

ACESSO ABERTO

Autoria

Tatiana Roberta Lucena de Meneses^{1*}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1553-641X>

Abel Silva de Meneses¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>

*Correspondente: enfermeira.meneses@gmail.com

Instituição

¹ Rede Internacional de Gestão do Cuidado de Enfermagem Brasil (RIGCE Brasil), São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo • Direitos autorais[©]

Meneses TRL, Meneses AS. Prescrever Também é Cuidar: Prescrição Medicamentosa em Protocolos de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2026;5:e202650054. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202650054>.

Editores

Abel Silva de Meneses • Editor Chefe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>

André Ramalho • Editor Científico

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-3043>

Submetido

12-06-2026

Aceito

20-07-2026

Artigo Original

Prescrever Também é Cuidar: Prescrição Medicamentosa em Protocolos de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde

Prescribing is Also Caring: Medication Prescribing in Primary Health Care Nursing Protocols

Prescribir También es Cuidar: Prescripción de Medicamentos en Protocolos de Enfermería de Atención Primaria de Salud

Resumo

Objetivo: Investigar o conteúdo prescritivo dos Protocolos de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e, construir uma matriz de consulta aos medicamentos com prescrição atribuída a enfermeiros. **Método:** Trata-se de estudo qualitativo. O corpus documental reuniu quatro protocolos de enfermagem municipais sobre saúde da criança e ao adolescente, da pessoa adulta, da pessoa idosa e da saúde da mulher. Mediante busca dirigida e leitura integral das seções prescritivas, extraíram-se princípio ativo, indicação, população, modalidade prescritiva e condicionantes. Os dados foram submetidos à análise descritiva e categorial. **Resultados:** Foram identificados 49 princípios ativos ou associações, distribuídos em 12 grupos terapêuticos. Predominaram anti-infecciosos, medicamentos cardiovasculares e fármacos para condições prevalentes. Os protocolos diferenciaram início terapêutico, continuidade de tratamento médico e prescrição condicionada a programas ou rotinas. A vinculação ao Processo de Enfermagem, aos protocolos institucionais, ao registro clínico e ao monitoramento foi recorrente. **Conclusão:** O corpus documental escopo prescritivo amplo, porém condicionado à avaliação clínica, à competência profissional e à governança institucional. A consolidação das recomendações em uma matriz de medicamentos pode apoiar educação permanente, sistemas eletrônicos e auditoria da segurança medicamentosa.

Descritores: Prescrições de Medicamentos; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Protocolos Clínicos; Segurança do Paciente.

Abstract

Objective: To investigate the prescriptive content of the Primary Health Care Nursing Protocols of the São Paulo Municipal Health Department and to develop a reference matrix for medications that nurses are authorized to prescribe. **Method:** This is a qualitative study. The document corpus comprised four municipal nursing protocols on child and adolescent health, adult health, elderly health, and women's health. Through a targeted search and comprehensive reading of the prescriptive sections, we extracted the active ingredient, indication, target population, prescribing modality, and prescribing conditions. The data were subjected to descriptive and categorical analysis. **Results:** A total of 49 active ingredients or combinations were identified, distributed across 12 therapeutic groups. Anti-infectives, cardiovascular medications, and drugs for prevalent conditions predominated. The protocols distinguished between the initiation of therapy, continuity of medical treatment, and prescriptions contingent on specific programs or routines. Links to the Nursing Process, institutional protocols, clinical records, and monitoring were recurrent. **Conclusion:** The corpus documents a broad prescribing scope, though one that is contingent upon clinical assessment, professional competence, and institutional governance. Consolidating the recommendations into a medication matrix can support continuing education, electronic systems, and medication safety audits.

Descriptors: Drug Prescriptions; Nursing; Primary Health Care; Clinical Protocols; Patient Safety.

Resumen

Objetivos: Investigar el contenido prescriptivo de los Protocolos de Enfermería de la Atención Primaria de Salud de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo y elaborar una matriz de consulta sobre los medicamentos cuya prescripción se atribuye a los enfermeros. **Método:** Se trata de un estudio cualitativo. El corpus documental reunió cuatro protocolos municipales de enfermería sobre salud infantil y adolescente, de adultos, de personas mayores y de salud de la mujer. Mediante una búsqueda dirigida y la lectura integral de las secciones prescritivas, se extrajeron el principio activo, la indicación, la población, la modalidad de prescripción y los condicionantes. Los datos se sometieron a un análisis descriptivo y categorial. **Resultados:** Se identificaron 49 principios activos o combinaciones, distribuidos en 12 grupos terapéuticos. Predominaron los antiinfecciosos, los medicamentos cardiovasculares y los fármacos para afecciones prevalentes. Los protocolos diferenciaron entre inicio terapéutico, continuidad del tratamiento médico y prescripción condicionada a programas o rutinas. La vinculación con el proceso de enfermería, los protocolos institucionales, el registro clínico y el seguimiento fue recurrente. **Conclusión:** El corpus documenta un amplio alcance prescriptivo, aunque condicionado a la evaluación clínica, la competencia profesional y la gobernanza institucional. La consolidación de las recomendaciones en una matriz de medicamentos puede apoyar la educación continua, los sistemas electrónicos y la auditoría de la seguridad de los medicamentos.

Descriptores: Prescripciones de Medicamentos; Enfermería; Atención Primaria de Salud; Protocolos Clínicos; Seguridad del Paciente.

INTRODUÇÃO

A prescrição de medicamentos por enfermeiros integra a organização do cuidado em diversos sistemas de saúde. Sua extensão varia conforme legislação, formação, protocolos e mecanismos de governança clínica. Revisões internacionais descrevem expansão gradual da autonomia prescritiva, especialmente na atenção primária, no manejo de condições crônicas e em programas de saúde pública. A prática pode reduzir barreiras de acesso e aumentar a continuidade assistencial, desde que haja competência clínica, suporte institucional e avaliação dos resultados terapêuticos^(1,2).

No Brasil, a Lei nº 7.498/1986 atribui ao enfermeiro a "prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde"⁽³⁾. O Decreto nº 94.406/1987 regulamentou essa competência⁽⁴⁾, e a Resolução Cofen nº 801/2026 consolidou diretrizes nacionais, sem converter a prescrição em autorização irrestrita. A norma vinculou o ato à consulta de enfermagem sob o escopo do Processo de Enfermagem, às diretrizes clínicas e às condições institucionais⁽⁵⁾.

O Processo de Enfermagem organiza o pensamento clínico em avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e, evolução de enfermagem⁽⁶⁾. A prescrição medicamentosa integra o planejamento terapêutico e depende dos dados obtidos avaliação de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem fornece justificativa clínica para essa intervenção de enfermagem e, evolução de enfermagem permite acompanhar resposta, adesão, eventos adversos e necessidade de revisão. Esse método qualifica e atribui segurança na prescrição medicamentosa.

O manual conjunto do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo e do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo articula requisitos clínicos, legais e formais à prescrição de medicamentos⁽⁷⁾. O documento aborda protocolos, conteúdo da receita, antimicrobianos, dispensação e prescrição eletrônica. Também explicita a responsabilidade do farmacêutico na análise técnica e legal antes da dispensação. Essa relação não transfere responsabilidade entre profissões, mas, estabelece pontos sucessivos de verificação no circuito do medicamento, tendo a segurança do paciente como premissa de toda equipe de saúde.

Na Atenção Primária à Saúde, a prescrição de medicamentos por enfermeiro e historicamente convalidada em protocolos governamentais que dão resposta às necessidades de saúde territoriais com condutas executáveis⁽⁸⁾. Eles delimitam indicações, doses, duração, critérios de encaminhamento e responsabilidades. Nessa perspectiva, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo publicou uma série de Protocolos de Enfermagem organizados em módulos por ciclos de vida e áreas assistenciais⁽⁹⁻¹²⁾. Esses documentos orientam consultas, solicitação de exames, intervenções e prescrições. No entanto, a dispersão das recomendações em centenas de páginas pode dificultar identificação do conjunto de medicamentos disponíveis à prática do enfermeiro.

A ausência de uma síntese documental é uma lacuna operacional que pode limitar a prática do profissional enfermeiro e o cuidado com as pessoas que buscam atenção à saúde. Além disso, em momentos de muita pressão assistencial com restrição no tempo de consulta, examinar muitas laudas textuais dos protocolos pode elevar o risco de omissão de medicamentos, doses ou restrições. O volume de conteúdo dos protocolos também pode ser uma barreira de educação permanente que desafia a atualização dos profissionais.

Diante disso, investigar o conteúdo prescritivo é uma oportunidade para refletir sobre autonomia profissional no contexto do cuidado. Autonomia clínica não equivale a independência normativa, já que o enfermeiro decide dentro de um campo regulado por leis, protocolos, competência demonstrada e recursos disponíveis. O interesse científico dessa publicação está em descrever esse campo e seus condicionantes, em vez de apenas afirmar a existência da competência legal.

Portanto, o objetivo dessa comunicação científica foi investigar o conteúdo prescritivo dos Protocolos de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e, construir uma matriz de consulta aos medicamentos com prescrição atribuída a enfermeiros.

MÉTODO

Tipo do estudo e diretriz de relato

Estudo qualitativo de síntese documental, com efeito de tratar o documento como unidade de observação e cada recomendação medicamentosa como unidade de registro. Para melhor transparência e reprodutibilidade, foram utilizados os itens aplicáveis da diretriz CARDA: *Guiding document analyses in health professions education research*⁽¹³⁾.

População, amostra e local do estudo

A população correspondeu ao corpus documental circunscrito aos Protocolos de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde publicados pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. A amostra foi censitária e incluiu quatro módulos vigentes disponibilizados para análise. O Módulo 1 abordou saúde da criança e do adolescente. O Módulo 2 tratou da pessoa idosa. O Módulo 3 abordou a pessoa adulta. O Módulo 4 tratou da saúde da mulher⁽⁹⁻¹²⁾.

A unidade documental foi cada protocolo e a unidade de contexto foi o capítulo, subcapítulo, quadro, tabela, algoritmo, fluxograma ou nota em que a prescrição aparecia. A unidade de registro foi cada recomendação medicamentosa atribuída ao enfermeiro.

O local analítico foi o ambiente de documentação virtual da rede municipal de atenção primária, sem coleta em unidades assistenciais.

Crerios de elegibilidade

Foram incluídas recomendações que apresentavam nome de medicamento e autorização explícita ou contextual para prescrição pelo enfermeiro. Também foram incluídas prescrições descritas em quadros, algoritmos, fluxos, manejo de queixas e programas de saúde pública.

Foram excluídas menções farmacológicas usadas apenas como conteúdo educativo, histórico terapêutico, contraindicação isolada ou tratamento exclusivamente médico. Produtos sem princípio ativo definido e intervenções não farmacológicas foram excluídos do estudo.

