

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Bruna Xavier Faria de Alvarenga

**ESTATINAS PARA PREVENÇÃO PRIMÉRIA E SECUNDÁRIA NA POPULAÇÃO
ADSCRITA À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
MARIA HELENA DO MUNICÍPIO DE RIBEIRAÃO DAS NEVES: Projeto de
intervenção**

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2020

Bruna Xavier Faria de Alvarenga

**ESTATINAS PARA PREVENÇÃO PRIMÉRIA E SECUNDÁRIA NA POPULAÇÃO
ADSCRITA À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
MARIA HELENA DO MUNICÍPIO DE RIBEIRAÃO DAS NEVES: Projeto de
intervenção**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, como
requisito parcial para obtenção do Certificado
de Especialista.
Orientadora: Dra. Lilianny Mara Silva Carvalho

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2020

Bruna Xavier Faria de Alvarenga

**ESTATINAS PARA PREVENÇÃO PRIMÉRIA E SECUNDÁRIA NA POPULAÇÃO
ADSCRITA À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
MARIA HELENA DO MUNICÍPIO DE RIBEIRAÃO DAS NEVES: Projeto de
intervenção**

Banca examinadora

Professor (a): Dra. Lilianny Mara Silva Carvalho

Professora –Ms. Maria Dolôres Soares Madureira- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em – de ----- de 2020.

Dedico este trabalho à minha equipe de saúde da família no bairro Maria Helena que esteve sempre presente, unida e disposta a superar todos os obstáculos cotidianos a fim de oferecer a melhor assistência à população.

*“A medicina fez, desde há um século, progressos sem parar,
inventando aos milhares doenças novas.”*

Louis Scutenaire

RESUMO

As estatinas são medicamentos usados para redução nos níveis de colesterol séricos, pois são capazes de reduzir a síntese dessa substância, elas são utilizadas para prevenção e tratamento da aterosclerose e doenças cardiovasculares, pois reduzem a inflamação arterial e o desenvolvimento de placas ateromatosas. Na Unidade Básica de Saúde Maria Helena localizada na cidade de Ribeirão das Neves em Minas Gerais, muitos pacientes da unidade tomam essa classe de medicamentos cronicamente, sem que esteja clara a indicação. Diante dessa realidade este trabalho teve o objetivo de verificar a necessidade de rever a medicação de pacientes que utilizam estatinas com intenção puramente hipolipemiantes em observação das recomendações atuais para a prevenção de doenças cardiovasculares. Para isso, inicialmente foi feito um diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida, o que tornou possível a coleta de informações e priorização dos problemas. Depois, fez-se uma revisão de literatura acerca do tema tratado na Biblioteca Virtual em Saúde. A seguir, foi proposto um plano de ação para intervenção do problema na comunidade, seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional, assim foram levantados os seguintes nós críticos: Falta de entendimento da população acerca da importância da prevenção de saúde e não apenas medicalização; falta de implementação de mudança de estilo de vida da população e falta de atualização acerca das atuais recomendações para uso de estatinas. Por meio desses nós críticos foram criadas ações estratégicas para intervenção, monitoramento e controle do problema levantado. Espera-se com as estratégias propostas uma reavaliação das terapêuticas no concernente à abordagem de dislipidemias e prevenção cardiovascular da população assistida na unidade de saúde, com intuito de redução da polifarmácia, risco de iatrogenia e adequação do uso de estatinas de forma individual em acordo com risco cardiovascular e perfil de possíveis efeitos colaterais.

Palavras-chave: Estatinas. Prevenção Primária. Atenção Primária à Saúde. Dislipidemia..

ABSTRACT

Statins are drugs used to reduce serum cholesterol levels, as they are able to reduce the synthesis of this substance, they are used to prevent and treat atherosclerosis, as they reduce arterial inflammation and the development of atheromatous plaques. At the Maria Helena Basic Health Unit located in the city of Ribeirão das Neves in Minas Gerais, many patients at the unit take this class of medication chronically, without the indication being clear. In view of this reality, there was a need to review the medication of patients using statins with purely lipid-lowering intentions in observance of current recommendations for the prevention of cardiovascular diseases. For this, initially a situational diagnosis was made by the method of rapid estimation, which made it possible to collect information and prioritize problems. Then, there was a literature review on the topic addressed in the Virtual Health Library. Next, an action plan was proposed for intervention of the problem in the community, following the Situational Strategic Planning method, thus raising the following critical nodes : Lack of understanding by the population about the importance of health prevention and not just medicalization; lack of implementation of change in the population's lifestyle and lack of updating on current recommendations for the use of statins. Through these critical nodes, strategic actions were created to intervene, monitor and control the problem raised. With the proposed strategies, it is expected that a reevaluation of therapies regarding the approach of dyslipidemias and cardiovascular prevention of the population assisted in the health unit, with the aim of reducing polypharmacy, risk of iatrogenesis and adequacy of the use of statins individually in according to cardiovascular risk and profile of possible side effects.

Keywords: Statins. Primary Prevention. Primary Health Care. Dyslipidemia. Ribeirão das Neves.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes comunitárias de saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ARDIP	Ambulatório de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAE	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CEMO	Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
eSF	Equipe de Saúde da Família
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDL	Lipoproteína de alta densidade
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBR	Unidades Básicas de Referência
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Unidade Básica de Saúde Maria Helena, em Ribeirão das Neves, Minas Gerais.....20
- Quadro 2** - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema: uso indiscriminado de estatinas, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Helena, do município Ribeirão da Neves, estado de Minas gerais.32
- Quadro 3** - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema: uso indiscriminado de estatinas, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Helena, do município Ribeirão da Neves, estado de Minas gerais.33
- Quadro 4** - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema: uso indiscriminado de estatinas, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Helena, do município Ribeirão da Neves, estado de Minas gerais.34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município de Ribeirão das Neves	11
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 Aspectos da comunidade.....	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Maria Helena	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Maria Helena	16
1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Maria Helena	17
1.7 O dia a dia da equipe UBS Maria Helena	17
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	18
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	20
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo geral.....	22
3.2 Objetivos específicos	22
4. METODOLOGIA.....	23
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
5.1 Prevenção Primária	24
5.2 Estatinas	24
5.3 Uso de estatinas para Prevenção Primária.....	25
5.4 Polifarmácia	27
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	30
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	31
6.4 Desenho das operações (sexto passo).....	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERENCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Ribeirão das Neves

Ribeirão das Neves é uma cidade com 296.317 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do censo de 2010. Está localizada no estado de Minas Gerais, fazendo parte da região metropolitana de Belo Horizonte, capital do estado. Possui uma área territorial de 155.105 km². Apresenta características de uma cidade dormitório, uma vez que a maior parte da população trabalha na capital ou cidades vizinhas. O município é dividido em cinco regiões, sendo Justinópolis e central as mais desenvolvidas, em virtude das atividades de comércio. Cabe ressaltar ainda a presença de um complexo penitenciário com 06 unidades prisionais e um Centro Sócio Educativo na cidade que, certamente influenciaram na construção demográfica do município.

