

# UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O USO INDISCRIMINADO DA SINVASTATINA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

## *AN INTERVENTION PROPOSAL TO REDUCE THE INDISCRIMINATED USE OF SYNVASTATINE IN A BASIC HEALTH UNIT*

Mirelly Ribeiro Café Costa<sup>1</sup>

Sonale do Nascimento Rocha<sup>2</sup>

### **RESUMO**

As dislipidemias são caracterizadas por distúrbios no metabolismo de lipídeos, mais especificamente por alterações quantitativas de suas concentrações sanguíneas, em que as estatinas são a classe de medicamentos mais efetiva para o tratamento de alterações lipídicas. Desta forma, objetiva-se reduzir o uso indiscriminado da sinvastatina na Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Clara Ferreira Maciel, no município de São Raimundo Nonato-PI. Trata-se de um projeto de intervenção em que se pretende alcançar as seguintes metas: Capacitar 100% da equipe em relação ao uso indiscriminado da sinvastatina/duas semanas; 100% dos pacientes em uso de sinvastatina serão avaliados nas consultas médicas e de enfermagem/3 meses; realizar grupos educativos para 80% dos pacientes que fazem uso da sinvastatina/3 meses. Espera-se com essa intervenção conscientizar a população a respeito do uso indiscriminado da sinvastatina, pois apesar de ser uma medicação útil para o controle das dislipidemias o seu uso irregular pode acarretar sérios problemas. Desta maneira, as prescrições destas medicações e as ações de promoção em saúde poder ser estratégias úteis que potencialmente podem causar transformações na forma como os pacientes pensam. Conclui-se que é importante haver uma gestão mais cautelosa do tratamento com a sinvastatina na atenção básica com monitoramento dos efeitos desta medicação de forma indiscriminada, especialmente em pacientes com fatores associados a esse uso.

**DESCRITORES:** Dislipidemias. Sinvastatina. Promoção da Saúde.

### **ABSTRACT**

---

<sup>1</sup> Autor-correspondente: Médica. Pós-graduanda em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médica em uma Unidade Básica de Saúde do município São Raimundo Nonato-PI. E-mail: mirell\_cafe@hotmail.com

<sup>2</sup> Orientadora.

Dyslipidemias are characterized by disturbances in lipid metabolism, more specifically by quantitative changes in their blood concentrations, in which statins are the most effective class of drugs for the treatment of lipid changes. Thus, the objective is to reduce the indiscriminate use of simvastatin in the Basic Health Unit (BHU) Maria Clara Ferreira Maciel, in the municipality of São Raimundo Nonato-PI. This is an intervention project in which the following goals are to be achieved: Train 100% of the team in relation to the indiscriminate use of simvastatin / two weeks; 100% of patients using simvastatin will be evaluated in medical and nursing consultations / 3 months; conduct educational groups for 80% of patients using simvastatin / 3 months. This intervention is expected to make the population aware of the indiscriminate use of simvastatin, because despite being a useful medication for the control of dyslipidemias, its irregular use can cause serious problems. In this way, prescriptions for these medications and health promotion actions can be useful strategies that can potentially cause changes in the way patients think. We conclude that it is important to have a more cautious management of treatment with simvastatin in primary care with monitoring of the effects of this medication in an indiscriminate manner, especially in patients with factors associated with this use.

**DESCRIPTORS:** Dyslipidemias. Simvastatin. Health promotion.

## 1. INTRODUÇÃO

As dislipidemias são caracterizadas por distúrbios no metabolismo de lipídeos, mais especificamente por alterações quantitativas de suas concentrações sanguíneas, como aumento nos triglicerídeos (TG), no colesterol total (CT), ácidos graxos livres (AGL), e Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL-c), bem como redução na Lipoproteína de Alta Densidade (HDL-c). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017). Reconhecida como um dos mais significantes fatores de risco cardiovasculares, a dislipidemia isoladamente é responsável pelo desenvolvimento de 56% das doenças cardíacas, 18% dos casos de infarto, e está ainda associada a um terço dos casos de mortalidade no mundo (WHO, 2017).

