, aumentar gradualmente conforme necessário e tolerado. | Tratamento não farmacológico; baixas doses de benzodiazepinas de ação curta (≤ 0,5 mg / dia), brotizolam (≤ 0,125 mg/dia); antidepressivos com perfil ansiolítico (ISRS).  Se usado como hipnótico/sedativo: ver as alternativas propostas para medicamentos codificados com N05C. |
| **N05BA18** | **Loflazepato de etilo** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Reduzir a dose. | Tratamento não farmacológico; baixas doses de benzodiazepinas de ação curta (≤ 0,5 mg / dia), brotizolam (≤ 0,125 mg/dia); antidepressivos com perfil ansiolítico (ISRS).  Se usado como hipnótico/sedativo: ver as alternativas propostas para medicamentos codificados com N05C. |
| **N05BA22** | **Cloxazolam** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Em pacientes idosos, é recomendada a redução da dose. As reações psiquiátricas e paradoxais ocorrem com maior frequência ou mais severidade nos idosos. Estes podem ser mais suscetíveis ao efeito dos benzodiazepínicos, relativamente a quedas e fraturas de quadril. | Tratamento não farmacológico; doses baixas de benzodiazepínicos de ação curta (≤ 0,5 mg/dia), brotizolam (≤ 0,125 mg/dia); antidepressivos com perfil ansiolítico (ISRS). Se usado como hipnótico/sedativo: zolpidem (≤5 mg/d), zopiclona (≤ 3,75 mg/d); Trazodona. |
| **N05BB01** | **Hidroxizina** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Reduzir a dose para pelo menos 50% menos que a dose usada para adultos jovens e saudáveis. | Anti-histamínicos não-sedativos e não anticolinérgicos, como a loratadina, a cetirizina.  Terapias alternativas dependendo da indicação. |
| **N05CD01** | **Flurazepam** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível de tratamento.  Começar com 15 mg/d. | Tratamento não farmacológico; mirtazapina; passiflora, baixas doses de benzodiazepinas de ação curta como brotizolam (≤ 0,125 mg / dia); zolpidem (≤5 mg / d), zopiclona (≤ 3,75 mg / d); trazodona. |
| **N05CD04** | **Estazolam** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Para idosos debilitados ou com baixo peso, considerar a dose inicial de 0,5 mg ao deitar. | Tratamento não farmacológico; mirtazapina; passiflora, baixas doses de benzodiazepinas de ação curta como brotizolam (≤ 0,125 mg / dia); zolpidem (≤5 mg / d), zopiclona (≤ 3,75 mg / d); trazodona. |
| **N05CD05** | **Triazolam** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível de tratamento. Reduzir a dose: 0,125-0,25 mg/d na hora de dormir. Começar lentamente. | Tratamento não farmacológico; mirtazapina; passiflora, baixas doses de benzodiazepinas de ação curta como brotizolam (≤ 0,125 mg / dia); zolpidem (≤5 mg / d), zopiclona (≤ 3,75 mg / d); trazodona. |
| **N05CD07** | **Temazepam** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível de tratamento. Começar com 7,5 mg/d e observar a resposta individual. | Tratamento não farmacológico; mirtazapina; passiflora, baixas doses de benzodiazepinas de ação curta como brotizolam (≤ 0,125 mg / dia); zolpidem (≤5 mg / d), zopiclona (≤ 3,75 mg / d); trazodona. |
| **N05CD08** | **Midazolam** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Reduzir a dose para 50% da dose usada em adultos jovens e saudáveis; começar com 0,5-1 mg/d.  Nos casos de insuficiência renal grave (ClCr < 10 ml/min), a dose deve ser reduzida em 50%. | Tratamento não farmacológico; mirtazapina; passiflora, baixas doses de benzodiazepinas de ação curta como brotizolam (≤ 0,125 mg / dia); zolpidem (≤5 mg / d), zopiclona (≤ 3,75 mg / d); trazodona. |
| **N05CD09** | **Brotizolam** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Reduzir a dose; começar lentamente.  Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível de tratamento. | Tratamento não farmacológico; mirtazapina; passiflora, baixas doses de benzodiazepinas de ação curta como brotizolam (≤ 0,125 mg / dia); zolpidem (≤5 mg / d), zopiclona (≤ 3,75 mg / d); trazodona. |
| **N05CD11** | **Loprazolam (> 0,5 mg/d)** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Reduzir a dose; começar lentamente.  Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível de tratamento. | Tratamento não farmacológico; mirtazapina; passiflora, baixas doses de benzodiazepinas de ação curta como brotizolam (≤ 0,125 mg / dia); zolpidem (≤5 mg / d), zopiclona (≤ 3,75 mg / d); trazodona. |
| **N05CF01** | **Zopiclona (> 3,75 mg/d)** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível de tratamento. | Tratamento não farmacológico; mirtazapina; passiflora, baixas doses de benzodiazepinas de ação curta como brotizolam (≤ 0,125 mg / dia); zolpidem (≤5 mg / d), zopiclona (≤ 3,75 mg / d); trazodona. |