No processo de formação da cidade de Ribeirão das Neves, a ocupação da região de Justinópolis ocorreu sob influência da periferação de Belo Horizonte e de forma desordenada. Assim como nas demais regiões da cidade, a população é majoritariamente composta por indivíduos de baixa renda que trabalham em municípios vizinhos. Muitas ruas do bairro não são pavimentadas, o que dificulta de forma importante o acesso de transporte público e até mesmo sanitário.

As primeiras referências sobre a cidade datam do início do século XVIII o qual denominava-se Matas de Bento Pires. O nome da cidade foi criado após a construção da capela dedicada à Nossa Senhora da Neves, posteriormente designada padroeira da cidade. O crescimento populacional foi impulsionado em 1927 após a construção da penitenciária agrícola pelo governo do estado que comprou a fazenda das Neves onde se localizava a supracitada capela (IBGE, 2019).

Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, o município encontrava-se na faixa de desenvolvimento humano com pontuação de 0,684. No concernente à educação, a pontuação atribuída seria 0,591, alocando o município na posição trecentésima vigésima terceira do ranking estadual, dados de 2010. De acordo com o IBGE, no mesmo ano, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 96,5% e o

município ocupa a seiscentésima quadragésima nona posição dentre os 853 municípios no estado de Minas Gerais (IBGE, 2019).

Em 2018, o salário médio mensal era de 2 salários mínimos e a proporção de habitantes com ocupações formais era de apenas 8,7%, figurando então a posição seiscentésima octogésima quinta na comparação com outros municípios do estado. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita em 2017 foi de 11.723,14 (IBGE, 2019).

O município apresenta um território de 155.105 Km², com 74,3 % dos domicílios com esgotamento sanitário adequado, estando na posição de número duzentos e oitenta e nove no ranking estadual e na mil cento e noventa e um no nacional.

Em relação à saúde, nota-se grande rotatividade de profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em parte devido à falta de incentivos para permanência e também devido à falta de recursos para o trabalho. A taxa de mortalidade média infantil, um dos principais indicadores de saúde é de 7,45 óbitos por mil nascidos vivos, já a taxa de internação por diarreia é de 0,2 internações por mil habitantes, o município contava com 76 estabelecimentos de saúde em 2009 (IBGE, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde

No que tange à saúde no município de Ribeirão das Neves, em relação à atenção primária, as equipes de saúde da família (eSF) estão instaladas em UBS e mantém contato com Unidades Básicas de Referência (UBR), onde são oferecidos atendimentos nas áreas de pediatria e ginecologia, além de contarem com clínicos de apoio que são responsáveis pelo atendimento da população não cadastrada nas eSF. Ao todo são cinquenta e cinco eSF e cinco UBR, uma em cada região sanitária.

Quanto à atenção secundária tem-se o Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas (CEMO), três unidades ambulatoriais de atendimento em saúde mental que funcionam como apoio matricial, um Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CEAE), um Ambulatório de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias (ARDIP), uma clínica de reabilitação, uma clínica oftalmológica e um laboratório municipal.

Para os atendimentos de condições de urgência e emergência existem as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), denominadas Joanico Cirilo de Abreu e Acrízio Menezes, um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i), um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS AD) e um Núcleo de Atenção Psicossocial. Além disso, o município dispõe do Hospital Municipal São Judas Tadeu, que presta serviços de pronto atendimento para condições clínicas, ginecológicas, obstétricas, traumatológicas e também demandas eletivas, neste estabelecimento encontra-se a maternidade de referência municipal para assistência ao parto de baixo risco.

A assistência farmacêutica responde pela distribuição de medicamentos básicos para as 55 eSF e 5 UBR, as quais contam com maior elenco de medicamentos, ou seja, para além daqueles estipulados no elenco básico, em virtude da presença diária de um profissional farmacêutico que proporciona atendimento visando uso racional de medicamentos. A atual Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) conta com aproximadamente 400 itens que são periodicamente revisados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica do município. A não informatização das farmácias dificulta a identificação dos estoques em tempo real dos estabelecimentos.

A rede de atenção psicossocial de Ribeirão das Neves é composta por seis dispositivos, sendo três unidades voltadas para o atendimento de urgência conforme supracitado, sendo os outros três serviços: Acolher, Claramente e Veredas, que oferecem atendimento em parceria com as eSF através do apoio matricial realizado mensalmente em cada unidade básica.

O objetivo da linha em cuidado em saúde bucal é realizar um incremento da condição odontológica da população municipal com ênfase aos grupos de maior vulnerabilidade. O Programa de Saúde Bucal de Ribeirão das Neves está estruturado em 6 equipes compostas por 1 cirurgião-dentista, 1 técnico em saúde bucal e 1 auxiliar em saúde bucal, que estão alocadas em eSF distribuídas nas 5 regiões sanitárias. O programa conta ainda com um Centro de Especialidades Odontológicas onde são realizados os procedimentos cirúrgicos e um consultório odontológico para atendimento de urgências na (UPA) Joanico Cirilo de Abreu.

A transferência de cuidados entre os pontos de atenção é feita através de contato telefônico. Pacientes que procuram atendimento na UBS, mas têm indicação para internação ou realização de exames de urgência, são encaminhados à UPA-que, por sua vez, pode solicitar vaga ao nível terciário, se necessário.