Coleta dos dados

A coleta ocorreu entre outubro de 2025 e fevereiro de 2026. Inicialmente, realizou-se busca eletrônica nos arquivos pelos termos "medicamento", "medicação", "prescrever", "prescrição", "tratamento" e unidades de dose. Em seguida, foram lidos integralmente os capítulos recuperados e as páginas adjacentes. Uma segunda leitura verificou se cada item estava associado ao enfermeiro e identificou condições, doses, vias, duração, alertas e necessidade de continuidade médica.

Os dados foram registrados em matriz com as variáveis protocolo, página, condição clínica, princípio ativo, associação, apresentação, dose, via, frequência, duração, população, modalidade prescritiva e condicionante. Os nomes foram normalizados pela Denominação Comum Brasileira quando possível. Associações em uma mesma formulação foram contadas como uma unidade. O mesmo princípio ativo, quando repetido em mais de um módulo, foi contado uma vez na síntese geral e mantido em todas as indicações na matriz analítica.

Análise dos dados

A análise categorial foi realizada por dois enfermeiros especialistas em Atenção Primária à Saúde que acumulam mais de 20 anos de experiência prática nos serviços de saúde onde os protocolos de enfermagem objeto deste estudo vigoram. Os condicionantes foram agrupados em avaliação clínica, confirmação diagnóstica, limite temporal, monitoramento, contraindicação e encaminhamento. Divergências de grafia ou dose foram conferidas no trecho original. O estudo não avaliou adequação farmacológica externa aos protocolos.

RESULTADOS

Os protocolos apresentaram estrutura semelhante, com contextualização das políticas de saúde, consulta de enfermagem, Processo de Enfermagem, condições clínicas, intervenções, prescrições, encaminhamentos e referências. As recomendações medicamentosas não estavam concentradas em uma única seção. Foram identificadas em capítulos clínicos, quadros terapêuticos, tabelas, algoritmos, fluxogramas e notas.

Os quatro protocolos de enfermagem somaram 1.055 páginas, cuja análise identificou 49 princípios ativos ou associações com recomendação prescritiva atribuída ao enfermeiro. O módulo da pessoa adulta concentrou maior diversidade, seguido pelos módulos de saúde da mulher, criança e adolescente e pessoa idosa. Parte dos medicamentos apareceu em mais de um documento, principalmente analgésicos, antiparasitários, antifúngicos tópicos, suplementos e soluções de reidratação.

Os 49 itens foram distribuídos em 12 grupos terapêuticos, em que os anti-infecciosos corresponderam ao grupo mais numeroso. Em seguida apareceram medicamentos cardiovasculares, analgésicos e antitérmicos, suplementos e medicamentos gastrointestinais. A distribuição refletiu o perfil dos capítulos. O módulo da mulher concentrou contracepção, infecções sexualmente transmissíveis, gestação e climatério. O módulo do adulto reuniu condições crônicas, queixas agudas, doenças transmissíveis e arboviroses.

Tabela 1 - Distribuição dos medicamentos identificados nos protocolos, segundo o grupo terapêutico, São Paulo (SP), Brasil, 2026.

Grupo terapêutico	n
Anti-infecciosos sistêmicos e tópicos	13
Cardiovasculares	12
Analgésicos, antitérmicos e antiespasmódicos	4
Antidiabéticos	3
Suplementos e antianêmicos	4
Contraceptivos hormonais	4
Dermatológicos não anti-infecciosos	3
Gastrointestinais e reidratação	2
Antiparasitários	3
Terapia vaginal do climatério	1
Respiratórios e soluções nasais	1
Antiagregante plaquetário	1

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A modalidade prescritiva não foi homogênea. Anti-hipertensivos e antidiabéticos foram apresentados, em trechos específicos, como continuidade do plano iniciado pelo médico e por período limitado. Medicamentos para queixas agudas, suplementação, contracepção, infecções sexualmente transmissíveis e arboviroses foram vinculados a avaliação e critérios definidos pelo protocolo. Antimicrobianos exigiram diagnóstico sindrômico ou etiológico, avaliação de alergias, tratamento de parcerias e encaminhamento quando indicado.

O registro clínico e o Processo de Enfermagem apareceram como elementos transversais. Os protocolos relacionaram dados subjetivos e objetivos ao diagnóstico, ao planejamento e à implementação. A prescrição foi descrita dentro do plano de cuidado. O monitoramento incluiu resposta clínica, repetição de exames, controle pressórico, glicêmico, hematológico ou reavaliação em prazo definido.

Quadro 1 - Medicamentos identificados e principais contextos prescritivos, São Paulo (SP), Brasil, 2026.

Grupo	Medicamentos	Contextos principais
Cardiovasculares	Espironolactona; furosemida; hidroclorotiazida; atenolol; propranolol; captopril; enalapril; mononitrato de isossorbida; anlodipino; nifedipino; losartana; metildopa	Hipertensão e continuidade terapêutica, com avaliação e limite temporal
Antidiabéticos	Glibenclamida; gliclazida; metformina	Diabetes, continuidade terapêutica, sem inclusão de insulina
Analgésicos e antitérmicos	Paracetamol; dipirona; ibuprofeno; escopolamina	Dor, febre, arboviroses, cólicas e queixas prevalentes
Anti-infecciosos	Azitromicina; ceftriaxona; doxiciclina; metronidazol; clindamicina; nistatina; miconazol; cetoconazol; fluconazol; itraconazol; aciclovir; cefalexina; penicilina G benzatina	Infecções sexualmente transmissíveis, candidíase, dermatoses, infecções pediátricas e sífilis
Antiparasitários	Albendazol; ivermectina; permetrina	Helminthíases, pediculose e escabiose
Contraceptivos	Etinilestradiol associado a levonorgestrel; noretisterona; acetato de medroxiprogesterona; levonorgestrel	Contracepção regular e de emergência, conforme elegibilidade
Suplementos e antianêmicos	Ácido fólico; sulfato ferroso; carbonato de cálcio; vitaminas A e D associadas	Pré-concepção, gestação, infância e prevenção de deficiência
Gastrointestinais e reidratação	Sais para reidratação oral; óleo mineral	Desidratação, diarreia e constipação selecionada
Dermatológicos	Óxido de zinco associado a vitaminas A e D; dexametasona tópica; cloreto de sódio nasal	Dermatite associada à incontinência, inflamação cutânea e higiene nasal
Climatério	Estriol vaginal	Síndrome geniturinária do climatério, com acompanhamento
Antiagregante	Ácido acetilsalicílico	Prevenção de pré-eclâmpsia em gestantes com critérios de risco

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Os condicionantes de segurança da prescrição foram encontrados em todos os módulos. Entre eles estavam alergias, gestação, função renal, idade, peso, risco cardiovascular, interação medicamentosa, dose máxima, duração e sinais de alarme. Na pessoa idosa, houve orientação específica para conciliação, polifarmácia e interação. Na criança, peso e faixa etária determinaram doses. Na saúde da mulher, critérios de elegibilidade orientaram contraceptivos e fatores de risco definiram ácido acetilsalicílico e cálcio na gestação.

A rastreabilidade apresentou variação. Alguns quadros informaram princípio ativo, concentração, posologia e duração. Outros remeteram à Relação Municipal de Medicamentos Essenciais ou a protocolos complementares. Foram observadas repetições, diferenças de grafia e recomendações distribuídas em capítulos distintos. Essa característica sustenta a utilidade de uma matriz única para consulta e atualização.

Os quatro protocolos vincularam a prática clínica à consulta de enfermagem com sua equivalência ao Processo de Enfermagem. Entretanto, a relação entre diagnóstico de enfermagem e indicação medicamentosa nem sempre foi apresentada de forma direta. A prescrição apareceu principalmente no planejamento e na implementação do cuidado. A evolução foi associada ao acompanhamento da resposta clínica, ocorrência de efeitos adversos e revisão das condutas.

Os documentos configuraram a prescrição medicamentosa como competência condicionada, e não como autorização farmacológica irrestrita. A possibilidade de prescrever dependeu da condição clínica, da população, dos critérios definidos no protocolo e do nível de autonomia atribuído ao enfermeiro.

O corpus também revelou coexistência entre prescrições autônomas, condutas compartilhadas e situações reservadas ao médico. Essa organização delimitou fronteiras profissionais dentro das linhas de cuidado.

DISCUSSÃO

O estudo identificou escopo prescritivo distribuído por ciclos de vida e condições clínicas. O achado principal não foi somente a quantidade de medicamentos. A estrutura documental mostrou que a prescrição assume modalidades distintas. Em algumas situações, o enfermeiro inicia tratamento conforme critérios. Em outras, mantém terapia previamente definida. Essa diferença altera o raciocínio, o registro e a necessidade de comunicação interprofissional.

A legislação brasileira condiciona a competência a programas de saúde pública e rotinas institucionais^(3,4). A Resolução Cofen nº 801/2026 acrescenta parâmetros operacionais e vincula a prescrição ao Processo de Enfermagem⁽⁵⁾. Os protocolos municipais concretizam essa autorização. Portanto, uma lista de medicamentos não deve ser interpretada como formulário independente. Cada item permanece ligado à indicação, à população e ao fluxo de cuidado que sustentou sua inclusão.

A presença de anti-infecciosos requer atenção, pois, o uso inadequado de antimicrobianos aumenta eventos adversos e resistência. A Organização Mundial da Saúde considera a resistência antimicrobiana ameaça relevante e recomenda programas de uso racional⁽¹⁴⁾. O papel do enfermeiro inclui avaliação, escolha conforme protocolo, orientação, registro, acompanhamento e encaminhamento. O farmacêutico acrescenta análise da receita e aconselhamento na dispensação⁽⁷⁾. Essa sequência favorece detecção de falhas, mas depende de comunicação e critérios comuns.

Os medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos apareceram principalmente como continuidade terapêutica. Essa modalidade pode apoiar acesso e longitudinalidade em condições crônicas. Ela também exige clareza sobre estabilidade clínica, exames, metas, eventos adversos e prazo de reavaliação médica. A simples repetição da receita não corresponde ao Processo de Enfermagem, que deve equivaler à consulta de enfermagem evoluindo na verificação de adesão, resultados, mudanças clínicas e problemas relacionados a medicamentos.

A população idosa demanda salvaguardas adicionais, já que alterações farmacocinéticas, multimorbidade e polifarmácia aumentam risco de interação e dano⁽¹⁵⁾. O protocolo orientou revisão de todos os medicamentos usados, inclusive os não prescritos. Essa recomendação aproxima a consulta de enfermagem da conciliação medicamentosa. Uma matriz de medicamentos deve incluir alertas para duplicidade, função renal, hipotensão, hipoglicemia e uso prolongado de medicamentos potencialmente inadequados.

