

Percepção de farmacêuticos sobre o descumprimento do protocolo e das diretrizes terapêuticas para dislipidemia e os desafios para a gestão do Sistema Único de Saúde

Pharmacist's perception of non-compliance with the protocol and therapeutic strategies for dyslipidemia and the challenges for the management of the Unified Health System

Percepción del farmacéutico sobre el incumplimiento del protocolo y estrategias terapéuticas para la dislipidemia y los desafíos para la gestión del Sistema Único de Salud

Recebido: 31/05/2022 | Revisado: 12/06/2022 | Aceito: 15/06/2022 | Publicado: 26/06/2022

Karina Uggere de Andrade Campelo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2499-6557>
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Brasil
E-mail: karinauggere@gmail.com

Camila Ferreira Mariani

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9597-9375>
Universidade Vila Velha, Brasil
E-mail: camilafmariani@gmail.com

Juliana André Vindor

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9483-0456>
Universidade Vila Velha, Brasil
E-mail: juju.vindor@hotmail.com

Flavia de Souza Andrade Moraes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1816-7821>
Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, Brasil
E-mail: flavia_amoraes@hotmail.com

Ewelyne Miranda de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1497-6111>
Universidade Vila Velha, Brasil
E-mail: ewelynelima@hotmail.com

Girlandia Alexandre Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5455-7141>
Universidade Vila Velha, Brasil
E-mail: girlandia.brasil@uvv.br

Karla Oliveira dos Santos Cassaro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9125-0854>
Faculdade Multivix, Brasil
E-mail: karlaosch@gmail.com

Manuela Martins Cruz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7024-2174>
Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, Brasil
E-mail: manuelamcruz@hotmail.com

Denise Coutinho Endringer

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9396-2097>
Universidade Vila Velha, Brasil
E-mail: denise.endringer@uvv.br

Tadeu Uggere de Andrade

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6387-7895>
Universidade Vila Velha, Brasil
Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, Brasil
E-mail: tadeu.andrade@uvv.br

Resumo

O estudo objetivou avaliar o cumprimento do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) para dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Tratou-se de um estudo observacional retrospectivo dos processos de liberação de medicamentos para tratamento da dislipidemia em farmácias de dispensação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica e orientação analítico-descritiva de natureza qualitativa com os farmacêuticos e gestores do sistema. Foram incluídos na pesquisa os processos de pacientes em tratamento com estatinas e fibratos e com dados de pelo menos um ano de utilização dos medicamentos e ainda, farmacêuticos atuantes na dispensação dos medicamentos e gestores. Foram analisados ao todo 146 processos e participaram da abordagem qualitativa 36 farmacêuticos e 6 gestores. Noventa processos (61,6%) apresentaram critério de inclusão descrito. Apenas

em 7 (19,4%) processos os valores iniciais de triglicédeos estavam acima de 500mg/dL e em 72,3% os valores eram inferiores ao preconizado. Não foi identificado relato de critério de exclusão para os usuários dos processos analisados, entretanto, em relação ao hipertireoidismo 2,1% processos apresentaram níveis de TSH acima de 10mcUI/mL e 7,5% sem dados de dosagem deste hormônio. As dosagens iniciais de CPK e transaminases hepáticas não estavam presentes em 10 (6,8%) e 5 (3,4%) processos, respectivamente. Em conclusão, foi possível compreender que não há o cumprimento efetivo do que é padronizado no PCDT para dislipidemia e que a educação permanente dos profissionais e empenho da gestão nesta melhoria contínua devem ser prioridades para garantir a segurança e eficácia do tratamento.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Doenças cardiovasculares; Tratamento farmacológico; Medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica; Promoção da saúde.

Abstract

The study aimed to assess compliance with clinical protocol and therapeutic guidelines (CPTG) for dyslipidemia for the prevention of cardiovascular events and pancreatitis. This was a retrospective observational study of medication release processes for the treatment of dyslipidemia in medication dispensing pharmacies of the specialized component of pharmaceutical service and analytical-descriptive guidance of a qualitative nature with pharmacists and system managers. The processes of patients undergoing treatment with statins and fibrates and with data from at least one year of medication use and also pharmacists working in the dispensing of medications and managers were included in the research. A total of 146 processes were analyzed and 36 pharmacists and 6 managers participated in the qualitative approach. Ninety cases (61.6%) presented the described inclusion criteria. Only in seven (19.4%) cases the initial triglyceride values were above 500mg/dL and in 72.3% the values were lower than recommended. No report of exclusion criteria was identified for users of the analyzed processes, however, in relation to hyperthyroidism, 2.1% processes had TSH levels above 10mcUI/mL and 7.5% had no data on the dosage of this hormone. Initial measurements of CPK and liver transaminases were not present in 10 (6.8%) and 5 (3.4%) cases, respectively. In conclusion, it was possible to understand that there is no effective compliance with what is standardized in the PCDT for dyslipidemia and that the continuing education of professionals and management commitment to this continuous improvement must be priorities to ensure the safety and effectiveness of the treatment.