De maneira inversa, os pacientes que recebem alta hospitalar e necessitam de acompanhamento são comunicados à equipe de saúde da família, este canal de transferência de cuidados ainda não está completamente estabelecido e apresenta algumas falhas de comunicação. Através da Programação Pactuada Integrada (PPI), estabelecida pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado de Minas Gerais, algumas consultas de especialidades, procedimentos cirúrgicos ou exames de alto custo são realizados no município vizinho e capital, Belo Horizonte. As vagas são ofertadas após elaboração de lista e formulário com informação embasando a necessidade de realização do procedimento.

O município conta com três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuando em duas das cinco regiões sanitárias, a equipe é multiprofissional, formada por psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educador físico, assistente social e farmacêutico, estes profissionais têm a missão de ser suporte às equipes ampliando sua abrangência e resolutividade. A UBS Maria Helena não conta com este apoio, porém existe uma profissional fisioterapeuta que reveza atendimento em 8 UBS conforme os dias da semana, neste turno de atendimento são realizadas consultas individuais e acompanhamento em grupo de atividade física. Os exercícios visam o fortalecimento muscular e ganho de flexibilidade com intuito principal de melhora da qualidade de vida, não se trata de uma atividade destinada à reabilitação.

Em relação ao modelo de atenção, observa-se ainda prevalência do modelo biomédico, porém em transição para o modelo preventivista, sobretudo através das ações de promoção e educação em saúde realizada pela atenção básica.

1.3 Aspectos da comunidade

O bairro Maria Helena, onde se localiza a UBS de mesmo nome, possui seis igrejas, uma católica e cinco protestantes, importantes para a região, pois oferecem atividades com

ampla participação da comunidade, como aulas de dança, teatro e música, dentro da temática de cada instituição. Existem duas creches, uma municipal e outra particular, além de duas escolas públicas, uma estadual e uma municipal. Como opção de lazer existe o clube Topázio, com piscinas, atividades esportivas e festivas, porém restrito aos associados e convidados. Não existe ainda atuação de sindicato ou organização não governamental (ONG) na região.

Trata-se de uma população de maneira geral simples e receptiva, que preserva hábitos interioranos como criação de animais para consumo próprio e manutenção de pequenas plantações e hortas de quintal. Mantém uma relação de intensa pessoalidade com a equipe, fruto de trabalho consistente e contínuo ao longo dos anos na UBS. Apresentam assiduidade satisfatória nos agendamentos de consultas individuais e planejamento de grupos.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Maria Helena

A estrutura física da unidade é uma casa antiga, alugada por um munícipe e adaptada para a função. Na entrada foi construída uma rampa de acesso para facilitar a mobilidade das pessoas com deficiência; porém, o espaço da recepção é pequeno e geralmente nessa rampa forma-se uma fila para atendimento no primeiro turno do dia. Não existe nenhum espaço para realização de reuniões ou grupos, estas atividades são realizadas em salas de aulas de um colégio municipal localizado na mesma rua da unidade.

Existe um grande problema em relação à privacidade dos atendimentos, uma vez que a janela do consultório médico está na parede estrutural do imóvel que divide a residência com outro domicílio, isto é, o sigilo médico é gravemente ameaçado, situação semelhante é observada no consultório de enfermagem onde a janela permite visualização e disseminação de sons para a rampa de acesso da unidade, onde comumente forma-se uma fila durante o acolhimento matinal. As janelas não possuem cortinas, como tentativa de atenuar a situação são fechadas durante o atendimento, contudo a circulação de ar fica muito prejudicada impedindo que permaneça desta forma durante toda a rotina laboral.

Não há na unidade nenhum espaço para um atendimento ocasional de uma situação de emergência ou observação. Foi colocada uma maca dentro da farmácia, ela é utilizada quando algum paciente precisa aguardar remoção ou ser medicado, porém é um ambiente com iluminação ruim e inapropriado para este tipo de assistência.

Todo atendimento da unidade é manuscrito; a não informatização dos prontuários dificulta muito o trabalho de gestão de cuidado da equipe, além dos riscos de extravio ou perda de documentos de saúde. A busca de informações para formulação de estratégias de intervenção torna-se muito laboriosa com a ausência de informatização.

A ficha de produção diária de atendimentos é enviada via malote semanalmente para a secretaria municipal, através do consolidado mensal é possível verificar que a maior demanda se concentra em acompanhamento de condições clínicas crônicas como diabetes e hipertensão arterial sistêmica, além de atendimentos em saúde mental, saúde da mulher e da criança.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Maria Helena

A equipe de saúde da família está localizada no bairro Maria Helena, na região de Justinópolis. A população tem muita proximidade e confiança com a equipe, com excelente vínculo, inclusive em casos de urgência ou acidentes, a população comumente procura atendimento na UBS, ou mesmo liga para receber informações sobre como proceder.

A equipe de saúde é formada por uma médica especializada em medicina de família e comunidade; por enfermeira com experiência em saúde da família e pós-graduação em urgências, pela técnica de enfermagem e três agentes comunitárias de saúde (ACS). Ao todo as mesmas compreendem um total de 603 (seiscentos e três) famílias cadastradas. Existem três microáreas descobertas na área de abrangência da unidade.

O atendimento na recepção da unidade é realizado pelas próprias ACS em revezamento de turnos. Por fim, conta com a colaboração de uma auxiliar de serviços gerais que vai à unidade em dois dias da semana para realizar a limpeza e conservação do espaço.

1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Maria Helena

A unidade funciona diariamente, das 8 às 17 horas, com a permanência de todos os profissionais nesse período, integralmente. No primeiro turno são realizados os atendimentos agendados e os de demanda espontânea. A unidade não possui computador, sendo utilizado prontuário manual.

O acolhimento ocorre da seguinte forma: o usuário chega à unidade e é recepcionado pela ACS, que retira o prontuário da família e o transfere à técnica de enfermagem, que faz a primeira avaliação e priorização. Em seguida a enfermeira faz o acolhimento da demanda no consultório e define o tipo de atendimento adequado ao caso, desde atendimento de demanda espontânea ou consulta agendada para outra data, até agendamento para grupos.