Na saúde da criança, doses dependentes do peso tornam a prescrição vulnerável a erro matemático e erro por desatualização do peso. A segurança exige registro da medida, concentração disponível, dose por quilograma, intervalo e dose máxima. A prescrição eletrônica pode executar cálculos, mas deve exibir a fórmula e permitir conferência. A automação sem transparência cria dependência do sistema e pode reproduzir configurações incorretas.

Na saúde da mulher, o escopo abrange contracepção, infecções sexualmente transmissíveis, gestação e climatério. Critérios de elegibilidade contraceptiva e fatores de risco obstétrico mostram que o medicamento é consequência de uma classificação clínica. O enfermeiro precisa reconhecer situações em que o benefício supera o risco, contraindicações e necessidade de cuidado compartilhado. A prescrição de estriol vaginal, por exemplo, inclui seguimento e avaliação de alterações.

O conjunto analisado também mostra como protocolos funcionam como instrumentos de governança. Eles padronizam condutas e fornecem respaldo, mas precisam de controle de versão. Mudanças legais, novas evidências, alterações na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais e alertas sanitários podem tornar recomendações obsoletas. Um repositório único, com data de vigência e histórico de alterações, reduziria inconsistências entre módulos.

A transformação digital pode melhorar rastreabilidade, uma vez que a assinatura eletrônica qualificada, a identificação do profissional e a integração com o prontuário protegem autoria e integridade^(5,7-8). Campos estruturados podem exigir diagnóstico, protocolo, dose, duração e plano de monitoramento. Alertas devem ser específicos e priorizados para evitar fadiga. A prescrição eletrônica deve apoiar o julgamento clínico, sem substituí-lo.

Estudos internacionais indicam que a prescrição por profissionais não médicos pode produzir resultados comparáveis em contextos selecionados, embora a qualidade dependa de formação, escopo e desenho do serviço^(1-2,16). A análise municipal dos protocolos acrescenta uma dimensão normativa local. Ela mostra quais medicamentos foram incorporados ao trabalho prescritivo e quais condições limitam o ato. Esse conhecimento permite avaliar práticas reais em estudos posteriores.

A educação permanente deve combinar farmacologia, exame clínico, diagnóstico de enfermagem e comunicação. Treinamentos centrados apenas no preenchimento da receita são insuficientes. Casos simulados podem avaliar seleção do medicamento,

contraindicações, cálculo, orientação e acompanhamento. Auditorias podem usar indicadores como registro do protocolo, completude, reavaliação e concordância com critérios.

A análise das modalidades prescritivas também evita confundir autonomia com substituição profissional. O início de um tratamento previsto em protocolo exige decisão própria do enfermeiro, baseada em critérios e registrada no prontuário. A continuidade terapêutica exige confirmar que as condições do plano anterior permanecem válidas. O manejo sintomático exige excluir sinais de gravidade e definir prazo de reavaliação. A prescrição programática depende das regras do programa, como rastreamento, tratamento de contatos, suplementação ou prevenção. Essas modalidades podem compartilhar o mesmo receituário, mas não compartilham o mesmo processo decisório.

A completude da receita constitui apenas uma dimensão da segurança. Nome do usuário, denominação genérica, concentração, forma farmacêutica, via, dose, frequência, duração, data e identificação do prescritor são requisitos verificáveis. A segurança clínica requer informações adicionais no prontuário, incluindo dados da avaliação, diagnóstico, justificativa, orientações, sinais de alarme e plano de seguimento. Separar receita e registro clínico compromete a compreensão do ato. Sistemas eletrônicos devem manter vínculo entre ambos e permitir auditoria sem reconstrução manual do atendimento.

A dispensação farmacêutica funciona como barreira de segurança posterior. O farmacêutico verifica autenticidade, legalidade, dose, duração, incompatibilidades e condições de fornecimento. Dúvidas devem gerar contato com o prescritor, e não alteração unilateral da receita. A interação entre enfermagem e farmácia precisa de canais definidos, tempos de resposta e critérios para devolução. Protocolos compartilhados reduzem divergências entre o que é prescrito e o que pode ser dispensado na rede pública ou privada.

A presença de medicamentos sujeitos a controle sanitário específico exige atenção operacional. Antimicrobianos possuem regras de retenção, validade e escrituração. Prescrições para infecções sexualmente transmissíveis também podem envolver tratamento de parcerias, notificação e aconselhamento. Esses componentes fazem parte do plano terapêutico. A disponibilidade do medicamento na unidade não substitui a verificação de indicação, alergia, interação, gravidez, função renal ou resposta anterior. O uso racional depende da coerência entre diagnóstico, escolha e acompanhamento.

O levantamento mostrou que um mesmo princípio ativo pode ter doses e durações diferentes segundo idade, peso, condição e objetivo terapêutico. Paracetamol e dipirona apareceram em vários módulos, mas a prescrição pediátrica depende do peso, enquanto a prescrição para adultos utiliza faixas de dose e máximos diários. O sulfato ferroso foi usado para prevenção e tratamento, com esquemas distintos. A normalização por princípio ativo deve preservar essas variações. Uma lista que omita contexto pode produzir erro por simplificação.

A atualização periódica deve usar método formal. Alterações podem ser iniciadas por nova norma, mudança da relação de medicamentos, alerta de farmacovigilância, desabastecimento ou revisão de evidências. Cada alteração precisa de análise de impacto, aprovação, comunicação e data de implantação. Sistemas eletrônicos, materiais educativos e protocolos impressos devem ser atualizados de forma sincronizada. A coexistência de versões cria risco de prescrição divergente e dificulta responsabilização.

A avaliação de competência precisa considerar conhecimento e desempenho. Testes teóricos podem verificar legislação, farmacologia e interpretação de protocolos. Simulação clínica pode avaliar coleta de dados, cálculo de dose, decisão, comunicação e registro. Supervisão e auditoria formativa permitem identificar padrões de erro. A autorização institucional deve ser acompanhada de critérios de credenciamento, atualização e reavaliação, especialmente para medicamentos com maior risco ou baixa frequência de uso.

Os resultados também têm implicação para pesquisa em serviços. A matriz documental permite construir indicadores de conformidade e selecionar amostras de prontuários. Estudos futuros podem medir proporção de prescrições com protocolo identificado, adequação de dose, presença de diagnóstico, reavaliação no prazo e ocorrência de eventos adversos. Também podem comparar unidades, categorias terapêuticas e modalidades prescritivas. A análise deve evitar usar volume de prescrições como medida isolada de produtividade.

A síntese produzida pode orientar uma lista institucional, mas sua implementação requer validação formal pela Secretaria Municipal da Saúde. As doses não devem ser copiadas para sistemas sem revisão farmacêutica e clínica. O corpus contém remissões, diferenças editoriais e atualizações em datas distintas. A governança deve definir quem atualiza, aprova, testa e comunica mudanças.

A organização do corpus por ciclos de vida também expõe sobreposições. Analgésicos, antifúngicos, antiparasitários e suplementos aparecem em mais de um módulo. Essa repetição pode ser necessária para tornar cada protocolo autossuficiente. Contudo, ela aumenta a chance de divergência quando uma seção é atualizada e outra permanece inalterada. Uma camada transversal de medicamentos, vinculada aos módulos clínicos, pode reduzir duplicação e preservar particularidades por população.

A padronização terminológica constitui outro ponto. Os documentos alternaram nomes de princípios ativos, sais, concentrações e formas farmacêuticas. Para uso clínico, a denominação deve corresponder ao produto disponível e à Denominação Comum Brasileira. Para análise, a normalização precisa manter o texto original e registrar a forma padronizada em campo separado. Essa estratégia permite rastrear a fonte, comparar protocolos e evitar que medicamentos distintos sejam agrupados por semelhança de nome.

As referências a relações municipais e notas técnicas mostram que o protocolo não funciona isoladamente. A decisão prescritiva pode depender da disponibilidade na rede, da versão da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, de fluxos epidemiológicos e de orientações temporárias. O sistema de apoio deve apresentar o documento vigente no momento da consulta. Links quebrados ou arquivos sem controle de versão reduzem a confiabilidade e obrigam o profissional a buscar informação em fontes paralelas.

A farmacovigilância deve integrar o acompanhamento e, por ela o enfermeiro pode identificar reações adversas, falha terapêutica, uso incorreto e interação durante consultas subsequentes. O registro desses eventos permite revisar o plano e encaminhar notificações quando cabíveis. Protocolos e sistemas eletrônicos devem indicar quais sinais exigem suspensão, avaliação urgente ou comunicação ao serviço de referência. A evolução de enfermagem é o ponto em que a decisão inicial é confrontada com os resultados observados.

A comunicação com o usuário influencia a efetividade, visto que a orientação precisa incluir finalidade, modo de uso, duração, conduta diante de esquecimento, efeitos esperados, eventos adversos e sinais de alarme. Em crianças e pessoas idosas, cuidadores podem participar, desde que o usuário seja incluído conforme capacidade e autonomia. A linguagem deve considerar alfabetização em saúde, barreiras sensoriais e contexto cultural. A receita escrita não substitui confirmação de compreensão.

A equidade também deve ser considerada, tendo em conta que a ampliação do acesso por meio da consulta de enfermagem pode reduzir espera em territórios com maior pressão assistencial. Esse benefício depende de oferta regular de medicamentos, formação dos profissionais e continuidade do cuidado. Sem esses componentes, a prescrição pode produzir apenas uma orientação sem possibilidade de execução. Indicadores de acesso devem incluir obtenção do medicamento, início do tratamento e retorno, e não apenas emissão da receita.

A governança clínica precisa definir responsabilidades em situações de exceção. Falta do medicamento padronizado, alergia, contraindicação ou falha anterior podem exigir alternativa terapêutica. O enfermeiro deve saber quando o protocolo autoriza substituição e quando o caso precisa de interconsulta. A flexibilidade sem regra aumenta variabilidade. A rigidez sem via de exceção pode atrasar tratamento. Fluxos de decisão devem explicitar opções, limites e canais de apoio.

A incorporação da matriz em prontuários eletrônicos deve ser testada antes da implantação. Casos de teste podem incluir doses pediátricas, duplicidade, alergias, gestação, função renal e duração máxima. A validação precisa verificar conteúdo e comportamento do sistema. Alterações devem passar por ambiente de homologação e registro de versão. Auditorias posteriores podem identificar alertas ignorados, campos incompletos e diferenças entre a prescrição gerada e o protocolo vigente.

A análise documental não substitui a revisão farmacoterapêutica de cada recomendação. Alguns protocolos foram elaborados antes de normas posteriores ou apresentam referências com datas diferentes. A harmonização deve avaliar evidência, disponibilidade, segurança e coerência entre módulos. Esse trabalho precisa de decisão institucional formal. A contribuição deste estudo está em tornar o conteúdo localizável e comparável, criando uma base para revisão técnica e não uma autorização paralela de prescrição.