Keywords: Pharmaceutical service; Cardiovascular diseases; Pharmacological treatment; Medicines from the specialized component of pharmaceutical service; Health promotion.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo evaluar el cumplimiento del protocolo clínico y las guías terapéuticas (PCDT) para la dislipidemia para la prevención de eventos cardiovasculares y pancreatitis. Se trata de un estudio observacional retrospectivo de los procesos de liberación de fármacos para el tratamiento de la dislipidemia en farmacias dispensadoras de fármacos del componente especializado de atención farmacéutica y orientación analítico-descriptiva de carácter cualitativo con farmacéuticos y gestores del sistema. Se incluyeron en la investigación los procesos de pacientes en tratamiento con estatinas y fibratos y con datos de al menos un año de uso de medicamentos y también farmacéuticos que actúan en la dispensación de medicamentos y gestores. Se analizaron un total de 146 procesos y en el abordaje cualitativo participaron 36 farmacéuticos y 6 directivos. Noventa casos (61,6%) cumplieron los criterios de inclusión descritos. Solo en 7 (19,4%) casos los valores iniciales de triglicéridos estaban por encima de 500mg/dL y en el 72,3% los valores estaban por debajo de lo recomendado. No se identificó reporte de criterios de exclusión para los usuarios de los procesos analizados, sin embargo, en relación al hipertireoidismo, el 2,1% de los procesos presentaban niveles de TSH superiores a 10mcUI/mL y el 7,5% no tenían datos sobre la dosificación de esta hormona. Las mediciones iniciales de CPK y transaminasas hepáticas no estaban presentes en 10 (6,8%) y 5 (3,4%) casos, respectivamente. En conclusión, se pudo comprender que no existe un cumplimiento efectivo de lo estandarizado en el PCDT para dislipidemia y que la educación continua de los profesionales y el compromiso de la gerencia con esa mejora continua deben ser prioridades para garantizar la seguridad y eficacia del tratamiento.

Palabras clave: Cuidado farmacéutico; Enfermedades cardiovasculares; Tratamiento farmacológico; Medicamentos del componente especializado de asistencia farmacéutica; Promoción de la salud.

1. Introdução

A dislipidemia é uma doença metabólica caracterizada por elevação dos níveis plasmáticos de colesterol de baixa densidade (LDL-C), redução dos níveis de colesterol de alta densidade (HDL-C) e/ou aumento de triglicérides (TG), com elevado risco de eventos coronarianos por aterosclerose (Xavier et al., 2013). Outra situação clínica, não cardiovascular, associada à dislipidemia, é a pancreatite aguda (Santos et al., 2021). Níveis de TG maiores do que 1000mg/dL podem precipitar ataques de pancreatite aguda, embora a patogenia ainda não seja clara, sendo possivelmente relacionada à lesão de células pancreáticas e do endotélio por ácidos graxos (Santos et al., 2021).

O tratamento medicamentoso consiste, sobretudo, no uso de estatinas, que atuam principalmente na redução da síntese hepática do colesterol, aumentando, assim, sua captação da circulação para repor o colesterol intracelular (Catapano et al., 2016). Em se tratando de pacientes com alterações nos TG, os medicamentos de escolha são os fibratos, sendo as estatinas moderadamente efetivas (Catapano et al., 2016).

No Brasil, o acesso a esses medicamentos é regulado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite, que apresenta os critérios de inclusão e exclusão, obedecendo às etapas de solicitação, avaliação, autorização e dispensação (Brasil, 2020).

Nesse contexto, necessário se faz a racionalização da utilização desses medicamentos, sendo que pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o acesso aos mesmos está relacionado à efetividade e à qualidade destes (OMS, 1985). Isto ocorre quando são dispensados medicamentos apropriados às condições clínicas dos pacientes, em doses adequadas às suas necessidades individuais, pelo tempo correto e ao menor custo possível (Costa e Silva & Nogueira, 2021).

Além disso, é fundamental que o medicamento seja dispensado em condições ideais, com a necessária orientação e responsabilidade, e, finalmente, que se cumpra o regime terapêutico já prescrito (Barbosa & Costa, 2021).

Entretanto, no que diz respeito ao acesso a esses medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda não há estudos que tenham avaliado o real cumprimento do PCDT da dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite e, dada a complexidade do mesmo, torna-se importante essa avaliação.

Assim, a hipótese é de que a análise dos processos de dispensação dos medicamentos contemplados pelo PCDT em questão pode apontar falhas e/ou lacunas que devem ser sanadas para garantir o uso racional desses medicamentos.

2. Metodologia

2.1 Descrição do local do estudo

Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) são dispensados em farmácias públicas estaduais, mediante cumprimento aos critérios de definidos nos PCDT do Ministério da Saúde (MS).

Dentre os medicamentos do CEAF dispensados pelas farmácias públicas estaduais, estão: atorvastatina, pravastatina, bezafibrato, ciprofibrato e fenofibrato, que são padronizados no PCDT – Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite.

2.2 Descrição do estudo

Estudo observacional retrospectivo dos processos de liberação de medicamentos para tratamento da dislipidemia em farmácias de dispensação de medicamentos do CEAF e orientação analítico-descritiva de natureza qualitativa com os farmacêuticos e gestores do sistema em relação à percepção sobre o descumprimento do protocolo e diretrizes terapêuticas para dislipidemia e desafios à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para análise dos processos de liberação de medicamentos, foram incluídos processos de pacientes em tratamento com atorvastatina, ciprofibrato e/ou fenofibrato, com dados de pelo menos 1 (um) ano de utilização do medicamento.