No período da tarde são realizados atendimentos agendados dos seguintes grupos, considerados prioritários: gestantes, crianças, idosos e portadores de comorbidades crônicas. Os dias de visita domiciliar, matriciamento e grupos, são programados mensalmente, durante a reunião de equipe.

1.7 O dia a dia da equipe UBS Maria Helena

A equipe realiza visitas domiciliares semanalmente, com rodízio entre a equipe técnica, sendo visitada uma média de 5 a 6 pacientes por turno. A enfermeira, a técnica de enfermagem e a médica realizam as visitas acompanhadas pelos ACS, conforme a demanda e a programação de listas de pacientes restritos ao leito e ao domicílio ou pacientes que receberam alta hospitalar recentemente.

Existe um grupo de atividade física fixo às quartas-feiras pela manhã, comandado pela fisioterapeuta, que ocorre em espaço cedido pela escola municipal próxima à unidade.

Mensalmente são realizados os grupos de idosos, gestantes, planejamento familiar e Hiperdia (acompanhamento de hipertensão arterial e diabetes), sendo este último realizado quinzenalmente devido à grande demanda. Existe um projeto, ainda em fase de análise, para realização de aula de artes marciais semanalmente, com professor

voluntário, para todas as faixas etárias. Aguardamos ainda capacitação para realização semestral de grupo de cessação do tabagismo, abordagem atualmente realizada em consultório, individualmente.

Dessa forma, as atividades diárias da equipe incluem atendimento às demandas espontâneas e agendadas e, eventualmente, atendimentos de urgência em qualquer horário do funcionamento da unidade. Não existe sala de curativo ou de vacina, sendo esses procedimentos realizados na UBR, dispositivo de apoio a todas as eSF desta região sanitária.

Existe ainda dispensação das medicações na farmácia da unidade durante todo o dia, esta distribuição é realizada pela técnica de enfermagem, mediante prescrição médica e apenas de medicamentos para controle de hipertensão arterial sistêmica, diabetes, analgésicos comuns e antiparasitários, os demais medicamentos são dispensados na UBR por profissional farmacêutico. As ACS revezam entre as visitas domiciliares, participação em grupos e atendimento na recepção.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

- Alto índice de violência;
- Desemprego;
- Rede de saúde deficiente e incompleta;
- Índice de desenvolvimento humano menor que o observado no estado e no país;
- Inexpressiva atividade econômica geradora de riqueza para o município;
- Ausência de atendimento farmacêutico, isto é, abordagem distinta da abordagem médica e da enfermagem e muito necessária em casos específicos como acompanhamento de tuberculose ou diabete mellitus (DM) de difícil controle;
- Grande quantidade de equipes básicas de saúde com ausência de profissionais por longos períodos, deixando grande parte da população sem assistência adequada;
- Serviços de urgência sempre lotados, com dificuldade de internação dos pacientes críticos;

- Troca constante de prestadores de serviço no âmbito do apoio diagnóstico, com prejuízo na eficiência;
- Falta de um sistema informatizado, integrado entre os níveis de atenção, para melhorar o acesso à informação de seguimento do paciente;
- Concentração dos maiores esforços de toda a equipe com a demanda espontânea e atividades assistenciais, em detrimento de ações preventivas;
- Espaço impróprio para estabelecimento de saúde como, por exemplo, portas estreitas que não permitem entrada do paciente com cadeira de rodas e consultórios com janelas abertas para o ambiente externo, o que prejudica o sigilo da consulta e a privacidade do paciente;
- Preferência e pressão pelo usuário para a abordagem através do modelo medicocêntrico; em muitas situações o paciente não se encontra satisfeito se não obtiver uma consulta médica ou mesmo, se não for prescrita nenhuma medicação no atendimento;
- Escassez de medicações e insumos;
- Despreparo da equipe, bem como ausência de materiais para atendimento de situações de urgência e emergência;
- Falta de profissionais para completar a cobertura das demais microáreas da unidade;
- Ausência de equipe de NASF;
- Falta de profissionais para compor equipe de saúde mental;
- Ausência de computadores na unidade e sistema informatizado integrado no município;
- Ausência de coleta de lixo seletiva;
- Falta de saneamento básico em alguns locais, uma das ruas do bairro apresenta esgoto a céu aberto e algumas famílias não têm acesso à água encanada e rede de esgoto, usando água de cisternas para abastecimento;
- Muitas ruas do bairro sem pavimentação;
- Abastecimento insuficiente da farmácia;
- Ambiente inadequado para estabelecimento de saúde;
- Violência nas unidades de saúde;
- Vagas de atendimento especializado e realização de exames insuficiente para a demanda da população;

- Polifarmácia.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Unidade Básica de Saúde Maria Helena, em Ribeirão das Neves, Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Polifarmácia	Alta	10	Parcial	1º
Despreparo da equipe no atendimento de urgência e emergência	Alta	7	Total	2º
Ausência de sistema informatizado e integrado	Alta	6	Fora	3º
Violência nas unidades	Alta	3	Parcial	4º
Ausência de NASF	Alta	2	Fora	5º
Ausência de atendimento farmacêutico	Alta	2	Fora	6º

Fonte: Da autora, 2020.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Um dos atributos da Atenção Básica é a longitudinalidade, o seguimento do paciente ao longo do tempo, permitindo estabelecimento de vínculo e responsabilização pelo cuidado, sendo tarefa do médico avaliar o paciente e atentar aos possíveis problemas de saúde negligenciados. Na UBS Maria Helena podem ser percebidos diversos problemas já citados, sendo que chama a atenção a polifarmácia; pois, muitos pacientes fazem uso crônico de medicamentos, sem que os profissionais de saúde questionem sua real necessidade.

Nesse contexto, um tema atual e controverso é o uso de estatinas para redução do colesterol, sendo o escolhido como escopo para este trabalho, porque muitos pacientes da unidade tomam essa classe de medicamentos cronicamente, sem que esteja clara a indicação. Dessa forma, seria relevante reavaliar os motivos para a prescrição de estatinas aos pacientes da unidade e identificar quais usam apenas objetivando redução do colesterol, e melhora de um parâmetro laboratorial, sem análise da indicação com evidências consistentes para prevenção, com base nos conhecimentos científicos atuais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O objetivo deste trabalho é a elaboração de uma proposta de intervenção a ser realizada na UBS Maria Helena no município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais, para rever a medicação de pacientes que utilizam estatinas com intenção puramente hipolipemiantes em observação das recomendações atuais para a prevenção de doenças cardiovasculares.