Nesta perceptiva, as estatinas são as medicações de primeira escolha para a prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares (FERNANDEZ et al., 2017). Os inibidores da enzima 3-Hidroxi-3-Metil Coenzima A (HMG-CoAR) também conhecidas como estatinas são a classe de medicamentos mais efetiva para o tratamento de alterações lipídicas (MORAES, 2017). São exemplos destas medicações a Sinvastatina, a Pravastatina, Rosuvastatina, Fluvastatina, Atorvastatina dentre outras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Estes medicamentos agem inibindo a atividade da HMG-CoAR não permitindo a formação de mevalonato, o que acarreta a redução na síntese de colesterol. Diversos mecanismos foram identificados para justificar os sinais e sintomas relacionados à atividade miotóxica da estatina, como alterações na excitabilidade da membrana, função mitocondrial, depleção de ubiquinona, alterações da homeostase do Cálcio e hipovitaminose D. A incidência de miotoxicidade induzida por estatina é apresentada entre 7 a 29% dos usuários (MORAES, 2016).

Nesta perspectiva, o interesse em desenvolver essa intervenção partiu da necessidade da padronização da assistência aos pacientes em uso de sinvastatina, no intuito de acompanhar a remissão dos níveis de colesterol e triglicérides para que essa medicação seja suspensa. A proposta intervenção terá como cenário a Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Clara Ferreira Maciel, localizada no município de São Raimundo Nonato-PI, que se distancia 576 km de Teresina, capital do Estado do Piauí. Esse município foi criado em 1912 e possui cerca de 34.535 habitantes (IBGE, 2017).

São Raimundo Nonato-PI conta com o auxílio de uma rede de saúde bem estruturada e atuante no controle e tratamento das enfermidades, na promoção e prevenção da saúde. Essa rede de saúde é formada por: 11 UBS, sendo 14 equipes de saúde da família, distribuídas em zona rural e urbana. Essas UBS contam com o apoio de dois Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF). Esse município também possui um Centro Especializado em Odontologia (CEO), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II), dois Centros de Atenção de Assistência Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado de Assistência em Saúde (CREAS), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); um hospital de pequeno porte, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e uma equipe do Programa Melhor em Casa (SIAB, 2017).

No que se refere aos indicadores de mortalidade no município entre os anos de 2010 e 2017, a taxa de mortalidade geral foi de 4,7 e 6,0, respectivamente, a taxa de mortalidade infantil, diminuiu de 22,7 no ano de 2010 para 17,2 no ano de 2017. Também foi possível evidenciar que aumento de nascidos vivos, passando de 572 para 638. A taxa de mortalidade em menores de 5 anos ocorreu uma redução de 26,2 para 18,8. Não foram registrados óbitos maternos no período de análise. Os óbitos tipo violência pode-se destacar: acidente, passando de 10 casos em 2010 para 15

casos em 2017; suicídio, com aumento considerável de 1 para 5 casos e de homicídio saindo de 5 casos para 6 (SIAB, 2017).

A UBS Maria Clara Ferreira Maciel fica localizada na zona urbana da cidade e responsável por 2.324 pessoas e 621 famílias. A equipe de saúde é constituída por uma médica, uma dentista; um auxiliar de higiene bucal, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem; um agente de portaria uma recepcionista; uma auxiliar de serviços Gerais; uma técnica de higiene bucal e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Portanto, o objetivo geral desta pesquisa é reduzir o uso indiscriminado da sinvastatina na Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Clara Ferreira Maciel, no município de São Raimundo Nonato-PI, e como objetivos específicos é pretensão: capacitar a equipe multiprofissional sobre o uso indiscriminado da sinvastatina; melhorar a avaliação e o acompanhamento dos pacientes em uso de sinvastatina; realizar ações de promoção e educação em saúde em relação ao uso indiscriminado da sinvastatina.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1- DISLIPIDEMIAS: CONCEITO, CLASSIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO E IMPACTOS A SAÚDE**