Durante a avaliação dos processos, foram coletados dados de idade, gênero, comorbidades, origem de prescrição, tratamento medicamentoso, tratamento não medicamentoso, além do cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão, interrupção e assinatura do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER).

Ainda, compuseram a orientações analítico-descritiva de caráter qualitativa da pesquisa, farmacêuticos atuantes na dispensação dos medicamentos e gestores das farmácias estaduais de dispensação dos medicamentos do CEAF.

A avaliação dos processos de dispensação de medicamentos do CEAF para tratamento da dislipidemia, que fizeram parte do presente trabalho, teve como base os critérios estabelecidos no PCDT da Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite, conforme descrito na sequência (Brasil, 2020).

2.2.1 Critérios de inclusão do Protocolo de Dislipidemia

Compunham o rol de critérios de inclusão: I - Diabetes melitus em homens e mulheres acima de 45 e 50 anos, respectivamente, com pelo menos um fator de risco cardiovascular maior (tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, história familiar em parente de primeiro grau de doença arterial coronariana precoce – antes dos 55 e 65 anos para homens e mulheres, respectivamente); II - Moderado a alto risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham com risco superior a 10% em 10 (dez) anos; III - Evidência clínica de doença aterosclerótica; IV - Diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar.

Outros critérios ainda estavam relacionados ao uso de medicamentos, sendo eles: Genfibrozila não podendo ser usada em associação com estatinas pelo risco de rabdomiólise e devendo ser observada a intolerância ou refratariedade ao tratamento com estatinas e com triglicérides acima de 200 mg/dL, HDL inferior a 40mg/dL, refratariedade a tratamento dietético por pelo menos 3 meses e com confirmação laboratorial (pelo menos duas determinações de cada exame com duas semanas de intervalo). E ainda, intolerância ou refratariedade ao tratamento com estatinas e com triglicérides acima de 500mg/dL (objetivando prevenção de pancreatite); Fenofibrato, ciprofibrato, etofibrato e bezafibrato para pacientes com ou sem indicação de uso de estatinas e triglicérides acima 500mg/dL (objetivando prevenção de pancreatite).

2.2.2 Critérios de exclusão do Protocolo de Dislipidemia

Dentre os critérios de exclusão estavam: Hipotireoidismo descompensado (TSH acima de 10mcUI/mL); Gestantes ou mulheres em idade fértil que não estivessem utilizando pelo menos dois métodos contraceptivos seguros ou que não tinham contracepção definitiva; Doença hepática aguda ou crônica grave (como elevação das transaminases mais de 3 (três) vezes os valores normais, icterícia ou prolongamento do tempo de protrombina); ou Hipersensibilidade ou evento adverso prévio conhecido ao medicamento ou a qualquer componente da fórmula.

2.2.3 Critérios de interrupção e monitorização/Termo de esclarecimento e responsabilidade (TER)

De acordo com o protocolo, provas de função hepática e muscular deviam ser realizados no início do tratamento, após 6 (seis) meses e toda vez que houvesse modificação posológica ou associação de fármacos que aumentassem o risco de toxicidade. Além disso, os critérios de interrupção eram mialgia com CPK 10 (dez) vezes acima do normal e transaminases hepáticas com valores três vezes acima do normal (Brasil, 2020).

2.2.4 Orientação analítico-descritiva de natureza qualitativa

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes e autorização para gravação em áudio, foram organizados 2 (dois) grupos focais, um composto por farmacêuticos atuantes nas farmácias públicas estaduais de dispensação de medicamentos do CEAF e outro composto pelos gestores dessas farmácias.

Os grupos focais foram conduzidos por um moderador/relator com conhecimento sobre o tema e sem envolvimento direto com a oferta de serviços da farmácia. Contou-se também com a presença de dois observadores que ficaram responsáveis pela gravação dos discursos. As discussões tiveram duração aproximada de 2 (duas) horas para cada grupo focal.

O primeiro grupo focal realizado foi o composto por farmacêuticos. Nesta etapa do trabalho foram apresentados os resultados da avaliação do cumprimento ou não do protocolo de dislipidemia e foi iniciado grupo focal para o diálogo com os profissionais farmacêuticos que apresentaram as suas visões frente ao problema.

Foram realizados debates com os farmacêuticos com abordagem dos principais desafios enfrentados para o cumprimento do PCDT, do desenvolvimento das atividades diárias nos serviços pesquisados e as perspectivas de mudança desta realidade e/ou sugestões. Então, os discursos dos farmacêuticos foram gravados em áudio, para transcrição futura.

Com os gestores também foi realizado o grupo focal onde foram apresentados os resultados relacionados à avaliação do cumprimento do protocolo, ao nível de conhecimento dos farmacêuticos sobre o mesmo, doença e tratamento e o resultado do grupo focal realizado com os farmacêuticos. A partir de então, foi realizado o debate para avaliar a visão dos gestores frente ao atendimento farmacêutico e às manifestações dos mesmos, e também, as perspectivas dos gestores quanto a mudanças e/ou sugestões para a melhoria do serviço executado no âmbito das farmácias estaduais de dispensação dos medicamentos do CEAF.