3.2 Objetivos específicos

- Propor estratégias para modificar a prescrição de estatinas aos pacientes na qual ela é indevidamente indicada;
- Promover educação em saúde, elucidando para equipe e pacientes que as medicações devem ser utilizadas para o tratamento do indivíduo como um todo, contemplando suas individualidades a luz dos conhecimentos atuais e não utilizadas como resposta genéricas a números laboratoriais;
- Incentivar a mudança de estilo de vida comportamental para melhorias em saúde em substituição à medicalização exacerbada.
- Melhorar qualidade de vida dos indivíduos através da redução de efeitos colaterais de medicamentos sem clara evidência de benefício clínico.

4. METODOLOGIA

Para a realização do presente trabalho inicialmente foi realizado pela equipe de saúde o Planejamento Estratégico Situacional (PES) utilizando a estimativa rápida dos problemas vivenciados pela comunidade e também pelos profissionais de saúde; também foram utilizadas informações registradas nos prontuários arquivados na unidade, consultas médicas e de enfermagem aos pacientes da comunidade; foram realizadas reuniões entre os profissionais de saúde da unidade para levantar os problemas que afligiam a equipe. De posse destes dados os profissionais discutiram quais eram os problemas que mais prejudicavam a comunidade e a equipe. Os problemas foram priorizados.

Para subsidiar o referencial teórico foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema, com base nas revistas eletrônicas *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), documentos de órgãos públicos (Ministérios, Secretarias etc.). Também foram pesquisadas teses, dissertações e livros de publicação recente. O levantamento das publicações foi realizado a partir dos descritores: Estatinas. Prevenção Primária. Atenção Primária à Saúde. Dislipidemia..

Em um terceiro e último momento foi empregado o método PES, de autoria Faria, Campos e Santos (2018), para a elaboração do plano de intervenção por meio do qual foram propostas ações para o enfrentamento do problema prioritário.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo: Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Prevenção Primária

Prevenção primária consiste em medidas empregadas para evitar alguma doença em pacientes com fatores de risco, mas que não apresentam a patologia, como hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, obesidade, doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico etc, no caso da prevenção cardiovascular, ou seja, o alvo da prevenção primária são os indivíduos assintomáticos e livres da doença. A prevenção secundária, ao contrário, visa alcançar os pacientes que já possuem o diagnóstico, evitando novos eventos e complicações (COLAÇO *et al.*, 2018).

A prevenção primária preocupa-se com a prevenção do aparecimento de doenças; visa reduzir a incidência de doenças. Envolve intervenções que são aplicadas antes que haja qualquer evidência de doença ou lesão. Os exemplos incluem proteção contra os efeitos de um agente de doença, como ocorre com a vacinação. A prevenção primária pode ser dirigida a indivíduos ou a comunidades inteiras. Abordagens individuais têm a vantagem de que o contato pessoal do médico deve ser motivacional, a mensagem pode ser personalizada para o paciente e você pode apoiá-lo na decisão. A prevenção primária inclui, por exemplo, a cessação do tabagismo, preservação do bom estado nutricional, aptidão física, imunização (BRASIL, 2012)

5.2 Estatinas

As estatinas são medicamentos usados para redução nos níveis de colesterol séricos, pois são capazes de reduzir a síntese dessa substância, através da inibição de uma enzima necessária ao processo, a hidroximetilglutaril (HMG)CoA redutase (COLAÇO *et al.*, 2018). Dessa forma, as estatinas inibem a síntese hepática de colesterol e reduzem os níveis plasmáticos de lipoproteínas de baixa densidade (LDL), através da inibição da HMG-CoA redutase e aumento dos receptores hepáticos de LDL, respectivamente, esse mecanismo aumenta a captação e metabolismo de LDL no fígado. Essas drogas são prescritas para prevenção e tratamento da aterosclerose, pois reduzem a inflamação arterial e o desenvolvimento de placas ateromatosas (BRAGA *et al.*, 2015).

Essa classe de fármacos foi obtida de fungos inicialmente, dos gêneros *Penicillium* e *Aspergillus*, sendo a lovastatina (isolada do *Aspergillusterreus*) a primeira representante da classe estudada e aprovada para uso em humanos em 1.987, pelo *Food and Drug Administration* (FDA). No entanto, a estatina mais utilizada e conhecida é a Sinvastatina, que além de aumentar o catabolismo de LDL, aumenta a concentração do HDL (lipoproteína de alta densidade) (GELATTI *et al.*, 2016).

5.3 Uso de estatinas para Prevenção Primária

De acordo com Colaço e colaboradores (2018), não existem evidências de benefícios no uso de estatinas como prevenção primária em pacientes com mais de 65 anos, crianças e adolescentes, além dos efeitos colaterais e possível influência da indústria farmacêutica na produção de diretrizes recomendando esses fármacos, que geram muito lucro aos laboratórios. Segundo esses autores, existem ainda divergências entre as recomendações das diversas entidades relacionadas ao tema, nos Estados Unidos e Europa. Até mesmo o uso como prevenção secundária, no contexto de dislipidemias de origem familiar é questionado, sendo que não há evidências de benefícios do uso das estatinas para a prevenção primária em crianças e adolescentes e nem mesmo para a prevenção secundária, em casos de dislipidemias familiares (COLAÇO *et al.*, 2018).

Para Braga e colaboradores (2015) as estatinas são drogas eficazes na redução do risco cardiovascular, por serem agentes hipolipemiantes, mas a prescrição em indivíduos assintomáticos é polêmica, devido ao risco de sobretratamento e exposição desnecessária aos efeitos colaterais desses fármacos, tais como fraqueza muscular, mialgia, cefaleia, e mesmo mais graves como rabdomiólise, mioglobínúria, insuficiência renal e hepatites, por exemplo. Esses efeitos adversos são dose-dependentes e surgem na vigência do tratamento, sendo indicado periodicamente revisão laboratorial de função hepática e de marcadores de lesão muscular, sobretudo mediante sintomas. Dessa forma, mudanças de estilo de vida como melhora da alimentação, prática regular de atividades físicas e cessação do tabagismo, são uma opção ao uso dessa classe de fármacos para prevenção primária (BRAGA *et al.*, 2015).