A mensuração de resultados clínicos deve acompanhar qualquer expansão operacional. Taxas de controle pressórico, resolução de sintomas, adesão e retorno podem ser examinadas junto com eventos adversos e encaminhamentos. Comparações precisam ajustar diferenças de população e gravidade. O objetivo não é demonstrar produtividade por número de receitas, mas verificar se a prescrição inserida no Processo de Enfermagem produz cuidado oportuno, seguro e coordenado.

A formação universitária também pode utilizar a matriz. Conteúdos de farmacologia devem ser articulados à consulta, aos diagnósticos de enfermagem e aos protocolos institucionais. Estudantes precisam compreender que a competência legal não elimina limites institucionais. Exercícios com protocolos locais ajudam a reconhecer critérios, calcular doses e planejar monitoramento. A transição para a prática requer supervisão e atualização, pois o escopo pode variar entre instituições.

Por fim, a participação do usuário pode qualificar a revisão dos protocolos. Dificuldades de compreensão, acesso, administração e retorno indicam pontos que não aparecem na análise normativa.

Materiais de orientação devem ser testados com usuários e cuidadores. A governança pode incluir canais para relatar problemas relacionados à prescrição e à dispensação. Esses dados complementam auditorias clínicas e orientam mudanças no texto, no sistema eletrônico e no fluxo assistencial.

A consolidação documental também favorece transparência institucional. Profissionais precisam acessar a versão vigente, conhecer a data de aprovação e identificar alterações relevantes. Usuários e farmacêuticos precisam reconhecer a legitimidade do receituário. A publicação de uma lista comentada, vinculada aos protocolos e sem retirar o contexto clínico, pode reduzir dúvidas sobre escopo. Esse recurso deve informar que a presença do medicamento na lista não dispensa consulta, registro, avaliação de riscos, seguimento e comunicação interprofissional documentada em toda a rede.

Limitações do Estudo

A análise foi restrita a quatro protocolos de um município. Os resultados não descrevem todos os medicamentos que podem ser prescritos por enfermeiros no Brasil. Os documentos possuíam diferentes datas de revisão e níveis de detalhamento. Alterações normativas ou atualizações posteriores podem modificar o escopo identificado.

A análise documental não permitiu verificar como as prescrições são realizadas nas unidades, quais medicamentos são efetivamente dispensados ou como profissionais interpretam recomendações ambíguas. A classificação da modalidade prescritiva envolveu interpretação, principalmente quando a redação não identificava diretamente o profissional responsável. Esse risco foi reduzido mediante definições operacionais, retorno ao contexto e revisão das decisões.

Contribuições para a Ciência

O estudo fornece uma taxonomia do escopo prescritivo do enfermeiro em uma rede municipal de atenção primária. A distinção entre início, continuidade, prescrição programática e manejo sintomático permite pesquisas sobre qualidade e segurança. A matriz pode subsidiar instrumentos de auditoria, currículos de educação permanente e requisitos funcionais para prescrição eletrônica. Também fornece base para comparar protocolos entre municípios e monitorar mudanças normativas.

CONCLUSÃO

Os protocolos analisados documentaram 49 princípios ativos ou associações, distribuídos em 12 grupos terapêuticos. O escopo incluiu condições agudas, acompanhamento de doenças crônicas, saúde sexual e reprodutiva, gestação, infância e cuidado da pessoa idosa. Anti-infecciosos e medicamentos cardiovasculares formaram os grupos mais numerosos.

A prescrição foi vinculada à consulta e ao Processo de Enfermagem. Os documentos exigiram avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução. Também delimitaram critérios clínicos, duração, monitoramento e encaminhamento. A autonomia prescritiva permaneceu dependente de protocolos aprovados, competência profissional e estrutura institucional.

A consolidação em matriz única pode reduzir dispersão documental e apoiar sistemas eletrônicos. Essa matriz deve manter indicação, dose, população, contraindicações, modalidade prescritiva, versão do protocolo e plano de acompanhamento. Recomenda-se validação institucional periódica, com participação de enfermagem, farmácia, medicina, segurança do paciente e tecnologia da informação.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Transparência na contribuição dos autores segundo a Taxonomia [CRediT](#).

Conceitualização	Tatiana Roberta Lucena de Meneses; Abel Silva de Meneses
Curadoria de dados	Tatiana Roberta Lucena de Meneses; Abel Silva de Meneses
Análise formal	Tatiana Roberta Lucena de Meneses
Aquisição de financiamento	Não aplicável
Investigação	Tatiana Roberta Lucena de Meneses
Metodologia	Tatiana Roberta Lucena de Meneses
Administração do projeto	Tatiana Roberta Lucena de Meneses
Recursos	Não aplicável
Software	Não aplicável
Supervisão	Abel Silva de Meneses
Validação	Tatiana Roberta Lucena de Meneses
Visualização	Tatiana Roberta Lucena de Meneses; Abel Silva de Meneses
Escrita - esboço original	Tatiana Roberta Lucena de Meneses
Escrita - revisão e edição	Tatiana Roberta Lucena de Meneses; Abel Silva de Meneses

DECLARAÇÕES

Conflitos de interesse	Não aplicável
Financiamento	Não aplicável
Aprovação ética	Não aplicável
Agradecimentos	Não aplicável
Preprint	Não aplicável
Inteligência Artificial	Foi utilizado o ChatGPT, modelo GPT-5.6 Thinking, desenvolvido pela OpenAI, em 15 de julho de 2026. A ferramenta inteligência artificial generativa foi utilizada para apoio à revisão linguística, organização textual e adequação formal do manuscrito. A seleção das fontes, análise dos documentos, interpretação dos resultados e aprovação da versão final foram realizadas pelos autores, que assumem integral responsabilidade pelo conteúdo.

REFERÊNCIAS

- Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res. 2011 May 27;11:127. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-127>.
- Maier CB. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. Hum Resour Health. 2019;17(1):95. doi: <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>.
- Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Brasília, DF: Presidência da República; 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm.
- Brasil. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498/1986. Brasília, DF: Presidência da República; 1987. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 801, de 14 de janeiro de 2026. Estabelece diretrizes para a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro. Brasília, DF: Cofen; 2026. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cofen-n-801-de-14-de-janeiro-de-2026-682701425>.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen; 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cofen-n-736-de-17-de-janeiro-de-2024-539060363>.
- Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo; Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Manual de orientação: prescrição e dispensação de medicamentos na área de enfermagem. 1a ed. São Paulo: CRF-SP; Coren-SP; 2026. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2026/05/manual-orientacao-prescricoes-de-enfermagem.pdf>.
- Martiniano CS, Andrade PS, Magalhães FC, Souza FF, Clementino FS, Uchôa SAC. Legalization of nurse prescribing of medication in Brazil: history, trends and challenges. Text Context Nursing, 2015 Jul-Sep; 24(3): 809-17. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001720014>.

- São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos de enfermagem: módulo 1, atenção primária à saúde da criança e do adolescente. 5a ed. rev. São Paulo: SMS; 2025.
- São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos de enfermagem: módulo 2, atenção primária à saúde da pessoa idosa. 5a ed. rev. São Paulo: SMS; 2024.
- São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos de enfermagem: módulo 3, atenção primária à saúde da pessoa adulta. 5a ed. rev. São Paulo: SMS; 2025.
- São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos de enfermagem: módulo 4, atenção primária à saúde da mulher. 5a ed. rev. São Paulo: SMS; 2024.
- Cleland J, MacLeod A, Ellaway RH. CARDA: Análise de documentos orientadores na pesquisa em educação das profissões de saúde. Med Educ. 2023 maio; 57(5):406-417. doi: <https://doi.org/10.1111/medu.14964>.
- World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance. Geneva: WHO; 2015. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763>.
- American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;71(7):2052-81. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.18372>.
- Weeks G, George J, Maclure K, Stewart D. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11(11):CD011227. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011227.pub2>.

METARIAL SUPLEMENTAR

A matriz de medicamentos foi construída como material suplementar para reunir, em um único documento, as prescrições medicamentosas identificadas nos Protocolos de Enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Sua organização acompanha os módulos destinados à saúde da pessoa adulta, da mulher, da pessoa idosa e da criança e do adolescente. Para cada registro, foram mantidos os medicamentos, a indicação clínica, a posologia ou orientação e a página correspondente no protocolo de origem.

A matriz preserva as particularidades de cada recomendação documental. O mesmo princípio ativo pode aparecer mais de uma vez quando houver diferença de indicação, dose, duração, população atendida ou modalidade de prescrição. Também foram mantidas as situações de continuidade terapêutica, cuidado compartilhado e encaminhamento, pois essas condições delimitam o escopo clínico atribuído ao enfermeiro nos documentos analisados.

O material tem finalidade de rastreabilidade e consulta documental. Ele permite localizar a recomendação no protocolo original e comparar medicamentos utilizados em diferentes ciclos de vida e linhas de cuidado. A matriz não deve ser interpretada como formulário terapêutico independente, lista nacional de medicamentos autorizados ou substituto das etapas do Processo de Enfermagem.

A aplicação clínica de qualquer item exige consulta à versão vigente do protocolo, avaliação individual, registro no prontuário e observância das normas institucionais e profissionais. Atualizações da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), de portarias municipais ou dos próprios protocolos podem modificar indicações, apresentações e esquemas terapêuticos. Por essa razão, o material suplementar deve ser utilizado como síntese dos documentos analisados no período do estudo.