| **N05CF02** | **Zolpidem (> 5mg/d)** | Risco de queda com fratura de quadril; tempos de reação prolongados; reações psiquiátricas (paradoxais, por exemplo, agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); comprometimento cognitivo; depressão. | Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível de tratamento. | Para idosos debilitados ou com baixo peso, considere a dose inicial de 0,5 mg ao deitar. M |
| **N06AA02** | **Imipramina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos periféricos (por exemplo, obstipação, boca seca, hipotensão ortostática, arritmia cardíaca); efeitos colaterais anticolinérgicos centrais (sonolência, agitação, confusão, outros tipos de delírios); défice cognitivo; aumento do risco de queda. | Começar com metade da dose diária habitual, aumentar lentamente; reduzir a dose.  Usar doses de 25-50 mg/d na hora de dormir; dose máxima: 100 mg/d. | Tratamento não farmacológico; ISRS (exceto PIM: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina), mirtazapina, trazadona. |
| **N06AA04** | **Clomipramina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos periféricos (por exemplo, obstipação, boca seca, hipotensão ortostática, arritmia cardíaca); efeitos colaterais anticolinérgicos centrais (sonolência, agitação, confusão, outros tipos de delírios); défice cognitivo; aumento do risco de queda. | Começar com metade da dose diária habitual, aumentar lentamente; reduzir a dose.  Dose inicial de 10-20 mg/d, máximo 250 mg/d. | Tratamento não farmacológico; ISRS (exceto PIM: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina), mirtazapina, trazadona. |
| **N06AA06** | **Trimipramina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos periféricos (por exemplo, obstipação, boca seca, hipotensão ortostática, arritmia cardíaca); efeitos colaterais anticolinérgicos centrais (sonolência, agitação, confusão, outros tipos de delírios); défice cognitivo; aumento do risco de queda. | Começar com metade da dose diária habitual, aumentar lentamente; reduzir a dose. Começar com 50 mg/d e não exceder os 100 mg/d. | Tratamento não farmacológico; ISRS (exceto PIM: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina), mirtazapina, trazadona. |
| **N06AA09** | **Amitriptilina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos periféricos (por exemplo, obstipação, boca seca, hipotensão ortostática, arritmia cardíaca); efeitos colaterais anticolinérgicos centrais (sonolência, agitação, confusão, outros tipos de delírios); défice cognitivo; aumento do risco de queda. | Começar com metade da dose diária habitual, aumentar lentamente; reduzir a dose; começar com 10 mg 3 vezes ao dia e 20 mg ao deitar.  O seu uso no tratamento da dor neuropática pode ser considerado adequado, com benefícios que superam os riscos. | Tratamento não farmacológico; ISRS (exceto PIM: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina), mirtazapina, trazadona. |
| **N06AA10** | **Nortriptilina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos periféricos (por exemplo, obstipação, boca seca, hipotensão ortostática, arritmia cardíaca); efeitos colaterais anticolinérgicos centrais (sonolência, agitação, confusão, outros tipos de delírios); défice cognitivo; aumento do risco de queda. | Usar 30-50 mg/d em doses divididas.  O seu uso no tratamento da dor neuropática pode ser considerado adequado, com benefícios que superam os riscos. | Tratamento não farmacológico; ISRS (exceto PIM: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina), mirtazapina, trazadona. |
| **N06AA16** | **Dosulepina** | Agentes bloqueadores muscarínicos com cardiotoxicidade quando em sobredosagem. | Começar com 50-75 mg/d.  Reduzir a dose em casos de insuficiência renal. | Tratamento não farmacológico; ISRS (exceto PIM: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina), mirtazapina, trazadona. |
| **N06AA21** | **Maprotilina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos periféricos (por exemplo, obstipação, boca seca, hipotensão ortostática, arritmia cardíaca); efeitos colaterais anticolinérgicos centrais (sonolência, agitação, confusão, outros tipos de delírios); défice cognitivo; aumento do risco de queda. | Começar com metade da dose diária habitual, aumentar lentamente; reduzir a dose.  Começar com 25 mg/d, aumentar em incrementos de 25 mg até 50-75 mg/d. | Tratamento não farmacológico; ISRS (exceto PIM: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina), mirtazapina, trazadona. |