Tesser e Norman (2019) tecem críticas às edições mais recentes de dois livros texto de Medicina de Família e Comunidade (MFC) mais usados no Brasil, favoráveis à indicação de estatinas como prevenção primária. Esses autores chamam a atenção para a escassez de artigos e outras publicações abordando a questão do uso de estatinas em pacientes assintomáticos, com fatores de risco para doenças cardiovasculares, mas que não apresentem essas patologias. É importante enfatizar o fato desse uso ser crônico, pois visa impedir o surgimento de uma doença e não tratar uma já existente, o que expõe os pacientes há um risco maior dos efeitos deletérios das estatinas (TESSER; NORMAN, 2019).

Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, criticado pelos autores citados acima, as estatinas são os medicamentos de escolha para prevenção primária de eventos cardiovasculares, quando o risco calculado de um evento cardiovascular em 10 anos for maior ou igual a 10%; ou seja, se o risco for moderado, a indicação de estatinas pode ser considerada e, se o risco for alto, está indicada a prescrição, mediante decisão conjunta com o paciente. Todavia, esse livro frisa a importância de estimular mudanças de estilo de vida e recalcular o risco após, só então prescrevendo a estatina. Em relação ao risco de desenvolvimento de diabetes associado ao uso de estatinas, os autores consideram que os benefícios superem esse risco e, quanto à idade, existem poucas evidências de benefício no uso após os 75 anos de idade (LIU; SILVA, 2019). Outros autores consideram válida a indicação do uso de estatinas em prevenção primária de doenças cardiovasculares, reconhecem os riscos, mas acreditam que os benefícios superam os possíveis danos (GELATTI, *et al.*, 2018; GIUSTI, *et al.*, 2018).

Segundo Pinto e Oliveira (2019) a melhor conduta envolve decisão compartilhada com o paciente, acerca da utilização de estatinas em prevenção primária, quando o risco cardiovascular em 10 anos é maior que 10% e o paciente apresenta um fator de risco ou quando o risco de eventos cardiovasculares é maior que 20% nesse período, independente de fatores de risco. Esses autores fazem uma ressalva de que as evidências são fracas, mesmo com alto risco cardiovascular; pois, existem poucos estudos com estatinas em prevenção primária para indivíduos não diabéticos. Um estudo que analisou 26 revisões da base de dados Cochrane, concluiu que as evidências variam muito em termos de qualidade, não estando muito claro se existem benefícios no uso de

estatinas para prevenção primária cardiovascular, na doença arterial periférica de membro inferior, doença renal crônica não dialítica, esteatose e esteatohepatite não alcoólica e hipercolesterolemia familiar (SANTOS *et al.*, 2017).

5.4 Polifarmácia

De acordo com Masnoon e colaboradores (2017), existem inúmeras definições para polifarmácia, sendo considerado o mais comum o uso de 5 ou mais tipos de medicamentos e é associada a problemas de saúde, eventos adversos a medicamentos, como: quedas, fraturas, hospitalizações, aumento do tempo de permanência no hospital, readmissão ao hospital logo após a alta, bem como aumento do risco de mortalidade

Problemas adversos com medicamentos podem acontecer devido a reações adversas e também por interações medicamentosas, sendo a polifarmácia, a principal causa destes problemas, isso levando em consideração que quanto maior o número de medicamentos utilizados maior é o risco de ocorrência de efeitos adversos (LIM *et al.*, 2017 MASNOON *et al.*, 2017).

O uso excessivo de medicamentos é considerado a maior ameaça à saúde dos idosos em países desenvolvidos, sendo um problema maior que as patologias para as quais os medicamentos foram indicados. Além de piorar a qualidade de vida, a polifarmácia aumenta a mortalidade e piora o desempenho nas atividades de vida diária, cognição, além de predispor a quedas e suas consequências. A idade aumenta consideravelmente o risco de polifarmácia, sendo que, aproximadamente 50% das pessoas com idade maior que 65 anos tem o diagnóstico de no mínimo 3 comorbidades, e a média de drogas utilizadas por idosos chega a 7, o que aumenta muito o risco de reações adversas, >80% nesse caso. É importante considerar que os idosos são mais susceptíveis às reações adversas e são justamente eles os que mais utilizam múltiplos fármacos, sendo o risco de 13% para 2 ou mais medicamentos, de 38% para 4 ou mais e 82% no caso de 7 ou mais medicamentos (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

O amplo uso de medicamentos, principalmente por parte da população idosa, está associado a inúmeros fatores, como o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, da multimorbidade, como à maior disponibilidade de fármacos no mercado e linhas-guia que trazem recomendações para o uso de associações medicamentosas no tratamento de várias condições de saúde, entre elas a hipertensão e o diabetes mellitus (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

A associação otimizada de fármacos, prescritos de acordo com a melhor evidência disponível, pode curar, minimizar danos, aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida. Porém, algumas terapias são inadequadas e podem ocasionar reações adversas e interações medicamentosas (BUSHARDT *et al.*, 2008; MEDEIROS-SOUZA *et al.*, 2007 *apud* NASCIMENTO *et al.*, 2017, p. 2s).

5.5 Educação em saúde

Na atual conjuntura da APS no Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica trata também da educação como forma de proporcionar a qualificação dos profissionais, a aquisição de conhecimentos e habilidades, a partir de um aprendizado que surge do cotidiano do processo de trabalho nesse nível de atenção (BRASIL, 2012).

Andrade *et al.* (2010) trazem que a Educação surge como uma estratégia que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as estratégias pedagógicas na formação e desenvolvimento da equipe multiprofissional de saúde.

Uma tecnologia de trabalho em saúde que pode contribuir para uma concepção mais ampliada de saúde é o trabalho em grupo. As oficinas ou grupos de trabalho são ferramentas que podem complementar as ações individuais promovidas pelos serviços de saúde, possibilitando que os pacientes compartilhem experiências e vivenciem saberes e práticas que facilitam a escuta, o acolhimento e o vínculo com os profissionais de saúde (GIROTTO *et al.*, 2011, p. 9).