Para tanto, foram realizados debates com os gestores, com abordagem dos temas acima elencados e os discursos dos gestores foram gravados em áudio, para transcrição futura.

Após conclusão dos grupos focais, as declarações dos farmacêuticos e dos gestores foram transcritas, editadas e passadas por uma leitura flutuante, em que o pesquisador se permitiu "invadir" as impressões (Bardin, 1977) e delimitar as respostas, que foram tabuladas e organizadas de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), na qual foram selecionadas expressões-chave de cada depoimento; a Ideia Central (IC) de cada expressão chave foi identificada; e as expressões principais foram combinadas com referência a ideias centrais semelhantes. Esse processo resultou no DSC escrito na primeira pessoa (Lefèvre & Lefèvre, 2003).

2.3 Questões éticas

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Vila Velha (UVV) (CEP/UVV), sob o parecer 721.998.

2.4 Análise estatística

Os dados foram compilados no programa EpiInfo™ e posteriormente, transferidos para planilha elaborada no Microsoft Excel® versão Office 2013. O banco de dados foi analisado com utilização do programa estatístico Statistical Package Social Science versão 11.5 (SPSS 11.5). O dado de cálculo para a Escore de Framingham (EF) foi expresso como a média \pm o desvio padrão (DP). Para os demais dados, foram realizadas as frequências relativas simples. A análise do grupo focal foi realizada avaliando-se primeiramente as frequências simples das ideias centrais que mais ocorreram e, posteriormente, foram transcritos os trechos das falas mais impactantes à discussão.

3. Resultados e Discussão

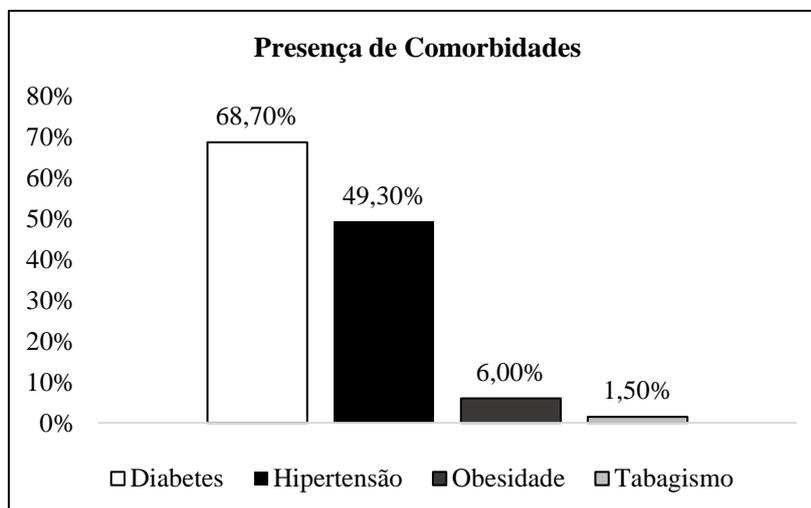
Dentre os 1880 processos de pacientes com dislipidemia e posterior à exclusão daqueles com duplicidade de uso do mesmo medicamento e/ou mais de um tipo, 1027 foram apurados. Destes, foram excluídos 548, por terem o início de utilização anterior à implantação do protocolo em análise e 333, por não terem, ainda, dados de 1 (um) ano de uso dos medicamentos. Com isso, 146 processos foram incluídos e foram analisados de forma retrospectiva.

3.1 Dados dos Usuários

Em relação ao gênero, a maioria dos participantes era representada por mulheres, 93 (63,7%), e 53 (36,3%) eram homens. Do mesmo modo, evidência demonstra que os cuidados com a saúde são mais importantes para mulheres que para os homens, o que pode explicar a maior frequência destas (Cassaro et al., 2016).

A presença de comorbidades foi verificada em 67 usuários (45,9%), sendo o diabetes a mais observada, 46 (68,7%), seguida de hipertensão, 33 (49,3%) e em 17 usuários a associação de ambas. Também foram observados de forma isolada e/ou associada obesidade, 4 (6,0%) e tabagismo, 1 (1,5%) (Figura 1).

Figura 1. Distribuição percentual da população estudada em relação à presença de comorbidades em pacientes dislipidêmicos.



Fonte: Autores.

O elevado percentual de usuários acometidos por diabetes e hipertensão no estudo está de acordo com os dados de doenças de maior prevalência na população brasileira, estando entre as quatro doenças crônicas não transmissíveis de maior impacto a nível mundial (Brasil, 2018; OMS, 2018). Esses dados reforçam a literatura, que aponta a doença aterosclerótica como sendo de etiologia multifatorial e com diversos fatores de risco associados como hipertensão, diabetes, obesidade, entre outros (Brasil, 2020). Dessa forma, entende-se que os pacientes dos processos analisados estão, em sua maioria, em um perfil de risco cardiovascular desfavorável.

No que se refere à origem da prescrição dos medicamentos, todos os processos apresentavam receituário. Destes, em 83 (56,8%) a prescrição tinha origem no SUS, em 41,8% no sistema de saúde particular/saúde complementar e 1,4% referiam-se a decisões judiciais.

Do mesmo modo, o trabalho de Silva e Linartevichi (2019) demonstrou que a maioria das prescrições de medicamentos recebidas pelos estabelecimentos farmacêuticos avaliados foram originadas em serviços públicos de saúde, pertencentes ao SUS.