Dislipidemias são alterações da concentração de lipídeos no sangue. Os lipídeos são responsáveis por várias funções (produção e armazenamento de energia, absorção de vitaminas, isolamento e proteção de órgãos e outros), mas o excesso está relacionado à aterosclerose. Este processo ocorre em vasos onde há instalação de lesões em forma de placas, causando obstrução ao fluxo sanguíneo (SOUZA et al., 2019).

As dislipidemias podem apresentar significados diferentes conforme subgrupos de doentes, o que pode relacionar-se com uma predisposição genética e/ou comorbilidades. Neste episódio deve-se dar uma especial atenção, complementar à abordagem do risco cardiovascular (CV) global. Estas se resumem a 4 situações, como os valores aumentados do colesterol total (CT) ou hipercolesterolemia isolada; os valores aumentados dos triglicerídeos (TG) ou hipertrigliceridemia isolada; os valores aumentados do CT e dos TG ou hiperlipidemia mista; por fim os valores

diminuídos do HDL-C isoladamente ou em associação a alterações do lipoproteínas de baixa densidade (LDL-C) e/ou dos TG (FAVARO et al., 2016).

Em termos epidemiológicos, atualmente, estima-se que um de cada 5 brasileiros tem a concentração de colesterol acima de 200 mg/dl, representando um 21,6 % da população brasileira. Estima-se que 20 milhões de brasileiros sofrem de dislipidemia, desta população metade não sabe que tem esta condição, 25% sabem, mas não tratam e apenas 25% tratam adequadamente (BORGIO et al., 2019).

A prevalência das dislipidemias na infância e adolescência tem variado no mundo inteiro, com valores entre 2,9% e 33%, quando adotado o nível de CT superior a 200 mg/dL. No Brasil, a prevalência está em torno de 28% e 40% entre as crianças e adolescentes, quando o critério adotado é o CT sérico superior a 170 mg/dL. Contudo, essa prevalência está subestimada, pois, de acordo com a III Diretriz Brasileira de Prevenção da Aterosclerose, o valor máximo da normalidade é 150 mg/dL (FALUDI et al., 2017).

Destaca-se também que a prevalência das dislipidemias se mostra variável de acordo com as características étnicas, socioeconômicas e culturais de grupos populacionais distintos. No Brasil, raros são os estudos que determinam de forma fidedigna a real prevalência dessa afeção em número de indivíduos, estatisticamente representativos de uma população livre e geograficamente delimitada (BORGIO et al., 2019).

As dislipidemias podem ser classificadas em primárias e secundárias. As primárias podem ser divididas em cinco tipos: Hipertrigliceridemia grave; Hipercolesterolemia Familiar e Hipercolesterolemia Familiar com hipertrigliceridemia, Disbetalipoproteinemia familiar; Hiperlipemia endógena; Hiperlipemia mista (endógena e exógena) (HIRAI et al., 2019).

As dislipidemias secundárias são: hipotireoidismo, doenças renais parenquimatosas, diabetes mellitus. O alcoolismo também pode influenciar os níveis de LP, principalmente os triglicérides e o HDL. O uso de medicamentos deve ser minuciosamente investigado. São os principais envolvidos nas dislipidemias secundárias: os diuréticos, os beta-bloqueadores, os anticoncepcionais, os corticosteroides e anabolizantes (HIRAI et al., 2019).

As tabelas 1 e 2 representam classes de recomendação e níveis de evidência para as dislipidemias.