Assim, a educação em saúde pode ser entendida prática educadora que parte do cotidiano do trabalho levando à reflexão acerca das ações que são realizadas no dia a dia, o que gera um novo modo de agir e fazer, resultando em melhorias no modo de produção do trabalho e assistência. A educação permanente dessa forma integra o

processo ensino-aprendizagem ao cotidiano dos serviços contextualizando as práticas desenvolvidas e problematizando as experiências vividas (BRASIL, 2016).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado polifarmácia, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Este plano de intervenção pretende: revisar todas as prescrições dos pacientes em uso de estatinas na população assistida pela equipe de saúde da família Maria Helena, através do modelo assistencial centrado na pessoa e não na doença, onde o indivíduo participa da tomada de decisão em conjunto com o profissional em um plano terapêutico; realizar a suspensão ou prescrição das estatinas à luz das recentes recomendações para o tratamento de dislipidemia e prevenção de eventos cardiovasculares; priorizar estímulo à mudança de estilo de vida em detrimento da medicalização de toda e qualquer alteração laboratorial, sem prévia análise criteriosa e potenciais riscos e prejuízos.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Uso indiscriminado de estatinas em pacientes sem indicação clínica em acordo com a medicina baseada em evidências. Observa-se, na população contemplada pela Equipe de saúde da família Maria Helena, um quantitativo de pacientes com prescrição obsoleta de estatinas com intuito de baixar o colesterol ou triglicerídeos a despeito das inúmeras recomendações atuais e específicas para uso deste fármaco que se destina à prevenção de eventos cardiovasculares dentro de uma população de risco específica.

Os potenciais danos relevantes e efeitos colaterais do uso desta classe de medicação, bem como qualquer outra, nos obriga a questionar a aplicabilidade financeira e indicação clara para uso racional na prática clínica. Não devendo tratar o exame laboratorial matematicamente e sim considerar o paciente em sua realidade de saúde, incluindo, portanto, fatores genéticos, alimentares, cenário comórbido e ainda quadro financeiro, tendo em vista que atuamos em rede de saúde pública, onde os recursos são escassos.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A prevenção às doenças cardiovasculares inclui a mudança de estilo de vida, um conjunto de comportamentos cotidianos que intentam a manutenção e melhora do estado de saúde do indivíduo. No entanto a explanação e aplicação destes comportamentos exigem da equipe de assistência à saúde e do paciente um nível de comprometimento consideravelmente superior ao ato de prescrever ou fazer uso de algum medicamento. O modelo assistencialista não preventivista é um dos fatores aos quais poderíamos atribuir o uso não racional das estatinas.

A influência da indústria farmacêutica para medicalização e a não atualização dos profissionais da saúde à luz das recentes recomendações, através de uma avaliação criteriosa da custo-efetividade de determinados tratamentos, contribuiu com o presente problema.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

- Falta de entendimento da população acerca da importância da prevenção de saúde e não apenas medicalização;
- Falta de implementação de mudança de estilo de vida da população;
- Falta de atualização acerca das atuais recomendações para uso de estatinas.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico - operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passos)

Promover educação continuada junto à equipe de saúde da família a fim de esclarecer conceitos como iatrogenia, nível de evidência científica para indicação de tratamento e análise de custo-efetividade.

Fortalecer na equipe as ações de fomento às mudanças de estilo de vida em acordo com as possibilidades, recursos e características da comunidade.

Esclarecer durante as consultas e grupos de promoção da saúde a importância de adesão aos diferentes planos terapêuticos, desmistificar o modelo medicocêntrico e almejar a construção de uma identidade mais atuante e autônoma acerca da própria

saúde na população. Os quadros 2 a 5, descritos, a seguir, representam cada um desses passos realizados para cada nó crítico.

Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema: uso indiscriminado de estatinas, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Helena, do município Ribeirão da Neves, estado de Minas gerais.

Nó crítico 1	Falta de entendimento da população acerca da importância da prevenção de saúde e não apenas medicalização.
Operações	Grupos de prevenção e promoção de saúde para população, abordagem sobre mudança de estilo de vida em consultas individuais
Projeto	Projeto vida saudável
Resultados esperados	Promover conscientização acerca da importância primordial e eficácia da implementação de hábitos de vida saudável no controle das dislipidemias e prevenção de doenças cardiovasculares. Redução dos níveis de colesterol LDL. Melhor controle pressórico. Redução de eventos cardiovasculares. Melhora da qualidade de vida.
Produtos esperados	Aumento da adesão e participação nos grupos de atividade física já fornecidos pela unidade de saúde.
Recursos necessários	Estrutural: local para reuniões quinzenais, consultório para realização de consultas, profissional prescriptor, profissional educador físico ou fisioterapeuta, profissional nutricionista. Cognitivo: Conhecimento atualizado acerca do tema. Financeiro: não se aplica. Político: engajamento social e participação nos grupos de promoção de saúde.
Recursos críticos	Não se aplica.
Controle dos recursos críticos	Não se aplica.
Ações estratégicas	Reuniões de equipe a fim de alinhar os conceitos para implementação do projeto.
Prazo	Indeterminado
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Médico, enfermeiro, fisioterapeuta e nutricionista.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Durante as reuniões mensais da equipe será verificada a participação da comunidade nos grupos, através da assinatura da lista de presença, pelo fato de estarmos em uma unidade ainda não informatizada não é possível fazer busca de quantitativos.

Fonte: Da autora, 2020.

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema: uso indiscriminado de estatinas, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Helena, do município Ribeirão da Neves, estado de Minas gerais.