O fato das prescrições serem principalmente originárias do SUS, demonstra-se que a população brasileira, em sua grande maioria, é SUS dependente, sendo esta evidência complementada pelo dado de que esta população busca os serviços de saúde ofertados pelo Sistema Público para acesso a medicamentos (Oliveira et al., 2021).

3.2 Avaliação do cumprimento do Protocolo

Na verificação do cumprimento do PCDT, 90 (61,6%) processos apresentaram critério de inclusão descrito. Destes, 66 possuíam apenas um critério de inclusão (73,3%) e 24, dois ou mais (26,7%) (Tabela 1). Em 56 (38,4%), não estava descrito qual o critério de inclusão utilizado, indicando baixa adesão ao mesmo.

Essas informações são importantes e devem ser observadas com cuidado pelos profissionais de saúde envolvidos com o atendimento aos pacientes dislipidêmicos. Outro trabalho já demonstrou que a dislipidemia aterogênica juntamente com a disfunção e inflamação vascular característica, aumentam em cinco vezes a chance de desenvolvimento de diabetes e, ainda, a

associação desta com o quadro aterosclerótico aumenta em três vezes a chance de desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares (DCV) (Ambapkar et al., 2016).

Dentro desse relevante tema “doenças cardiovasculares”, é notória a necessidade e importância em identificar fatores de risco associados às DCV, estando dentre as principais ações de saúde atreladas à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, aquelas direcionadas à hipertensão arterial sistêmica, diabetes dislipidemias (Lemos et al., 2021).

Pode-se observar na Tabela 1 que o principal critério de inclusão foi o III, seguido do I e, ainda, que a principal associação de critérios foi entre I e III. Em uma avaliação detalhada, todos os processos analisados atendiam ao critério de idade. Observa-se ainda que para todos os critérios, grande parte dos processos não continham informações suficientes para inclusão no protocolo.

Tabela 1. Critérios de inclusão que inseriram os pacientes no PCDT.

Critérios de inclusão	N	%
Critério I isolado	27	30
Critério II isolado	5	5,6
Critério III isolado	31	34,4
Critério IV isolado	3	3,3
Critérios I + II	6	6,7
Critérios I + III	11	12,2
Critérios II + III	4	4,5
Critérios I + II + III	3	3,3

Fonte: Autores.

Para Lemos e colaboradores (2021), os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas são úteis e importantes para subsidiar tecnicamente profissionais de saúde a atuarem de maneira autônoma e para que seja garantida a assistência qualitativa e resolutiva aos usuários do SUS.

Em relação aos fibratos, 36 usuários encontravam-se em uso do medicamento, sendo 5 (13,9%) de ciprofibrato e 31 (86,1%) de fenofibrato. Apenas em 7 (19,4%) processos os valores iniciais de triglicerídeos estavam acima de 500mg/dL, em 3 (8,3%) não havia valores de triglicerídeos. No restante (26; 72,3%), os valores eram inferiores ao preconizado como critério de inclusão. Nenhum usuário dos processos analisados estava em uso de genfibrozila, uma vez que o estado não possui este medicamento padronizado.

No cumprimento dos critérios de exclusão, não foi identificado relato expressivo de critério de exclusão para os usuários dos processos analisados, o que já era esperado, visto que se trata de processos já deferidos.

Entretanto, devido aos elevados níveis de TSH e/ou TGO, 4 (quatro) pacientes não deveriam ter os medicamentos dispensados, além daqueles cujos processos não continha a informação dos níveis iniciais de TSH ou transaminases.

Em relação ao hipertiroidismo, 3 (2,1%) processos apresentaram níveis de TSH acima de 10mcUI/mL e 11 (7,5%) sem dados de dosagem deste hormônio. A informação de dosagem de transaminase glutâmica oxalacética (TGO) acima de três vezes o valor normal estava presente em 1 (0,7%) processo e em outros 5 não havia essa informação.

Nesse sentido, sabe-se que a presença dos critérios de exclusão nos PCDT visa proteger a saúde dos usuários, visto que valores elevados de TSH em uso de estatinas estão relacionados ao aumento do risco de desenvolvimento de miopatia e rabdomiólise (Brasil, 2020).

Ambapkar e colaboradores (2016) relataram um caso de rabdomiólise induzida por estatina em paciente com hipotireoidismo idiopático não diagnosticado. Adicionalmente, Robison e colaboradores (2014) observaram maior prevalência de intolerância às estatinas em pacientes com hipotireoidismo em relação aqueles com função tireoidiana normal. A função

tireoidiana anormal, também foi um achado comum nos pacientes com efeitos adversos induzidos pelas estatinas em estudo realizado por Berta e colaboradores (2014).

3.3 Tratamentos medicamento e não medicamentoso

Dos processos avaliados, 135 (92,5%) apresentaram tratamento em monoterapia e em 11 (7,5%), a associação entre fibrato e estatina, sendo o tratamento com fenofibrato e atorvastatina mais frequente 9 (81,8%) e em apenas 2 (18,2%), ciprofibrato com atorvastatina.

Observa-se que o tratamento medicamentoso destinado à redução de níveis lipídicos séricos abarca mais de uma classe de medicamentos, com recomendação de utilização contínua destes (Silva et al., 2018; CONITEC, 2019).