**Tabela 1: classes de recomendação e níveis de evidência**

<b>Classe I</b>	Condições para as quais há evidências conclusivas, ou, na sua falta, consenso geral de que o procedimento é seguro, e útil/eficaz
<b>Classe IIa</b>	Condições para as quais há evidências conflitantes e/ou divergência de opinião sobre segurança, e utilidade/eficácia do procedimento. Peso ou evidência/opinião a favor do procedimento. A maioria dos estudos/especialistas aprova
<b>Classe IIb</b>	Condições para as quais há evidências e/ou consenso de que o procedimento não é útil/eficaz e, em alguns casos, pode ser prejudicial
<b>Classe III</b>	Condições para as quais há evidências e/ou consenso de que o procedimento não é útil/eficaz e, em alguns casos, pode ser prejudicial.

**Tabela 2: Níveis de evidência**

<b>Nível A</b>	Dados obtidos a partir de múltiplos estudos randomizados de bom porte, concordantes e/ou de meta-análise robusta de estudos clínicos randomizados.
<b>Nível B</b>	Dados obtidos a partir de meta-análise menos robusta, a partir de um único estudo randomizado ou de estudos não randomizados (observacionais)
<b>Nível C</b>	Dados obtidos de opiniões consensuais de especialistas

Observando os quadros clínicos em decorrência dos tipos de dislipidemias é importante considerar que uma das suas principais complicações é a aterosclerose, que se caracteriza como alterações qualitativas e quantitativas dos lipídios e lipoproteínas sanguíneas, que podem acontecer em decorrência de vários fatores (obesidade, tabagismo, etilismo, sedentarismo, distúrbios genéticos), a dieta e o mais importante deles (FALUDI et al., 2017).

As dislipidemias relacionam-se também diretamente com outras doenças, ampliando assim suas consequências. As doenças crônicas, de forma geral, configuram importante problema de saúde coletiva no Brasil, principalmente algumas delas como: hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e diabetes, sendo as dislipidemias um dos principais fatores de risco (VILEIGAS et al., 2019).

Numerosos estudos clínicos e meta análises esclarecem claramente a associação entre as dislipidemias e o aumento de risco de morte, a elevação dos

níveis plasmáticos de colesterol. Também o aumento de triglicerídeos são fatores de risco para eventos cardiovasculares, sendo esta a principal causa de morte no mundo, sendo que o Brasil acompanha este fenômeno internacional. Observa-se uma cultura sanitária e de cuidado sobre o problema. A dislipidemia agrava a lesão de órgãos alvo na hipertensão arterial, determinando maior incidência de eventos coronários e maior deterioro da função renal (TOMELERI et al., 2015; LOTUFO et al., 2016).

A aterosclerose afeta predominantemente as artérias de médio calibre (as artérias coronárias, as carótidas, as artérias renais, as artérias cerebrais e basílicas e, também, a aorta – sobretudo na sua porção abdominal – e as artérias ilíacas e femorais) e caracteriza-se pela alteração da dilatação vascular, inflamação e acumulação de lipídios (colesterol e outros elementos de gordura), cálcio e restos celulares, por baixo da íntima. Estas lesões iniciais, constituídas essencialmente por células de origem inflamatória, contendo colesterol com origem nas LDL e em outras gorduras, são capazes de evoluir para outros tipos de lesões mais graves: a placa aterosclerótica ou placa de ateroma (SILVA, 2015).

Por fim, o diagnóstico de dislipidemia deve ser confirmado por uma segunda avaliação laboratorial, após jejum de 12 horas, do colesterol total, colesterol HDL e triglicerídeos, realizada com um intervalo mínimo de 4 semanas, antes de se iniciar qualquer terapêutica. Importa excluir causas secundárias e frequentes de dislipidemia, como o excesso de consumo de álcool, diabetes tipo 2, obesidade, hipotireoidismo, doenças renais ou hepáticas, fármacos como corticosteróides, psicotrópicos ou ciclosporina (LOTUFO et al. 2016).