Matriz de “Medicamentos” com Prescrição Atribuída a Enfermeiros de Atenção Primária da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM - SMS-SP 5ª Ed. 2024/2025

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	POSOLOGIA / ORIENTAÇÃO	PG
>> SAÚDE DO ADULTO			
Bensilato de Anlodipino 5 mg, 10 mg (cp) Atenolol 50 mg (cp) Isossorbida 20mg (cp) Furosemida 40 mg (cp) Hidroclorotiazida 25 mg (cp) Metildopa 250 mg (cp) Nifedipino 20 mg (cp) Cloridrato de Propranolol 40 mg (cp) Captopril 25 mg (cp) Maleato de Enalapril 5 mg, 20 mg (cp) Espironolactona 25 mg, 100 mg (cp) Losartana 50 mg (cp)	HAS	Durante a consulta de enfermagem ao hipertenso, poderão ser prescritas as medicações anti-hipertensivas contidas na REMUME dando continuidade ao plano terapêutico proposto a este usuário já iniciado pelo médico. Atentar para a Portaria SMS.G nº 440 de 2023 Todas as condições previstas nos protocolos de Saúde da Mulher, Idoso e Adulto podem ser manejadas na consulta de abordagem a HAS, com intervenções e prescrições de enfermagem, contidas nestes protocolos	111
Gliclazida 60 mg (cp) Cloridrato de Metformina 500 mg, 850 mg (cp)	DM	Durante a consulta de enfermagem ao portador de diabetes, poderá ser prescrito as medicações antidiabéticas, COM EXCEÇÃO DA INSULINA, contidas na REMUME dando continuidade assim ao plano terapêutico proposto pelo médico a este usuário. Atentar para a Portaria SMS G. Nº 440 de 2023	131
Sinvastatina 10, 20 e 40 mg (cp)	Dislipidemia	Prescrever medicações hipolipemiantes contidas na REMUME dando continuidade ao plano terapêutico proposto a este usuário pelo médico	91
Nicotina 7, 14 e 21 mg (adesivo)	Tabagismo	Adesivo de uso transdérmico de liberação lenta, goma de mascar/pastilha de liberação rápida. Considerar 1 mg de nicotina para cada cigarro e não ultrapassar a dose máxima de 42 mg/dia. Verificar posologia e associações no protocolo	34, 35
Nicotina 2mg (pastilha/goma de mascar)		Prescrito por enfermeiro certificado em grupo de tabagismo	
Nistatina 100.000 UI/ml (suspensão oral)	Candidíase Oral	4 ml via oral de 6/6 horas por 14 dias (manter na boca o máximo possível)	70
Aciclovir 50 mg/g (5%) creme, 200 mg (cp)	Herpes Labial	Aciclovir creme 5x ao dia por 5-7 dias se primeiro episódio com vesículas e iniciados há menos de 72 horas ou úlceras extensas ou recorrentes	70
Lidocaína creme 2%	Dor	Passar nas lesões de 8/8 horas se necessário para alívio da dor	70
Paracetamol 500 mg (cp), 200 mg/ml (gts)	Dor e febre	Paracetamol 500-1000 mg de 6/6 horas	70, 281, 284, 291, 293, 295, 303, 312, 315, 350, 356, 360, 378, 397
dipirona sódica 500 mg (cp), 500 mg/ml (gts)		Dipirona 500-1000 mg de 6/6 horas	
Ibuprofeno 300mg (cp) 50 mg/ml (gts)		Ibuprofeno 300mg (dosagem máxima de 2.400mg/dia) - 1 cp de 8/8 horas por 5 dias. Também iniciado 2 a 3 dias antes do período menstrual	281, 284, 300, 303
Butilbrometo de escopolamina 10mg (cp, gts)	Cólica	De 8/8 horas por até 5 dias	303
Diclofenaco 50 mg (cp)	Dor	De 8/8 horas por até 5 dias. Também iniciado 2 a 3 dias antes do período menstrual	303
RHZE (rifampicina 150 mg/ Isoniazida 75 mg/ Pirazinamida 400 mg/ Etambutol 270 mg) (cp)	Tuberculose	Peso 20 a 35 kg - Dose 2 cp; Peso 36 a 50 kg - Dose 3 cp; Peso 51 a 70 kg - Dose 4 cp; Peso > 70 kg - Dose 5 cp. Duração de 2 meses (fase intensiva/fase 1)	202
RH (dose plena rifampicina 300 mg/ Isoniazida 150 mg), (meia dose rifampicina 150 mg/ Isoniazida 75 mg) (cp)		Peso 20 a 35 kg - Dose 1 cp de 300/150 mg; Peso 36 a 50 kg - Dose 1 cp de 300/150 mg + 1 cp de 150/75 mg; Peso 51 a 70 kg - Dose 2 cp de 300/150 mg; Peso > 70 kg. 2 cp de 300/150 mg + 1 cp de 150/75 mg. Duração de 4 meses (fase manutenção/fase 2) OBS: O tratamento de Tuberculose Óssea e Tuberculose no Sistema Nervoso Central é de 12 meses (2 meses de fase 1 + 10 meses de fase 2)	
Piridoxina 40mg (cp)		O tratamento da tuberculose em diabéticos deve ser realizado com esquema básico por pelo menos 6 meses, associado ao uso de Piridoxina 40mg/dia	
Sulfametoxazol + trimetoprima 400 mg+80 mg (cp)	ITU	Adultos: 800 (sulfametoxazol) + 160 (trimetoprima), VO, a cada 12 horas, por 3 dias p/ mulheres e 7 dias p/ homens (cistite)	313
Nitrofurantoína 100 mg (cap)		Adultos: Tomar 100 mg, a cada 6 horas, por 3 dias (mulheres) e por 7 dias (homens), ingerir com alimento	313
Norfloxacin 400 mg (cp)		Adultos: 400 mg, VO, a cada 12 horas, por 3 dias (E. coli, K. pneumoniae ou P. mirabilis) ou por 7 a 10 dias (demais)	313
Cefalexina 500 mg (cap, dra, cp)		Adultos: 500 mg, VO, a cada 6 horas por 7 a 14 dias	313
Sais para reidratação oral (pó)	Desidratação	Dissolver o conteúdo em 1 litro de água filtrada ou fervida e administrar de 100 a 150 ml por quilo de peso corporal em período de 4 a 6 horas.	318, 350, 361
Permetrina 5% (loção)	Escabiose	Remover a loção após 8-14 horas tomando banho. Repetir após 7 dias	331
Ivermectina 6 mg (cp)	Escabiose, Pediculose, Tungíase	Dose única (VO) - escala de peso corporal (15-24 kg - 3mg; 25-35 kg - 6mg; 36-50 kg - 9mg; 51-65kg - 12mg; 65-79 kg - 15mg; ≥80 kg - 200mcg/kg). Repetir 7-10 dias	331, 332, 333
Permetrina 1% (loção capilar)	Pediculose	Aplicar em todo couro cabeludo, deixar por 10 minutos e enxaguar	332
Cetoconazol 20mg/g (2%) (creme)	Dermatite atópica	Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada, 2x/dia (pela manhã e à noite), por 7 a 14 dias. Não exceder 2 semanas de tratamento	339
Miconazol 20mg/g [2%] (creme)	Micose, Pitiríase versicolor, Dermatite atópica, Intertrigo por cândida	Aplicar uma quantidade para cobrir a área afetada duas vezes ao dia por 7 a 14 dias	333, 334, 336, 339
Fluconazol 150 mg (cap) Itraconazol 200 mg (cap)	Intertrigo por cândida	Se falha terapêutica do miconazol ou apresentação extensa. Adultos: fluconazol 150 mg/semana ou itraconazol 200 mg, 2x/dia, por 2 a 6 semanas	338
Albendazol 400 mg (cp)	Larva migrans	Albendazol 400 mg ao dia por 3 dias (não pode ser utilizado em gestante)	335
ATA - ácido tricloroacético a 80%	Verruga	Aplicar ATA 80%. Repetir de 7-10 dias por até 8 semanas. Isolar verruga	336
Óleo mineral (fr)	Dermatite seborreica Constipação	Dermatite seborreica: Aplicar óleo mineral na área afetada, deixar agir por 15 minutos, remover delicadamente as crostas com auxílio de uma fralda, pente ou escova macia Constipação: 15 ml à noite e 15 ml no dia seguinte ao despertar. Caso não obtenha êxito, aumente a dosagem para 30 ml (2 colheres de sopa)	337, 355

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	POSOLOGIA / ORIENTAÇÃO	PG
Óxido de zinco 150 a 250 mg/g + retinol (vitamina A) + colesticalciferol (pomada)	Dermatite atópica	Aplicar após cada troca de fralda ou quando necessário	339, 342
Metoclopramida, cloridrato 10 mg (cp)	Queixas Gastrointestinais	Metoclopramida 10 mg cada 8 horas se necessário por até 5 dias	350, 360, 378
Dimenidrinato 50 mg	Náuseas e vômito	De 6/6 horas	361
Hidróxido de alumínio Suspensão Oral 60 mg/ml susp oral (FR 100ml)	Pirose/Azia	5 ml (uma colher de chá), VO, até 3x/dia	365
Cynara scolymus L. (alcachofra) 24 a 48 mg		02 comprimidos de 12/12 horas por seis meses	
Albendazol 400 mg (cp) e 40 mg/ml (susp. oral)	Ascaridíase Ancilostomíase Enterobiase ou Oxiuriase	400 mg/dia (VO) dose única (Enterobiase/Oxiuriase – repetir após 2 semanas)	369
	Tricuríase Teníase	400 mg/dia – via oral a cada 24 horas, por 3 dias	
	Giardíase	400 mg/dia- via oral. Durante 5 dias	
Metronidazol 250 mg (cp)	Amebíase	400 mg/dia – via oral / 3 vezes ao dia. Durante 5 a 7 dias	
		750 mg/dose – via oral – 3 vezes ao dia. Para quadros leves e moderados – 5 dias. Para quadros graves – 10 dias	
 >>  SAUDE DA MULHER			
Levonorgestrel 0,75 mg (cp)	Contracepção de Emergência	Devem ser utilizados dois comprimidos juntos, em dose única de 1,5mg, até 72h após o ato sexual.	28,31
Levonorgestrel 0,15 mg + etinilestradiol 0,03 mg comprimido cartela	Contraceptivo hormonal oral combinado	Iniciar preferencialmente no 1º dia do ciclo menstrual (sangramento), mas pode ser iniciado até o 7º dia do ciclo (recomendar o uso de método de barreira por 7 dias). Ver outras instruções no protocolo	30
Noretisterona 0,35 mg	Contraceptivo hormonal oral de progestágeno isolado	Iniciar no 1º dia do ciclo menstrual (sangramento). Ver outras instruções no protocolo	30
Dispositivo Intrauterino	LARC	Intraútero por tempo determinado por fabricante, inserido por enfermeira/o habilitado após treinamento	31
Medroxiprogesterona, acetato 125 mg + estradiol cipionato 5 mg suspensão injetável	Contraceptivo hormonal injetável	A primeira aplicação deve, idealmente, ocorrer até o 5º dia do ciclo menstrual (contando do início do sangramento). Ver outras instruções no protocolo	28
Medroxiprogesterona, acetato 150 mg/ml suspensão injetável			29
Algestona acetofenida 150 mg/ml + enantato de estradiol 10 mg/ml		A primeira aplicação deve, idealmente, ocorrer entre o 7º e o 10º dia do ciclo menstrual (contando do início do sangramento). Ver outras instruções no protocolo	29
Noretisterona, enantato 50 mg/mL + estradiol, valerato 5 mg/ml solução injetável		Iniciar no 1º dia do ciclo menstrual (sangramento). Ver outras instruções no protocolo	30
Metronidazol 250 mg (cp)	Vaginose bacteriana, citolítica e tricomoníase	Primeira opção de tratamento: Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x ao dia, por 7 dias. Casos recorrentes: Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2 x dia, por 10 a 14 dias	43, 44, 214
Metronidazol gel vaginal 100mg/g		Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias Casos recorrentes: Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via intravaginal, 1x dia por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com duas aplicações, por 4 a 6 meses	43, 44, 45, 133
Clindamicina 300mg		Segunda opção de tratamento: Clindamicina 300mg, VO, 2x dia, por 7 dias	43
Miconazol creme 2%	Candidíase Vulvovaginal Candidíase do prepúcio/glande	Miconazol creme 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias. OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação via vaginal ao deitar-se, por 14 dias. Segunda opção de tratamento: Fluconazol 150mg, vo, dose única. OU Itraconazol 100 mg, vo, 2 comprimidos, 2x dia, por 1 dia. Casos recorrentes: Miconazol creme 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 14 dias. OU Fluconazol 150mg, vo, 1x ao dia, dias 1, 4 e 7, seguido de terapia de manutenção: Fluconazol 150mg, vo, 1x por semana por 6 meses	44
Nistatina 100.000 UI			
Fluconazol 150mg			
Itraconazol 100 mg			
Penicilina G benzatina	Sífilis primária, secundária e recente (até 2 anos de contato)	Esquema terapêutico: Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo). Esquema alternativo: Doxiciclina 100mg, vo, 12/12 horas por 15 dias. OU Ceftriaxone 1g, IM ou IV, 1x ao dia por 8 a 10 dias	46, 143, 214
Ceftriaxone 1g			46
	Sífilis terciária, Sífilis Latente Tardia	Esquema terapêutico: Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI. Esquema alternativo: Doxiciclina 100mg, VO, 12/12 horas, por 30 dias OU Ceftriaxone 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias	46
Doxiciclina 100mg	Linfogranuloma venéreo	Primeira opção de tratamento: Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 12/12h, por 21 dias Segunda opção de tratamento: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, vo, 1 x por semana por 21 dias (primeira opção para gestantes)	47, 133
		Parcerias sexuais: Parcerias sexuais sintomáticas - tratar com os mesmos do caso índice. Parcerias sexuais assintomáticas - Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x ao dia, por 7 dias	
Azitromicina 500mg (cp)			
Ceftriaxona 500mg	Gonorréia, Clamídia e Cancro mole	Ceftriaxona 500mg, IM, Dose única + Azitromicina 500mg, 2 comprimidos VO, Dose única	46, 47, 48, 133, 214
Aciclovir 200mg (cp)	Herpes vírus genital	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos VO, 3x ao dia, por 7 dias OU 1 comprimido VO, 5x ao dia, por 7 dias - Iniciar o tratamento o mais precocemente possível	48, 133
ATA - ácido tricloroacético a 80%	HPV – Condiloma acuminado	Ácido tricloroacético (ATA) 80%-90% (solução). Uso: Aplicar uma pequena quantidade somente nos condilomas, com um aplicador de algodão adequado ao tamanho das lesões, e deixar secar, quando a lesão esbranquiçar. 1x por semana até 8 a 10 semanas. Se o paciente apresentar dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão, bicarbonato de sódio ou talco	49, 134