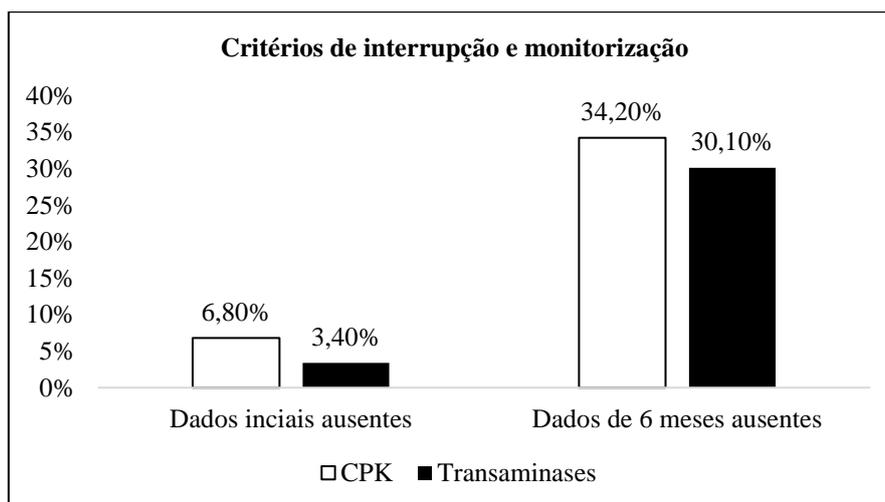
Sabe-se que a utilização de hipolipemiantes minimiza a disfunção endotelial presente na aterosclerose, sendo essa estratégia, associada à adoção de hábitos saudáveis de vida, benéfica à redução dos distúrbios metabólicos de lipoproteínas e assim, ao tratamento da dislipidemia (Feio et al., 2020).

No que se refere à atorvastatina, padronizada para dispensação pela farmácia estudada, esta possui vantagens frente as demais estatinas por apresentar maior tempo de meia vida e ser eficaz independente do horário de administração, o que a diferencia da sinvastina, por exemplo, que exige horário específico para administração (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2017).

As dosagens iniciais de CPK e transaminases hepáticas não estavam presentes em 10 (6,8%) e 5 (3,4%) processos, respectivamente.

Quanto às dosagens de CPK e transaminases hepáticas após 6 (seis) meses, verificou-se que em 50 (34,2%) e 44 (30,1%) processos, respectivamente, não haviam dados. Dos usuários que apresentavam esses dados, todos estavam com os valores dentro dos parâmetros de normalidade (Figura 2).

Figura 2. Distribuição percentual dos dados iniciais e após seis meses de ausência de CPK e transaminases em relação aos critérios de interrupção e monitorização do tratamento para dislipidemia.



Fonte: Autores.

Dentro desse contexto, o uso de estatinas está associado ao aumento de potássio sérico e consequentes, à ocorrência de mialgia (Liu et al., 2019). Tem-se também que, apesar de a associação entre estatinas e genfibrozila ser a de maior risco para o desenvolvimento de rabdomiólise, o uso combinado de estatinas e outros fibratos também aumenta o risco de miopatia e rabdomiólise (Izar et al., 2021).

Assim, nessas situações, a monitorização dos níveis de CPK, preconizada no protocolo, torna-se ainda mais relevante, podendo, nos casos de rabdomiólise, os níveis de CPK se elevarem em dez vezes mais do que os valores fisiológicos normais (Souich et al., 2016).

Vale ressaltar que recentemente o Food and Drug Administration (FDA) retirou a recomendação do uso associado de estatinas com formas de liberação prolongada de niacina e alguns fibratos (FDA, 2016). Isso demonstra que o risco de problemas com associação entre estatinas e fibratos, que representa 7,5% dos usuários analisados, vem sendo cada vez melhor documentado e a monitorização deve ser melhorada.

No que se refere ao tratamento não medicamentoso, apesar do mesmo estar preconizado para todos os pacientes, não havia descrito em nenhum processo analisado a indicação deste tratamento, como mudança no estilo de vida, alimentação e/ou prática de atividade física. Isso pode refletir o fato de que alguns prescritores entendem que não devem explicitar na solicitação dos medicamentos as condutas não farmacológicas, mas também pode refletir a pouca atenção que é dada a esta prática fundamental ao tratamento, não apenas da dislipidemia, mas também de outros fatores de risco associados à esta doença.

Dessa forma, a ausência de indicação de tratamento não medicamentoso contraria o recomendado na literatura e inclusive pode dificultar a prevenção e tratamento de fatores de risco para a dislipidemia e DCV, uma vez que mudanças de estilos de vida, como o controle de peso por adoção de alimentação saudável e pela prática de atividade física, são capazes reduzir esses fatores e evitar, por exemplo, a obesidade (Korhonen et al., 2020).

A recomendação de tratamento da dislipidemia com estratégias não medicamentosas inclui também a cessação do hábito de fumar e do alcoolismo, bem como, o cuidado com a saúde mental, sobretudo, as ações de combate ao estresse (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2017).