### **3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES EM USO DE ESTATINAS**

A identificação dos indivíduos assintomáticos com maior predisposição é crucial para a prevenção efetiva com a correta definição das metas terapêuticas. Para estimar a gravidade da doença cardiovascular (DCV), foram criados os chamados escores de risco e algoritmos baseados em análises de regressão de estudos populacionais, por meio dos quais a identificação do risco global é aprimorada substancialmente. O escore de risco global (ERG) de Framingham inclui a estimativa em 10 anos de eventos coronarianos, cerebrovasculares, doença arterial periférica ou insuficiência cardíaca (IC) e foi o escore adotado pelo Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC-DA, 2017)

Recomenda-se o rastreamento em homens com mais de 35 anos (grau de evidência A) e em mulheres com mais de 45 anos que apresentem fatores de risco para doença arterial coronariana (grau de evidência A). Homens entre 20 e 35 anos com fatores de risco para doença arterial coronariana também devem ser triados para dislipidemia (grau de evidência B) bem como mulheres entre 20 e 45 anos com risco para doença arterial coronariana (grau de evidência B).

Uma vez reconhecida a pessoa que deve ser rastreada para dislipidemia, devem ser solicitados colesterol total, colesterol HDL (high densitylipoprotein) e triglicerídeos, sendo o LDL (lowdensitylipoprotein) calculado pela fórmula de Friedwald (mostrada abaixo). É importante a elucidação do valor do LDL pois atualmente sabe-se que esta é a principal lipoproteína envolvida na gênese da aterosclerose (processo relacionado a doenças como a doença arterial coronariana e acidente vascular encefálico).

Inicialmente os pacientes devem ser avaliados em relação aos escores de risco cardiovascular devem, em especial naqueles indivíduos que não se enquadram nas situações de alto e muito alto risco, e que não recebam terapia modificadora de lípidos. No entanto, aqueles sob terapêutica hipolipemiante não podem ter sua estratificação de risco e determinação das metas estabelecidas (FALUDI *et al.*, 2017).

Risco muito alto são classificados nessa categoria os indivíduos que apresentam doença aterosclerótica significativa (coronária, cerebrovascular ou vascular periférica) com ou sem eventos clínicos. Os pacientes com risco alto são aqueles em que prevenção primária que apresentam ERG > 20% (homens) ou > 10% (mulheres) ou que apresentam condições agravantes de risco com base em dados clínicos ou de aterosclerose subclínica.

Os de risco intermediário são aqueles indivíduos com ERG entre 5 e 20% no sexo masculino e entre 5 e 10% no sexo feminino. Também são considerados como de risco intermediário os portadores de *diabetes mellitus* (DM) sem os critérios de doença DASC ou a presença dos estratificadores de risco (ER). Muitos dos indivíduos de meia idade pertencem a essa categoria de risco. Algumas recomendações mais recentes valorizam condições inflamatórias e o uso do escore de cálcio coronário para uma reestratificação de pacientes em risco intermediário.

Já os pacientes com risco baixo são aqueles que risco baixo adultos entre 30 e 74 anos, de ambos os sexos, cujo risco de eventos CV em 10 anos calculado pelo ERG é inferior a 5%.



A estimativa do risco de doença aterosclerótica resulta da somatória do risco associado a cada um dos fatores de risco mais a potenciação causada por sinergismos entre alguns desses fatores. Diante da complexidade dessas interações, a atribuição intuitiva do risco frequentemente resulta em sub- ou superestimação dos casos de maior ou menor risco, respectivamente (PRÉCOMA et al., 2019).

#### 4. TRATAMENTO DAS DISLIPIDEMIAS

Para a atenção e o tratamento da dislipidemia compreende-se duas grandes condutas: não medicamentosa e medicamentosa. No tratamento medicamentoso as estatinas são as medicações de primeira escolha para o tratamento da hipercolesterolemia por apresentarem evidências na redução de mortalidade por todas as causas, de eventos isquêmicos coronários, da necessidade de revascularização e de acidente vascular encefálico (AVC). A redução do LDL-c varia entre as estatinas, e essa diferença está fundamentalmente relacionada à dose inicial, conforme a tabela 3 e 4 (FALUDI et al., 2017).