| **N06AB03** | **Fluoxetina** | Efeitos colaterais do SNC (náusea, insónia, tontura, confusão); hiponatrémia. | Reduzir a dose; começar com 20 mg/d; a dose máxima também é 20 mg/d; evitar a administração na hora de dormir. | Tratamento não farmacológico; ISRS (exceto PIM: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina), mirtazapina, trazadona. |
| **N06AB05** | **Paroxetina** | Maior risco de mortalidade, de convulsões, quedas e fraturas. Efeitos adversos anticolinérgicos. | Para idosos ou para pacientes com insuficiência renal, iniciar os comprimidos de libertação imediata com 10 mg/d (12,5 mg/d se os comprimidos forem de libertação controlada), aumentados em 10 mg/d (12,5 mg/d se os comprimidos forem de libertação controlada), até 40 mg/d (50 mg/d se os comprimidos forem de libertação controlada). | Tratamento não farmacológico; ISRS (exceto PIM: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina), mirtazapina, trazadona. |
| **N06AB08** | **Fluvoxamina** | Maior risco de mortalidade, automutilação, quedas, fraturas e hiponatrémia | Reduzir a dose para idosos e pacientes com insuficiência renal; começar com 50-100 mg/d; titular lentamente. | Tratamento não farmacológico; ISRS (exceto PIM: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina), mirtazapina, trazadona. |
| **N06AX12** | **Bupropiom** | Pode reduzir o limiar de convulsão. | Reduzir a dose para idosos e pacientes com insuficiência renal. | Tratamento não farmacológico; ISRS (exceto PIM: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina), mirtazapina, trazadona. |
| **N06AX16** | **Venlafaxina** | Maior risco de mortalidade, tentativa de suicídio, acidente vascular cerebral, convulsões, hemorragia digestiva alta, quedas e fraturas. | Começar com 25-50 mg, duas vezes por dia e aumentar em 25 mg/dose; para a formulação de libertação prolongada, começar com 37,5 mg uma vez ao dia e aumentar 37,5 mg a cada 4-7 dias, conforme tolerado.  Reduzir a dose diária total em 25-50% nos casos de insuficiência renal leve a moderada. | Tratamento não farmacológico; ISRS (exceto PIM: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina), mirtazapina, trazadona. |
| **N06AX18** | **Reboxetina** | Efeitos colaterais (boca seca, obstipação, dor de cabeça, sonolência, tontura, sudorese excessiva e insónia). Maior risco de distúrbios de condução, taquicardia, ectopia atrial e ventricular ocasionais. | Reduzir a dose em casos de insuficiência renal; começar com 2 mg duas vezes por dia nos casos de insuficiência renal; para idosos, reduzir a dose para 4-6 mg/d. | Tratamento não farmacológico; ISRS (exceto PIM: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina), mirtazapina, trazadona. |
| **N06BA04** | **Metilfenidato** | Pode causar ou agravar a insónia; preocupação devido aos efeitos de alteração do SNC; preocupação devido aos efeitos de supressão do apetite. |  | Tratamento não farmacológico; considerar farmacoterapia para a doença de Alzheimer: acetilcolinesterase, memantina. |
| **N06BX02** | **Piritinol** | Nenhuma eficácia comprovada; perfil de risco/benefício desfavorável. | O seu uso clínico não é recomendado. | Tratamento não farmacológico; considerar a farmacoterapia para a doença de Alzheimer: acetilcolinesterase, memantina. |
| **N06BX03** | **Piracetam** | Nenhuma eficácia comprovada; perfil de risco/benefício desfavorável. | Reduzir a dose em idosos e em pacientes com insuficiência renal. | Tratamento não farmacológico; considerar farmacoterapia para a doença de Alzheimer: acetilcolinesterase, memantina. |
| **N06DX02** | **Ginkgo biloba** | Nenhuma eficácia comprovada; aumento do risco de hipotensão ortostática e queda. |  | Tratamento não farmacológico; considerar farmacoterapia para a doença de Alzheimer: acetilcolinesterase, memantina. |
| **N07BC02** | **Metadona** | Duração muito longa, especialmente em idosos. | Dose mais baixa possível. Começar lentamente. Recomenda-se uma dose inicial mais baixa de metadona com intervalos de dosagem mais longos, além de uma titulação mais lenta da dose para pacientes com insuficiência renal. | Paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo, naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| ***R*** | ***Sistema Respiratório*** | | | |
| **R03DA04** | **Teofilina** | Maior risco de efeitos estimulantes do SNC. | Começar com uma redução de 25% em comparação com as doses para adultos mais jovens.  Iniciar com uma dose máxima de 400 mg/d; monitorizar os níveis séricos e reduzir doses, se necessário; para idosos saudáveis (> 60 anos), a depuração da teofilina diminui em média 30%. |  |