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	POSOLOGIA / ORIENTAÇÃO	PG
Doxiciclina 100mg (cp)	Donovanose	Primeira opção: Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 12/12horas, por 21 dias ou até a remissão clínicas das lesões. Segunda opção: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x por semana por pelo menos 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões. OU Ciprofloxacino 500mg, 1 e ½ comprimidos VO, 12/12 horas, por pelo menos 21 dias ou até a cicatrização das lesões (dose total de 750mg). OU Sulfametoxazol- trimetoprima (400/80mg) 2 comprimidos VO 12/12horas, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões. OU Sulfametoxazol- trimetoprima (800/160mg) 1 comprimido VO 12/12horas, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões. Não havendo resposta nos primeiros dias de ciprofloxacina adicionar gentamicina 1mg/kg/dia, EV, 3x dia por 3 semanas ou até a cicatrizção das lesões (avaliação médica)	48, 49
Azitromicina 500mg (cp)			
Ciprofloxacino 500mg (cp)			
Sulfametoxazol + trimetoprima 400 mg+80 mg (cp)			
Ceftriaxona 500mg	Doença inflamatória pélvica	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única. + Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x ao dia por 14 dias. + Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x ao dia por 14 dias.	51, 52
Doxiciclina 100mg (cp)			
Metronidazol 250 mg (cp)			
Paracetamol 500 mg (cp), 200 mg/ml (gts)	Mastalgia	Prescrever Paracetamol 500 mg até 6 em 6 horas por 3 a 5 dias OU Ibuprofeno 300 - 600 mg por 3 a 5 dias, solicitar consulta médica se não houver melhora	72
dipirona sódica 500 mg (cp), 500 mg/ml (gts)			
Ibuprofeno 300mg (cp) 50 mg/ml (gts)			
Ácido fólico	Gestação	Ácido fólico - via oral (0,4mg/dia). Prescrição: Ácido fólico - Solução oral (0,2 mg/ml) - Prescrever 40 gotas uma vez ao dia A suplementação de ácido fólico, na dose de 0,4 a 0,8 mg/dia, que deve ser iniciada, pelo menos, um mês antes da concepção para benefício da formação do tubo neural do embrião e, mantida durante toda a gestação	99, 131
Sulfato Ferroso 40 mg de Fe ⁺⁺ (cp)		Hemoglobina normal: Suplementação profilática com ferro elementar 40 mg: 1 comprimido (indicando suplementação diária a partir do conhecimento da gravidez até o final da gestação). Anemia leve a moderada: 200 mg/dia de sulfato ferroso = 40 mg de ferro elementar, prescrever dois comprimidos uma hora antes do café da manhã, dois comprimidos uma hora antes do almoço e um comprimido uma hora antes do jantar	122, 131
Carbonato de Cálcio 1.250mg (cp)		Carbonato de cálcio 1250 mg, dois comprimidos, via oral, de preferência a noite com copo de leite. Iniciar o uso com 16 semanas de gestação e manter até a 36ª semana gestacional.	131
Ácido acetil salicílico (AAS) 100 mg (cp)		Ácido acetil salicílico (AAS) 100 mg, um comprimido, via oral, uma vez ao dia, preferencialmente à noite. Indicado na prevenção para gestantes com risco elevado de desenvolver pré-eclâmpsia, com 1 fator de alto risco ou 2 fatores moderados. Deve ser iniciado a partir da 12ª semana (preferencialmente antes da 16ª semana, mas podendo ser iniciado até a 20ª semana) mantendo-se até a 36ª semana	132
Nitrofurantoína 100 mg (cap)		ITU na gestação	Antibiótico de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes, prescritos por enfermeiras/os: -Nitrofurantoína (100 mg), uma cápsula, de 6/6horas, por 10 dias (evitar após 36a semana de gestação); -Cefalexina (500 mg) uma cápsula, de 6/6horas, por 7 a 10 dias; -Amoxilina-clavulanato (500 mg) uma cápsula de 8/8horas, por 7 a 10 dias. • Obs: Consultar Protocolo de ITU
Cefalexina 500 mg (cap, dra, cp)			
Amoxicilina 500mg + Clavulanato de Potássio 125mg(cap, cp)			
Paracetamol 500 mg (cp), 200 mg/ml (gts)	Dor lombar Dor pélvica Cefaleia	Paracetamol 500mg, de 6/6 horas	132
dipirona sódica 500 mg (cp), 500 mg/ml (gts)	Cefaleia Ingurgitamento mamário	Dipirona 500mg, 6/6horas	132
Butilbrometo de escopolamina 10mg (cp, gts)	Cólicas	Escopolamina solução oral 10 mg/ml frasco: 40 gts 2 vezes ao dia ou comprimido de 10mg	132
Dimenidrinato 25 mg/mL + piridoxina, cloridrato (vit.B6) 5 mg/mL	Náuseas e vômitos	Dimenidrinato 25 mg/mL + piridoxina, cloridrato (vit.B6) 5 mg/mL solução oral gotas - 40 gotas até 6/6h - (Não exceder 400 mg/dia). Risco B. Metoclopramida 10 mg, de 8/8 horas	132
Hidróxido de alumínio Suspensão Oral 60 mg/ml susp oral(FR 100ml)	Pirose	Hidróxido de alumínio, 10-15 ml (duas colheres de chá a uma colher de sopa) após as refeições e ao deitar-se	132, 172
Nistatina 100.000 UI/ml (suspensão oral)	Candidíase mamária	Prescrever para a puérpera: uso tópico de Nistatina por 14 dias, após cada mamada. Prescrever para a criança: Nistatina solução oral – passar na mucosa oral da criança 1 conta-gotas (1ml) ou 0,5ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias	
Soro fisiológico 0,9%	Congestão nasal Epistaxe	Soro fisiológico nasal com 2 a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezes ao dia ou o suficiente para manter as narinas úmidas	132
Repelente (fr)	Aedes Aegypti	Prevenção de infecções causadas pelo Aedes Aegypti (chikungunya, Zika, dengue, febre amarela). Aplicar nas áreas expostas do corpo, pelo menos 2 vezes ao dia, ou sempre que necessário, conforme orientações do fabricante	132
Estriol 1mg/g	Climatério	Terapia de reposição hormonal (tópico vulvovaginal). Prescrever medicamento alopático: Estriol 1mg/g creme vaginal: 0,5g/dia inserido 2x/dia por 14 dias e, depois, 2x/semana por até 3 meses. Verificar níveis pressóricos trimestralmente e atentar para as alterações	193
>> SAUDE DO IDOSO			
Espironolactona 25mg ou 100mg	Hipertensão Arterial	Durante a consulta de enfermagem ao hipertenso, poderão ser prescritas as medicações anti-hipertensivas contidas na REMUME dando continuidade ao plano terapêutico proposto a este usuário já iniciado pelo médico. Obs: Considerando o parecer do COREN 058/2013, na rede da Atenção Básica SMSSP, o Enfermeiro, através da Consulta de Enfermagem, após a avaliação, poderá realizar a prescrição de medicamentos de uso contínuo até a próxima consulta médica, não ultrapassando 180 dias conforme PORTARIA Nº 338/2014-SMS.G	44
Hidroclorotiazida 25mg			
Atenolol 50mg			
Propranolol 40mg			
Captopril 25mg			
Enalapril 5mg ou 20mg			
Isossorbida 20mg			
Anlodipino 5mg ou 10mg			
Nifedipino 20mg			
Losartana 50mg			
Glibenclamida 5mg	Diabetes Melitus	De acordo com a página 70 do protocolo de enfermagem de saúde do adulto: durante a consulta de enfermagem poderá ser prescrito as medicações antidiabéticas, COM EXCEÇÃO DA INSULINA, contidas na REMUME dando continuidade assim ao plano terapêutico proposto a este usuário. Período máximo de até 180 dias	44
Glicazida 60mg			
Metformina 500mg ou 850mg			
Paracetamol 200 mg/ml ou 500 mg/cp	Manejo da dor	A cada 4/4 horas ou 6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500 1000 mg/dose. (máximo de 4g/dia)	44
Dipirona solução gts 500 mg/ml ou 500 mg/cp		6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500-1000 mg VO (máx 4g/dia)	
Ibuprofeno (300mg/cp ou 50mg/ml)		Até 600mg VO até 8/8h. Dose máxima: 2.400 mg/dia	