**Tabela 3 – Metas terapêuticas absolutas e redução porcentual do colesterol da lipoproteína de baixa densidade e do colesterol não-HDL para pacientes com ou sem uso de estatinas**

Risco	Sem estatinas	Com estatinas	
	Redução (%)	Meta de LDL (mg/dL)	Meta de não HDL (mg/dL)
Alto	> 50	< 50	< 80
Muito alto	> 50	< 70	< 100
Intermediário	30-50	< 100	< 130
Baixo	> 30	< 130	< 160

**Tabela 4: Intensidade do tratamento hipolipemiante.**

Baixa	Moderada	Alta
< 30	30-50	≥ 50
Lovastatina 40		
Lovastatina 20	Sinvastatina 20-40	

<b>Exemplos, doses diárias em mg</b>	Sinvastatina 10	Pravastatina 40-80	Atorvastatina 40-80
	Pravastatina 10-20	Fluvastatina 80	Rosuvastatina 20-40
	Fluvastatina 20-40	Pitavastatina 2-4	Sinvastatina 40/
	Pitavastatina 1	Atorvastatina 10-20	Ezetimiba 10
		Rosuvastatina 5-10	

Efeitos colaterais são raros no tratamento com estatinas, dentre os quais os efeitos musculares são os mais comuns, e podem surgir em semanas ou anos após o início do tratamento. Variam desde mialgia, com ou sem elevação da Creatinoquinase (CK), até a rabdomiólise. A dosagem de CK deve ser avaliada no início do tratamento ou quando a elevação da dose é necessária, na ocorrência de sintomas musculares (dor, sensibilidade, rigidez, câimbras, fraqueza e fadiga localizada ou generalizada) e na introdução de fármacos que possam interagir com estatina (Grau de Recomendação: IIa; Nível de Evidência: B) (PRÉCOMA et al., 2019).

Já a avaliação basal das enzimas hepáticas (ALT e AST) deve ser realizada antes do início da terapia com estatina. Durante o tratamento, deve-se avaliar a função hepática quando ocorrerem sintomas ou sinais sugerindo hepatotoxicidade (fadiga ou fraqueza, perda de apetite, dor abdominal, urina escura ou aparecimento de icterícia) (Grau de Recomendação: IIa; Nível de Evidência: B). A realização de análise de repetidas amostras de enzimas em pacientes assintomáticos incorre em custos adicionais sem benefícios aos pacientes (PRÉCOMA et al., 2019).

Apesar do grande avanço com o uso de estatinas na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares, os eventos isquêmicos continuam a ocorrer em pacientes com fatores de risco mal controlados, como os portadores de concentrações elevadas de LDL-colesterol ou de triglicérides, naqueles com diabetes, doença aterosclerótica multivascular, entre outras situações. Além dos eventos iniciais, esses pacientes apresentam risco substancial de eventos recorrentes, potencialmente fatais (HIRAI et al., 2019).

O tratamento não medicamentoso compreende os hábitos de vida, em que a terapia nutricional é importante parte da terapia das dislipidemias. Para a hipercolesterolemia recomenda-se dieta pobre em colesterol e gorduras saturadas. Neste sentido, quanto à hipertrigliceridemia, necessitam diminuir o consumo total de gordura da dieta. Quanto à obesidade ou diabetes na hipertrigliceridemia secundária, respectivamente recomenda-se, uma dieta hipocalórica, a restrição de carboidratos com compensação do DM, ressaltando que, a abstenção da ingestão de álcool é aconselhada em todos os casos de dislipidemias (VILEIGAS et al., 2019).