Ademais, por ser uma exigência para a liberação dos medicamentos, em todos os processos analisados o TER estava assinado tanto pelo médico quanto pelo usuário. Apesar disso, os dados apresentados pela análise desse protocolo indicaram que os pacientes não tinham conhecimento quanto ao tratamento prescrito, demonstrando que a assinatura do TER pelos pacientes não representou o esclarecimento destes quanto às orientações presentes no TER.

A garantia do conhecimento do paciente sobre as informações contidas no TER é importante, pois, como exemplo, este documento informa que a associação entre estatinas e fibratos aumenta o risco de rabdomiólise (Izar et al., 2021). Ocorre que existia uma parcela de pacientes em uso associado de medicamentos sem indicação de associação, evidenciando mais uma vez a falta de conhecimento dos pacientes em relação às informações do TER.

Ainda, no TER há previsão de monitorização da condição de saúde dos pacientes por meio da realização de exames periódicos, o que, após análise dos processos, não foi observado.

Além disso, dado o grande número de processos cujos usuários não estavam sendo monitorados por meio de exames laboratoriais após 6 (seis) meses de tratamento para a dislipidemia, nota-se, mais uma vez, que o protocolo não foi cumprido adequadamente.

A ausência de monitorização da condição de saúde dos usuários da farmácia estudada por meio de exames laboratoriais periódicos representa um risco para estes uma vez que as DCV é a principal causa global de mortes por doenças crônicas não transmissíveis, estando entre elas a dislipidemia (Faria & Vale, 2018).

Então, os presentes resultados indicam a aceitação da hipótese inicial, uma vez que constatou-se falhas e lacunas nos processos de solicitação ou mesmo de avaliação do uso dos medicamentos relacionados ao PCDT. Os dados revelam que os critérios de inclusão e exclusão não foram adequadamente cumpridos.

Por essa razão, é importante ressaltar que o componente especializado corresponde àquele que viabiliza o acesso aos medicamentos de alto custo e que a dispensação realizada de forma inadequada gera danos ao erário federal, estadual e municipal (Rover et al., 2018).

Esse cenário demonstra a necessidade de educação continuada dos profissionais envolvidos na prescrição de tratamentos ao paciente, na avaliação dos processos de solicitação de medicamentos e na dispensação dos medicamentos, como forma de evitar o comprometimento da racionalização do uso de estatinas e fibratos para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite, objetivo maior do protocolo clínico em questão. E sendo esta uma estratégia para também a prevenção de resultados negativos à saúde do paciente, e assim, para a manutenção do controle da dislipidemia e para a redução do risco de eventos adversos a medicamentos e possíveis danos à saúde.

Corroborando a presente ideia, há na literatura o destaque para a importância da atualização do conhecimento técnico de profissionais de saúde sobre o tratamento medicamentoso para dislipidemias (Siva, Andrade Júnior & Souza, 2020).

Nessa perspectiva, autores relatam também a necessidade de resgatar os conteúdos apresentados por PCDT, com o intuito de promover qualidade e racionalidade às práticas de saúde (Lemos et al., 2021).

3.4 Orientação analítico-descritiva de natureza qualitativa

Do processamento das respostas dos farmacêuticos frente ao questionamento sobre os principais desafios enfrentados para o cumprimento do PCDT, para o desenvolvimento das atividades diárias nos serviços pesquisados e as perspectivas de mudança desta realidade, foi possível elaborar os DSC, tendo início com o seguinte discurso: “[...] *mudar coisas que prejudicam o local de trabalho, como a infraestrutura. Eu acho que tinha que ter um espaço para o farmacêutico [...] atender o paciente. [...].*” (DSC).

Na sequência eles se manifestaram dizendo: “*É preciso menos quantidade e mais qualidade. Para ser ideal o número de pacientes atendidos por dia não poderia passar de 50 pacientes, com uns 8 mim de atendimento por paciente. [...] para se conversar com o paciente e ver o que ele mesmo está precisando, poder orientar e ajudar. [...] Sugeriria à gestão um maior número de farmacêutico [...].*” (DSC).

A avaliação dos serviços de saúde é um método que pode auxiliar, tanto farmacêuticos quanto gestores, no desenvolvimento das ações e posteriormente melhorias relacionadas à utilização de medicamentos (Bonadiman et al., 2018). Assim, visando aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde, utilizam-se ferramentas distintas referentes à estrutura e atendimento (Alturki & Khan, 2013; Bonadiman et al., 2018).

Em relação à estrutura, observa-se nos discursos dos farmacêuticos uma insatisfação, que reclamam da falta de infraestrutura, recursos humanos qualificados e fluxo de atendimento impróprio para o serviço ofertado, como falhas na marcação de consultas e exames. Estudo realizado por nosso grupo de pesquisa também mostrou falhas na organização e estrutura de farmácias públicas comunitárias, fato este que pode gerar erros de relacionados à dispensação de medicamentos (Cruz et al., 2022).

Quanto ao aspecto de recursos humanos, é possível perceber que a quantidade de farmacêuticos é insuficiente e totalmente desproporcional à quantidade de pacientes atendidos, o que resulta em excesso de atividades, que diminui a qualidade dos serviços e causa desmotivação dos profissionais, achado esse que é reforçado pelo DSC exposto no presente trabalho.