Nó crítico 2	Falta de implementação de mudança de estilo de vida da população
Operação	Estimular os bons hábitos de vida e a prática de atividade física
Projeto	Viva melhor
Resultados esperados	População realizando mais atividade física, aderindo a dietas nutricionais e consumindo menos bebidas alcoólicas e cigarros.
Produtos esperados	- Pacientes mais ativos, realizando atividades físicas, dietas alimentares e promovendo o autocuidado - Campanha de conscientização
Recursos necessários	Estrutural: local para reuniões quinzenais, consultório para realização de consultas, profissional prescriptor, profissional educador físico ou fisioterapeuta, profissional nutricionista. Cognitivo: Conhecimento atualizado acerca do tema. Financeiro: Aquisição de folders para divulgação da campanha Político: engajamento social e participação nos grupos de promoção de saúde.
Recursos críticos	Financeiro: para a aquisição de recursos (panfletos e folders); Organizacional: Tempo para colocar em prática o projeto, a reorganização da agenda da equipe de saúde; - Adesão da população
Controle dos recursos críticos	Secretária Municipal de saúde – Favorável; Equipe da USF – Favorável; Usuários cadastrados na unidade de saúde – Desfavorável.
Ações estratégicas	Necessário à criação de uma programação para a realização de atividades coletivas em grupo.
Prazo	Indeterminado
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Médica da USF e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento feito através de listas de presença nas atividades em grupo e controle de dados antropométricos dos pacientes.

Fonte: Da autora, 2020.

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema: uso indiscriminado de estatinas, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Helena, do município Ribeirão da Neves, estado de Minas gerais.

Nó crítico 3	Falta de atualização acerca das atuais recomendações para uso de estatinas
Operação	Capacitação da equipe de saúde da família a cerca das recomendações das estatinas e rastreamento dos pacientes que fazem o uso da medicação
Projeto	Prescrição certa
Resultados esperados	Diminuição dos potenciais danos relevantes e efeitos colaterais do uso desta classe de medicação e diminuição da polifarmácia
Produtos esperados	Pacientes com prescrições de estatinas corretas Diminuição de problemas ocasionados pela polifarmácia
Recursos necessários	Estrutural: Consultório para realização de consultas e adequação das agendas dos ACS para rastreamento dos pacientes Cognitivo: Conhecimento atualizado acerca do tema. Financeiro: Contratação de um carro de som para divulgar o rastreamento dos pacientes Político: engajamento social
Recursos críticos	Organizacional: Tempo para colocar em prática o projeto, a reorganização da agenda da equipe de saúde; - Adesão da população
Controle dos recursos críticos	Secretária Municipal de saúde – Favorável; Equipe da USF – Favorável; Usuários cadastrados na unidade de saúde – Desfavorável.
Ações estratégicas	Utilizar carro de som para ajudar na busca dos pacientes que usam estatinas para que os mesmo possam comparecer a unidade de saúde
Prazo	4 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento dos pacientes através da marcação de consultas para a reavaliação dos pacientes após a prescrição correta

Fonte: Da autora, 2020.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de suma importância a educação continuada e adequação dos tratamentos a luz das novas descobertas na área da saúde, sendo de responsabilidade da equipe de assistência atentar para as inconformidades e possíveis impactos pessoais e financeiros das ações de saúde pública.

As doenças cardiovasculares são sabidamente responsáveis por alta morbimortalidade em todo o mundo, bem como representa grande impacto financeiro e econômico em saúde pública, desta forma todas as ações de controle devem estar fundamentadas na literatura médica com evidência de custo-efetividade satisfatória.

O presente trabalho propõe uma reavaliação das terapêuticas no concernente à abordagem de dislipidemias e prevenção cardiovascular da população assistida pela Equipe de Saúde da Família Maria Helena, com intuito de redução da polifarmácia, risco de iatrogenia e adequação do uso de estatinas de forma individual em acordo com risco cardiovascular e perfil de possíveis efeitos colaterais.

REFERENCIAS

ANDRADE, M. F.L.B. *et al.* Educação permanente em saúde: uma prática possível. **Revista de Enfermagem**. v.12, n.5, p. 1469-1479, 2010.

BRAGA, Denis Conci *et al.* Uso de Atorvastatina na prevenção primária das doenças cardiovasculares. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 4, p. 87-95, out-dez, 2015. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/52/80>. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** [Internet]. 2012. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> > Acesso em: 09 out. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** [Internet]. 2016. 78 p. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_s_aude_fortalecimento.pdf> Acesso em: 09 out.2020.

COLAÇO, Carolina Ferreira *et al.* Discussão acerca do uso de estatinas na prática clínica. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 7, n.1, p. 69-75, 2018. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8688/5724>. Acesso em 05 fev. 2010.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS,, M. A.. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 97 p.

GELATTI, Gabriela Tassottiet *al.* Estatinas na prevenção de doenças cardiovasculares. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n. 1, p. 286-292, jan./jul. 2016. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2469>. Acesso em: 03 fev. 2020.

GIUSTI, Conrado T. *et al.* Estatinas: seu uso na redução de eventos cardiovasculares. **Revista Caderno de Medicina**, v. 1, n. 1, p. 102-110, 2018. Disponível em: <http://unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/958/456>. Acesso em: 06 fev. 2020.

GIROTTO *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p.:1763-1772, 2011.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves [orgs.]. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2. ed., v. 1, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 17 jul. 2020.

LIM, Li Min et. al. Prevalence, risk factors and health outcomes associated with polypharmacy among urban community-dwelling older adults in multi-ethnic Malaysia. **PLoS ONE**, v. 12, n. 3, p.1-18, 2017.

LIU, Gustavo Kang Hong; SILVA, Bianca Luiza de Sá e. Prevenção primária e secundária para doenças cardiovasculares. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves [orgs.]. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2. ed., v. 2, cap. 157, 2019.

MASNOON, Nashwa et. al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. **BMC Geriatrics**, v.17, n.230; 2017.

NASCIMENTO, Renata Cristina Resende Macedo et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**, v. 2, n.51, p.1-12, 2017.

PINTO, Fernanda Karolinne Melchior Silva; OLIVEIRA, Jardel Corrêa de. Infográficos para decisão compartilhada no uso de estatinas em paciente de alto risco cardiovascular. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41:1809, jan./dez., 2019. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1809/978>. Acesso em: 02 jan. 2020.

SANTOS, Jéssica Oliveira et al. O que as revisões sistemáticas Cochrane dizem sobre o uso de estatinas. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 22, n. 3, p. 88-100, 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/05/833701/rdt_v22n2_88-100.pdf. Acesso em: 04 jan. 2020.

TESSER, Charles Dalcanle; NORMAN, Armando Henrique. Por que não recomendar estatinas como prevenção primária?. **APS em revista**, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/15/9>. Acesso em: 05 jan. 2020.