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	POSOLOGIA / ORIENTAÇÃO	PG
Oxido de zinco 150mg/g + vitamina a 5000ui/g + Vitamina d 900ui/g pomada bisnaga 45g	Dermatite amoniacal/ Dermatite das fraldas/ Dermatite Associada a Incontinência (DAI)	Aplicar após cada troca de fralda ou quando necessário	44
Nistatina 100.000 UI bisnaga		Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada após cada troca de fralda por 5 dias. Aplicar apenas na presença de infecções por Cândida	
Miconazol, nitrato de 2% creme, mínimo 20g		Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada, 2x/dia (pela manhã e à noite), por 7 a 14 dias. Aplicar apenas na presença de infecções por Cândida. Não deve ser utilizado por períodos maiores que duas semanas	45
Cetoconazol 2% creme (20mg/g) bisnaga 30g		Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada, 2x/dia (pela manhã e à noite), por 7 a 14 dias. Aplicar apenas na presença de infecções por Cândida. Não deve ser utilizado por períodos maiores que duas semanas	
Dexametasona, acetato 0,1% (1mg/g) Creme bisnaga 10g.		Aplicar uma fina camada do produto sobre a área a ser tratada, 1 ou 2 vezes por dia No máximo duas vezes por dia, a fim de aliviar a inflamação. Usar com cautela e orientação aos familiares vigorosa para não ultrapassar o tempo recomendado. A absorção pela pele pode resultar em efeitos adversos mais graves (semelhantes aos de corticosteroide administrado por via sistêmica)	
Óleo mineral puro fr 100ml.	Constipação	Adulto: 15 ml à noite e outra dosagem no dia seguinte ao despertar. Caso não obtenha êxito, aumente a dosagem para 30 ml (2 colheres de sopa) à noite e 15 ml pela manhã. Atenção pode causar: Pneumonia lipídica, má absorção de vitaminas lipossolúveis, desidratação, incontinência fecal	45
Sais Para Reidratação Oral (Envelope 27,9g)	Tontura e Vertigem (hipotensão Postural)	Dissolver o conteúdo do envelope em um litro de água filtrada ou fervida. Administrar 100 a 150ml por quilo de peso corporal em período de 4 a 6 horas	45
Permetrina 5 % tópico loção	Escabiose	Aplicar a loção do pescoço para baixo, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés, regiões interdigitais, periumbilical, genital (não aplicar em área de mucosa) e áreas sob as unhas; Remover a loção após 8-14 horas tomando banho. Repetir a aplicação após 7 a 10 dias; Examinar e tratar pessoas em contato próximo com o paciente; Prurido residual pode permanecer por 2 a 4 semanas após o tratamento	45
Ivermectina 6mg comprimido	Escabiose e Pediculose	Dose de 200 mcg/kg; Repetir a dose oral única em 7 a 10 dias; Orientar que o medicamento deve ser ingerido com água, e não necessita jejum. Atendar para cálculo de doses conforme protocolo	46
Permetrina 1% tópico loção	Pediculose	Aplicar no couro cabeludo especialmente retroauricular e nuca, deixar por 5-10 minutos e enxaguar com água morna posteriormente. Repetir o procedimento após 7 dias. Examinar e tratar pessoas com contato próximo aos pacientes.	46
Miconazol, nitrato de 2% creme, mínimo 20g	Tinea corporis (impinge) e Tinea pedis (pé-de-atleta ou frieira)	Aplicar em toda área afetada 2x (pela manhã e à noite) ao dia por 7 a 14 dias O produto não deve ser usado por pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Não deve ser utilizado na região dos olhos. Se lesões extensas, pode ser necessário uso de antifúngico sistêmico. Encaminhar ao médico	46
Albendazol 400mg	Ascariíase, Ancilostomíase, Enterobiase ou Oxiuríase	1 comprimido ao dia, por 3 dias	46
	Teníase, Tricuríase	1 comprimido ao dia, por 5 dias	
	Giardiase	Tratamento de um dia, repetido após 7 dias	
Estríol 1mg/g (0,1%) creme ginecológico bisnaga 50g + aplicador	Ressecamento vaginal	Inserir 0,5g por dia de creme vaginal por 21 dias e repetir a conduta se necessário (tempo máximo de tratamento por até 3 meses) Para mulheres na menopausa com infecção urinária de repetição, pode ser prescrito na persistência de sintomatologia, encaminhar ao médico	46
Mikania glomerata spreng (guaco) solucao oral 0,02 a 5 mg de cumarina	Tosse persistente e tosse com expectoração	Oral: Adultos - 15 ml 3x/dia por 7 dias. Contra-Indicações: Hepatopatias, pois o uso crônico pode causar aumento do tempo de protrombina. Não usar durante a gestação, lactação e para menores de 18 anos. Não usar por mais de 15 dias consecutivos, o tratamento pode ser repetido, se necessário, após intervalo de 5 dias. Não utilizar em caso de tratamento com anti-inflamatórios não esteroidais nem simultaneamente a anticoagulantes (cumarinas reduzem a coagulação sanguínea)	47
Maytenus ilicifolia (espinheira santa) taninos totais 13 mg a 20 mg (cp)	Má digestão e como coadjuvante no tratamento de úlcera do estômago e duodeno	Uso oral - dose mínima: 1 cp VO 2x/dia. Dose máxima: 2 cp 3x/dia. Contraindicações/advertências: O uso é contraindicado para menores de 18 anos, durante a gestação e lactação, por reduzir a produção do leite materno e poder provocar contrações uterinas. Se uso contínuo administrar por 3 meses e fazer pausa de 1 mês	47
Harpagophytum procumbens (garra do diabo) harpagosideo 5 mg ou 50 mg (cp)	Artrite, artrose, e tratamento de dor lombar baixa	Uso oral 3 vezes ao dia Respeitando-se a dose diária de 30 a 100 mg de harpagosídeo (RENAME/2024 e IN n.02/2014 – ANVISA). Contraindicações/advertências: O uso é contraindicado durante a gestação, lactação e para pessoas portadoras de úlcera gástrica ou duodenal, ou que apresentem doenças cardiovasculares, assim como para menores de 18 anos de idade. Evitar o uso juntamente com anticoagulantes	47
Glycine max (L.) Merr. Isoflavonas da Soja Isoflavonas Totais: minimo de 50 mg (cp)	Climatério	Coadjuvante no alívio dos sintomas do climatério: redução da frequência e da intensidade da sensação de calor no corpo, rosto (fogachos) e crises de suor noturno Uso oral utilizar uma vez ao dia, respeitando-se a dose diária de 50 a 120 mg de isoflavonas (RENAME/2024 e IN n.02/2014 – ANVISA). Se uso contínuo administrar por 3 meses e fazer pausa de 1 mês	47
Valeriana officinalis sesquiterpenos 0,8 mg a 3,5 mg (cp)	Sedativo moderado	Sedativo moderado, como agente promotor do sono e no tratamento de distúrbios do sono associados à ansiedade Uso oral - Ansiolítico leve – Utilizar a noite, pelo menos 1 hora antes de dormir, respeitando-se a dose diária de 1 a 7,5 mg de sesquiterpenos (IN n.02/2014 – ANVISA). Início do efeito em 2 semanas. Tratamento mínimo 4 semanas	47
Cynara scolymus l. (alcachofra) derivados de ácido cafeoilquinico 24 a 48mg (cp/cap)	Alivia desconforto gástrico	Para facilitar a digestão e aliviar o desconforto abdominal. Gases e náuseas resultantes de deficiência na produção e eliminação da bile. E auxilia na diminuição do colesterol presente no sangue. Uso oral: utilizar conforme a dose diária de 24 a 48 mg de derivados de ácido cafeoilquinico expressos em ácido clorogênico em até 3 doses ao dia. A duração do tratamento para a indicação como colerético/colagogo é de 2 semanas A duração de tratamento para a indicação como hipocolesterolemia auxiliar é de 06 a 12 semanas. Uso contraindicado para pessoas portadoras de cálculos biliares, obstrução dos ductos biliares, colangite ou hepatopatias. Não usar em caso de tratamento com anticoagulantes	48