| **R05DA04** | **Codeína (> 2 semanas)** | Maior risco de efeitos adversos (hipotensão, sudorese, obstipação, vómitos, tontura, sedação, depressão respiratória). Evitar o uso por mais de 2 semanas para pessoas com obstipação crónica sem uso concomitante de laxantes e para pessoas com insuficiência renal. | Começar o tratamento com cautela  para idosos (especialmente em casos de insuficiência renal); começar lentamente; reduzir a dose para 75% da dose habitual se TFG 10-50 ml/min e para 50% se TFG <10 ml/min. | Se usada para tratamento da dor, considerar os medicamentos alternativos propostos para analgésicos: paracetamol; ibuprofeno (≤3 x 400 mg/d ou por um período inferior a uma semana); naproxeno (≤2 x 250 mg/d ou por um período inferior a uma semana). Opioides com menor risco de delírio (por exemplo naloxona, morfina, oxicodona, buprenorfina, hidromorfona). |
| **R05DA09** | **Dextrometorfano** | Nenhuma evidência clara no tratamento da tosse aguda. |  |  |
| **R06AA02** | **Difenidramina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos, sedação, tontura; alterações eletrocardiográficas. | Reduzir a dose para idosos; começar lentamente.  Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível de tratamento.  Aumentar o intervalo de dosagem para cada 6 horas em casos de insuficiência renal leve (TFG> 50 ml/min), a cada 6-12 horas em casos de insuficiência renal moderada (TFG 10-50 ml/min) e a cada 12-18 horas em casos de insuficiência renal grave (TFG <10 ml/min). | Anti-histamínicos não-sedativos e não anticolinérgicos como a loratadina, a cetirizina.  Se usado para insónia: tratamento não farmacológico, passiflora, mirtazapina, trazodona.  Considerar doses baixas de benzodiazepínicos de ação curta, como o brotizolam (≤ 0,125 mg/d); zolpidem (≤5 mg/d), zopiclona (≤ 3,75 mg/d) (sugeriu alternativas para drogas hipnóticas / sedativas). |
| **R06AA04** | **Clemastina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos (por exemplo, obstipação, boca seca); comprometimento do desempenho cognitivo; alterações eletrocardiográficas (QT prolongado). | Reduzir a dose. | Anti-histamínicos não-sedativos e não anticolinérgicos como a loratadina, a cetirizina. |
| **R06AA09** | **Doxilamina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos, tontura; alterações eletrocardiográficas. | Reduzir a dose.  Usar a dose mais baixa possível, até a metade da dose usual, diminuir lentamente com a menor duração possível do tratamento. | Anti-histamínicos não-sedativos e não anticolinérgicos como a loratadina, a cetirizina.  Se usado para insónia: tratamento não farmacológico, passiflora, mirtazapina, trazodona.  Considerar doses baixas de benzodiazepínicos de ação curta, como o brotizolam (≤ 0,125 mg/d); zolpidem (≤5 mg/d), zopiclona (≤ 3,75 mg/d) (sugeriu alternativas para drogas hipnóticas / sedativas). |
| **R06AB02** | **Dexclorofeniramina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos (por exemplo, confusão, sedação). | 5 mg/d. | Anti-histamínicos não-sedativos e não anticolinérgicos como a loratadina, a cetirizina. |
| **R06AB03** | **Dimetindeno** | Efeitos colaterais anticolinérgicos (por exemplo, obstipação, boca seca); comprometimento do desempenho cognitivo; alterações eletrocardiográficas (QT prolongado). |  | Anti-histamínicos não-sedativos e não anticolinérgicos como a loratadina, a cetirizina. |
| **R06AD02** | **Prometazina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos (por exemplo, confusão, sedação). | Reduzir a dose; começar lentamente.  Reduzir a dose inicial para 6,25-12,5 mg em caso de administração IV. | Anti-histamínicos não-sedativos e não anticolinérgicos como a loratadina, a cetirizina.  Se usado para insónia: tratamento não farmacológico, passiflora, mirtazapina, trazodona.  Considerar doses baixas de benzodiazepínicos de ação curta, como o brotizolam (≤ 0,125 mg/d); zolpidem (≤5 mg/d), zopiclona (≤ 3,75 mg/d) (sugeriu alternativas para drogas hipnóticas / sedativas). |
| **R06AD07** | **Mequitazina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos (por exemplo, confusão, sedação). |  | Anti-histamínicos não-sedativos e não anticolinérgicos como a loratadina, a cetirizina. |
| **R06AX07** | **Pseudoefedrina + Triprolidina** | Efeitos colaterais anticolinérgicos (por exemplo, obstipação, boca seca); comprometimento do desempenho cognitivo; alterações eletrocardiográficas (QT prolongado). |  | Anti-histamínicos não-sedativos e não anticolinérgicos como a loratadina, a cetirizina. |
| **R06AX22** | **Ebastina** | Os efeitos adversos incluem comprometimento do desempenho psicomotor (50 mg ou mais), sonolência, taquicardia, fadiga. | Evitar/reduzir a dose se houver insuficiência renal grave. | Anti-histamínicos não-sedativos e não anticolinérgicos como a loratadina, a cetirizina. |