A orientação para uma dieta saudável refere-se essencialmente ao sal, que deve ser restringido a menos de 5 gramas de cloreto de sódio (1 colher de chá) por dia. Assim, é fundamental reduzir sal e temperos prontos na cozinha, evitar comidas industrializadas e lanches rápidos. Deve-se, além disso, restringir a ingestão de açúcar de mesa e açúcar livre, sucos artificiais e refrigerantes, ainda, doces e guloseimas em geral (KOPIN; LOWENSTEIN, 2017).

É importante mencionar também que as ações preventivas tem demonstrado impacto positivo na redução da morbimortalidade associada as doenças crônicas (hipertensão, diabetes e cardiovasculares), e a diminuição dos níveis de colesterol e triglicérides (VILEIGAS et al., 2019).

As estratégias de promoção de saúde estão encaminhadas as correções no estilo de vida, como a perda de peso, atividade física e cessação de tabagismo e, principalmente, na alimentação saudável e adesão ao tratamento. A utilização das técnicas adequadas de mudança do comportamento dietético são fundamentais para bons resultados no tratamento (TOMELERI et al., 2015).

Desta maneira, a atenção básica (AB) é considerada como um espaço ideal para essas ações de educação em saúde, o qual pode ser realizado de forma individual ou em grupo, no qual o trabalho é feito em conjunto com indivíduos que apresentam problemas nutricionais similares, sendo que a concepção de educação é baseada na troca, na construção, no compartilhar do conhecimento entre os profissionais, usuários e comunidade (BRASIL, 2016).

Um grupo pode ajudar seus membros a sentirem-se aceitos, respeitados e não sozinhos em seus problemas nutricionais comuns, o que resulta em melhoria da autoestima e construção de cidadania. As experiências divididas e a resolução de problemas podem ajudar algumas pessoas a lidar com seus pensamentos e comportamentos e mudá-los (BRASIL, 2016).

## 5. PLANO OPERATIVO

Trata-se de um projeto de intervenção para reduzir o uso indiscriminado da sinvastatina na Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Clara Ferreira Maciel, no município de São Raimundo Nonato-PI.

Inicialmente a médica convocará uma reunião com toda a equipe para informar sobre os objetivos pretendidos com a intervenção e para solicitar a colaboração dos mesmos. Neste dia será agendado dois outros encontros com todos da equipe para que a médica realize uma capacitação a respeito da sinvastatina.

Essa capacitação ocorrerá na própria UBS, com duração de 2h cada encontro e como material será utilizado o manual do Ministério da Saúde. No último encontro a médica irá apresentar o cronograma das ações educativas para a equipe e entregará para os ACS os convites com as datas e horários das mesmas.

Em continuidade com a intervenção serão realizadas quatro ações educativas, sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da equipe, essas ações ocorrerão na UBS, com duração máxima de 40 min. Será utilizado como recurso audiovisual o retroprojeto, som e como material informativo serão entregues folders a respeito das consequências do uso indiscriminado da sinvastatina.

Por fim, para melhorar a assistência aos pacientes que fazem uso da sinvastatina, a médica e a enfermeira irão orientar os pacientes sobre as consequências do uso indiscriminado e das reais indicações desta medicação. Além disso, serão solicitados exames para avaliar o colesterol e triglicérides destes pacientes.

O quadro 1 representa uma síntese das ações programadas, por meio da identificação do problema, seus objetivos, metas, prazos, ações estratégicas e responsáveis por desenvolver.