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	POSOLOGIA / ORIENTAÇÃO	PG
>> SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE			
Vitaminas A e D	Medida profilática	Suplementar a partir do 7º dia de vida, 2 (duas) gotas por boca, ao dia, até a criança completar dois anos de idade e 3 (três) gotas entre dois e três anos de idade, como medida profilática	69
Sulfato Ferroso - solução oral 25 mg/ml (1,25 mg/gota)	Medida profilática anemia ferropriva	Criança Termo: Recém-nascidos a termo, peso adequado para idade gestacional, independente do tipo de alimentação prescrever 1 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 90 dias de vida até o 24º mês de vida. Recém-nascidos a termo com peso inferior a 2.500g prescrever 2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano. Recém-nascidos prematuros com peso superior a 1.500g prescrever 2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano. Recém-nascidos prematuros com peso entre 1.500 e 1.000g prescrever 3 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano. Recém-nascidos prematuros com peso inferior a 1.000 g 4 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano. Recém-nascidos prematuros que receberam mais de 100 mL de concentrado de hemácias durante a internação devem ser avaliados individualmente pois podem não necessitar de suplementação de ferro com 30 dias de vida, mas sim posteriormente	68, 69
Sulfato Ferroso 125 mg/mL (equivalente a 25 mg/mL de Fe++) solução oral gotas	Anemia	3 a 6mg ferro elementar/kg/dia por 6 meses ou até reposição dos estoques corporais confirmados pela normalização da Hb, VCM, HCM, ferro sérico, saturação da transferrina e ferritina sérica. Administrar trinta minutos antes das refeições, associado a sucos ricos em vitamina C e escovar os dentes em seguida	112
Miconazol 20mg/g (2%) creme	Tinea Pedis (Pé-de atleta ou frieira)	Aplicar uma quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada duas vezes ao dia por 7 a 14 dias	76
Paracetamol 200 mg/ml ou 500 mg/cp ou Dipirona solução gotas 500 mg/ml ou 500 mg/cp ou Ibuprofeno 50mg/ml.	Doença mão-pé-boca	Paracetamol 200 mg/ml ou 500 mg/cp - 1 gota/kg a cada 4/4 horas ou 6/6 horas a depender da frequência da dor. Crianças: 10-15 mg/kg/dose (máximo de 5 doses ao dia) - Obs: (máximo de 4g/dia). OU Dipirona solução gotas 500 mg/ml ou 500 mg/cp - 1 gota/kg de 6/6 horas a depender da frequência da dor. Crianças >meses: lactentes 10 mg/kg/dose e pré-escolares 15 mg/kg/dose - Obs: (máximo de 4g/dia). OU Ibuprofeno 50mg/ml - 1 gota/kg de 6 em 6 horas (Crianças acima de 6 meses)	77
Miconazol 20mg/g (2%) creme	Tinea Corporis (Impinge)	Aplicar uma quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada duas vezes ao dia por 7 a 14 dias	78
	Miliária	Enxaguar a criança após o banho com: 1 litro de água com 2 colheres (sopa) de amido de milho 3 vezes ao dia; ou aplicar o amido de milho diretamente na pele como se fosse talco; ou aplicar pasta d'água 3 vezes ao dia após o banho caso sejam das formas rubra e/ou profunda	78
Cetoconazol tópico (2%) ou Miconazol 20mg/g (2%) creme	Pitíriase Vesicolor	Cetoconazol tópico (2%) - Aplicar em todo pescoço, tronco, braços e pernas, uma ou duas vezes ao dia por 2 semanas. OU Miconazol 20mg/g (2%) creme - Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada e ultrapassar a lesão, duas vezes ao dia, de 7 a 14 dias	79
	Pitíriase Alba	Aconselhar evitar o uso de sabonetes e outros produtos perfumados ou roupas que possam irritar a pele. Recomendar o uso diário de protetor solar de amplo espectro nas áreas expostas ao sol para prevenir o agravamento das lesões e evitar a hiperpigmentação pós-inflamatória. Recomendar hidratação e umectação da pele com cremes emolientes	
Albendazol 40mg/mL Suspensão oral	Larva Migrans	Crianças com 1 a 2 anos de idade prescrever 200mg VO, uma vez ao dia por 3 dias e Crianças acima de 2 anos de idade e adultos 400mg VO por 3 dias	80
Cefalexina 50mg/mL suspensão oral (mg/kg/dia)	Impetigo	Cefalexina 50mg/mL suspensão oral (mg/kg/dia) de 6 em 6 horas por 7 dias. - Multiplique o peso em kg por 50 mg/ml, divida por 4 e novamente por 50 mg/ml. O resultado será a dose em ml a cada 6 horas	80
Ivermectina 6mg comprimido: Dose de 200 mcg/kg; única	Tungíase (Bicho do pé)	Se atentar para cálculo de dosagem conforme protocolo	81
Permetrina 5% (creme/loção)	Escabiose	> de 2 anos. Dose única a noite. Deixar agir por 8 a 12 horas. Repetir em 7 dias	81
Ivermectina 6mg comprimido		Dose de 200 mcg/kg; • Repetir a dose oral única em 7 a 10 dias; se atentar a cálculo de dose	82
Permetrina 1% (loção capilar)		> de 2 anos. Aplicar no couro cabeludo por 10 min. e enxaguar. Repetir em 7 dias	83
Ivermectina 6mg comprimido: Dose de 200 mcg/kg; única		Se atentar para cálculo de dose, repetir a dose oral única em 7 a 10 dias	83
Aplicar ATA 80%.	Verruga Vulgar (Comuns):	Compartilhar cuidado, solicitando avaliação médica. Tratamento medicamentoso: Aplicar ATA 80%. Repetir de 7-10 dias por até 8 semanas. Procurar isolar a verruga para aplicação a fim de evitar contato com a pele íntegra; uma possibilidade é o isolamento da mesma com o auxílio de esparadrapo	84
óleo mineral frasco (ou vaselina)	Dermatite seborreica	Passar no couro cabeludo, deixar por 1h e retirar delicadamente com escova fina	53
Nitrato de Miconazol 20 mg/g (creme)*	Dermatite Monília/Cândida	Após cada troca de fralda por 7-10 dias *(prescrever o disponível na REMUME)	85
Nistatina 100.000 UI bisnaga		Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada após cada troca de fralda por 5 dias.	
Cetoconazol 20mg/g (2%) creme		Cetoconazol 20mg/g (2%) creme - Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada, 2x/dia (pela manhã e à noite), por 7 a 14 dias. Não exceder 2 semanas de tratamento.	
Óxido de zinco 150 a 250 mg/g + retinol (vit.A) + colecalciferol (pomada)	Dermatite Amoniacal	Após cada troca de fralda e quando necessário	86
Óleo mineral ou de amêndoas	Dermatite Seborreica	Aplicar óleo mineral ou de amêndoas na área afetada, deixar agir por 15 minutos, remover delicadamente as crostas com auxílio de uma fralda, pente ou escova macia, lavar bem a pele com sabonete neutro ou xampu infantil para remover todo o óleo e secar bem a pele. • Na permanência por mais de 15 dias ou expansão, compartilhar cuidado com médica(o)	
Óxido de zinco 150 a 250 mg/g + retinol (vit.A) + colecalciferol (pomada)	Intertrigo (Exantema intertriginoso)	Aplicação do amido de milho diretamente sobre a pele ou creme de óxido de zinco com Vitamina A e D	87

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	POSOLOGIA / ORIENTAÇÃO	PG
Sais para Reidratação Oral (pó)	Diarreia Aguda	Diluir em 1L água. Ingerir após evacuação aquosa (Criança Até 4 meses < 6 kg 200 a 400ml, 4 a 11 meses 6 a < 10 kg 400 a 700ml, 12 meses a 2 anos 10 a < 12 kg 700 a 900ml, 2 a 5 anos 12 a 19 kg 900 a 1.400ml)	92
Mebendazol 20mg/kg Albendazol 400mg	Ascariíase	Acima de 10 kg Acima de 2 anos 100 mg (5mL) 1x/dia por 3 dias- 1cp ou 10 ml V.O/ dose única. Repetir após 3 semanas	97
Albendazol 400mg	Tricocefalias	Acima de 2 anos 10 mL em dose única ou 1 cp V.O, 1x ao dia por 3-7 dias Efeitos colaterais: dor abdominal, cefaleia, diarreia, náuseas e vômitos	97
Mebendazol 100 mg	Ancilostomias	Acima de 10 kg 1x/dia por 3 dias. Repetir em 3 semanas.	97
Mebendazol 100mg	Enterongiloidíase ou oxiuríase	Dose para todas as crianças independente do peso e da idade 1x/dia, dose única repetir em 2 semanas. Tratar todas as crianças da casa	97
Albendazol 400mg	Estrongiloidíase	Acima de 2 anos V.O, 2x/dia 10 a 14 dias 4 dias. Tratar todas as crianças da casa	97
Mebendazol 20 mg/ml ou Albendazol 400 mg	Teníase	Acima de 2 anos 10 mL 2x/dia por 3 dias- 1 cp V.O dose única. Tratar todas as crianças da casa	97
Metronidazol	Giardiíase	Acima de 2 anos 15 mg/kg/dia (máximo 250 mg) V.O 2x/dia por 5 dias	97
Metronidazol não exceder 750 mg/dose	Amebíase	Acima de 2 anos 35 mg/kg/dia 3x/dia nos casos das leves por 5 dias. Extraintestinal ou sintomática 50mg/kg/dia por 10 dias	97
Mikania glomerata (Guaco) xarope 0,25mg/ml	Tosse	Cloreto de Sódio Solução Nasal 9 mg/ml (0,5 a 3 ml de 4 a 6 vezes ao dia) em cada narina, de preferência antes das mamadas e refeições e antes de dormir; Mikania glomerata (Guaco) xarope 0,25mg/ml: Crianças de 3 a 5 anos – 5ml, 3 vezes ao dia Crianças > 5 anos – 7,5ml, 3 vezes ao dia. Se atentar as contraindicações	104, 106
Paracetamol 200mg/ml	Dor, aguda Dor em região dos seios paranasais, Dor de cabeça, Febre, dor de ouvido	1gota/Kg de 6 em 6 horas 03 dias	104, 108, 110
Ibuprofeno 50mg/ml	Febre, dor de ouvido	1 gota/kg 6/6hrs (Menor de 03 meses ou em qualquer idade temperatura acima de 39, encaminhar para consulta médica)	108, 110
Dipirona 500mg/ml		1 gota/Kg ou 10 a 15mg/Kg Intervalo mínimo de 6h para crianças >3 anos, por até 03 dias. Checar alergia medicamentosa da criança. Compartilhar o cuidado com o médico	104
Paracetamol 200 mg/ml ou 500 mg/cp	Dor de garganta, dor de ouvido	A cada 4/4 horas ou 6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500-1000 mg/dose Crianças: 10-15 mg/kg/dose (máximo de 5 doses ao dia) - Obs: (máximo de 4g/dia). Retorno em 24/48h em caso de piora dos sintomas	106, 110
Dipirona solução gotas 500 mg/ml ou 500 mg/cp	Febre, Dor de ouvido	6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500-1000 mg VO Crianças >meses: lactentes 10 mg/kg/dose // pré-escolares 15 mg/kg/dose - Obs: (máximo de 4g/dia)	106, 110, 111
Nistatina suspensão oral 100.000UI/mL	Monilíase oral	Prescrever 1,0 ml na mucosa oral quatro vezes ao dia por sete dias, colocar uma metade da dose em cada lado da boca. Manter o esquema por dois dias, no mínimo, após o desaparecimento dos sintomas	151
Penicilina G benzatina	Sífilis	Adultos e adolescentes com mais de 45 kg: 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo). Crianças e adolescentes com menos de 45 kg 50.000 UI/kg, IM. Como profilaxia e em caso de sífilis recente, deve ser prescrito em dose única	237
Ceftriaxona + Azitromicina	Infecção por N. Gonorrhoeae e C. Trachomatis	Adultos e adolescentes com mais de 45 kg: 500mg, 1 frascoampola, IM, dose única + 500mg, 2 comprimidos de 250 mg, VO, dose única. Crianças e adolescentes com menos de 45 kg:125 mg, IM, dose única + 20mg/kg, VO, dose única	
Metronidazol	Tricomoniase	Adultos e adolescentes com mais de 45 kg: 500 mg, 2 comprimidos de 250mg, Via oral, dose única 15mg/kg/dia, divididos a cada 8 horas, por 7 dias. Não deve ser prescrito no primeiro trimestre de gestação. Seu uso deverá ser postergado em caso de uso de contracepção de urgência ou ARV	

Extraído de Protocolos de Enfermagem 5ª edição revisada (2024/2025). https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/349991.

Portaria SMS.G nº 440 de 2023, que normatiza a prescrição e a dispensação de medicamentos no âmbito dos estabelecimentos pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) sob gestão municipal e regulamenta o enfermeiro dentre os prescritores.

<https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-440-de-18-de-julho-de-2023>.

REMUME- Relação Municipal de Medicamentos. https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/218750

NOTA: Este material é documento auxiliar sujeito a alterações, portanto, em hipótese alguma substitui a consulta aos protocolos de enfermagem.

Material elaborado pela Enfa. Esp. Tatiana Lucena, sob supervisão do Enf. Prof. Dr. Abel Meneses