**Quadro 1: Síntese das ações programadas**

SITUAÇÃO PROBLEMA A	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
---------------------------	-----------	------------------	-----------------------	--------------

Grande quantidade de pacientes em uso de sinvastatina de forma indiscriminada	Capacitar a equipe multiprofissional sobre o uso indiscriminado da sinvastatina.	Capacitar 100% da equipe em relação ao uso indiscriminado da sinvastatina/duas semanas	A médica realizará uma capacitação com toda equipe multiprofissional.	1-Médica da equipe
	Melhorar a avaliação e o acompanhamento dos pacientes em uso de sinvastatina	100% dos pacientes em uso de sinvastatina serão avaliados nas consultas médicas e de enfermagem/3 meses	Durante as consultas médicas e de enfermagem os pacientes que fazem uso de sinvastatina serão avaliados a respeito da necessidade ou não.	1-Médica da equipe 2-Enfermeira da equipe
	Realizar ações de promoção e educação em saúde em relação ao uso indiscriminado da sinvastatina	Realizar grupos educativos para 80% dos pacientes que fazem uso da sinvastatina/3 meses	Os grupos educativos serão realizados pela médica e pela enfermeira da equipe na própria UBS, com duração máxima de 40 min. Os ACS ficarão responsáveis por convidar os pacientes e estimular a sua participação dos grupos.	1-Médica da equipe 2-Enfermeira da equipe  3-Agentes Comunitários de Saúde

## 6. CONCLUSÃO

Espera-se com essa intervenção conscientizar a população a respeito do uso indiscriminado da sinvastatina, pois apesar de ser uma medicação útil para o controle das dislipidemias o seu uso irregular pode acarretar sérios problemas. Desta maneira, as prescrições destas medicações e as ações de promoção em saúde poder ser estratégias úteis que potencialmente podem causar transformações na forma como os pacientes pensam.

Conclui-se que é importante haver uma gestão mais cautelosa do tratamento com a sinvastatina na atenção básica com monitoramento dos efeitos desta medicação de forma indiscriminada, especialmente em pacientes com fatores associados a esse uso.

## 7. REFERÊNCIAS

1. BORGOL, M. V. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população de Vitória segundo dados do VIGITEL e da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 29, n. 25, p. 12-20, abr. 2019.
2. BRASIL. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo:** metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
3. FALUDI, A. A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v.109, n. 2, supl.1, ago. 2017.
4. FAVARO, D.T.L. et al. Impact of educational group strategy to improve clinical and glycemic parameters in individuals with diabetes and hypertension. **Investigación y Educación en Enfermería.** v. 34, n. 2, p. 315-22, jun. 2016.
5. HIRAI, V. H. G. et al. Prevalência de dislipidemia em trabalhadores de uma empresa do setor papeleiro. **Rev Bras Med Trab.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 54-60, set. 2019.
6. KOPIN, L.; LOWENSTEIN, C. Dyslipidemia. **Annals of Internal Medicine.** v.167, n.11, p. 81-96, dez. 2017.
7. LOTUFO, P.A. et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of high low-density lipoprotein cholesterol in Brazil: Baseline of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Journal of Clinical Lipidology.** v.10, n.3, p.568-76, mai. 2016.
8. PRÉCOMA, D. B. et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 113, n. 4, p. 4-14, out-nov. 2019.
9. SILVA, P. M. Metabolismo lipídico e diagnóstico das dislipidemias primárias. **Revista Fatores de Risco.** Rio de Janeiro, v. 38, n. 12, p. 10-25, set. 2015.
10. SOUZA, N. A. et al. Dislipidemia familiar e fatores associados a alterações no perfil lipídico em crianças. **Ciênc. saúde colet.** São Paulo, v. 24, n. 1, p. 81-90, jan. 2019.
11. TOMELERI, C.M. et al. Prevalence of dyslipidemia in adolescents: Comparison between definitions Prevalência de dislipidemias em adolescentes: comparação entre diferentes critérios. **Revista Portuguesa de Cardiologia.** v.34, n.2, p. 103-109, fev. 2015.

12. VILEIGAS, D. F. et al. Evolução de pacientes dislipidêmicos em atividade educativa em grupo sobre alimentação e nutrição na atenção primária à saúde. **Rev. Ciênc. Ext.** Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.62-74, mai. 2019.