Nesse mesmo sentido, após estudo relacionado também ao CEAF, Brito e Araujo (2022) demonstraram que ainda se fazem presentes desafios que precisam ser ultrapassados para o alcance da garantia plena do acesso da população a medicamentos do CEAF, incluindo o refinamento da organização das dinâmicas de trabalho, a fim de proporcionar ao paciente a assistência em saúde de maneira contínua, conforme necessário.

Assim como no presente trabalho, em que o farmacêutico sugere uma cota de pacientes por farmacêutico para que haja a conversa com o paciente, no estudo de Cassaro e colaboradores (2016) fica evidente que o tempo de espera diminui drasticamente quando há recursos humanos em quantidade suficiente.

Na sequência, os discursos dos farmacêuticos trouxeram as seguintes questões: “[...] *A realidade não permite cobrar do paciente os exames, pois, o mesmo não consegue o exame e o atendimento médico pelo SUS. Deve ser discutida a flexibilidade na dispensação e os exames exigidos. Porque muitas vezes por falta de alguns dados, não pode ser dispensado e nem aberto o processo. Deve-se ver os problemas que estão acontecendo, [...] para avaliar o impacto no tratamento do paciente, [...] mas os gestores não conhecem a realidade.*” (DSC).

Para os farmacêuticos, a gestão tem uma parcela grande no não cumprimento do protocolo, pois não consegue perceber as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, conforme o discurso. Da mesma forma, outro estudo mostrou falhas relacionadas à gestão, incluindo o caráter pouco colaborativo por parte desta, o que dificulta o acesso da população ao medicamento (Lisboa & Souza, 2017).

Seguindo para a visão dos gestores, do processamento das respostas destes frente à questão relacionada aos principais desafios enfrentados para o cumprimento do PCDT, ao desenvolvimento das atividades diárias nos serviços pesquisados e as perspectivas de mudança desta realidade, resultaram DSC, por meio dos quais os gestores disseram: “[...] *A ideia inicial é trazer para as farmácias o consultório farmacêutico, onde os pacientes terão a oportunidade de ter um serviço mais específico, mais direcionado. É tirar o farmacêutico desse estado mecânico que ele se encontra hoje, colocar no lugar dele pessoas que de fato serão entregadores de medicamentos e colocar esses farmacêuticos no lugar onde eles têm que estar, desenvolvendo o Cuidado Farmacêutico, [...] que vai aumentar a qualidade do atendimento e valorizar a profissão farmacêutica [...].*” (DSC).

No entendimento dos gestores o problema relacionado ao cumprimento do protocolo tem relação com a qualidade do atendimento ofertado, pois conforme o discurso, o mesmo está centrado nos medicamentos dispensados e não no cuidado em si.

A ideia do cuidado centrado no paciente acompanha as transformações e inovações dos cuidados em saúde que priorizam atender às necessidades de cada usuário assistido (Bragazzi et al., 2020), visando a orientação do paciente para que esse consiga realizar o autocuidado e também gerir, junto ao profissional de saúde, sua condição de saúde conforme suas peculiaridades (McCormack & Mcance, 2017).

Os gestores demonstram também uma mudança no formato de capacitação dos profissionais quando dizem: “[...] *A gente começou esse ano com um modelo diferenciado de capacitação e de educação continuada pra melhorar o nível de conhecimento dos farmacêuticos e esperamos que reverta um pouco esse quadro atual [...] O protocolo deve ser estudado de maneira correta.*” (DSC).

No mesmo sentido do exposto pelos participantes da pesquisa, no que se refere à capacitação de profissionais de saúde, com dados já existentes é possível associar a capacitação e qualificação desses profissionais com o aprimoramento de sua capacidade para o provimento de cuidados centrados no paciente (Diab et al., 2020).

Em adição, os gestores se manifestaram da seguinte forma: “*Eu acho que nessa questão de melhoria e capacitação das nossas comissões locais, a CEFT tem que ser incluída sim! [...] A gente poderia se antever, fazendo auditorias internas dos próprios protocolos e monitorando a CFT local. E outra intervenção que eu acho que a gente tem que pensar, é de atualização dos protocolos conforme atualização ministerial.*” (DSC.)

Assim, conforme a visão de farmacêuticos e gestores, o não cumprimento dos protocolos clínicos possuem diversos fatores relacionados, principalmente a burocratização do serviço que demanda tempo do profissional (Brito & Araujo, 2022), a insuficiente capacitação de profissionais, a quantidade insuficiente de recursos humanos e o processo de avaliação das solicitações de medicamentos falho e burocrático (Brito & Araujo, 2022).

No entanto, sabe-se que o modelo de atuação do farmacêutico vem se aprimorando, de forma a mudar o foco do serviço, direcionando-o ao paciente e não mais ao medicamento (Brasil, 2019). E para que esse modelo seja consolidado, tem-se a necessidade de capacitar esses profissionais em relação ao domínio dos conhecimentos técnicos referentes ao tratamento medicamentosos e ao cuidado centrado no indivíduo, entendendo o paciente como um todo e descaracterizando a dispensação

como um simples ato de entrega de medicamentos (Wal et al., 2013; Malewski et al., 2014; Reis et al., 2015; Wheeler & Chisholm-Burns, 2018).

Frente a todos exposto, é possível compreender que as limitações do estudo estão diretamente relacionadas à falta de informações nos processos de dispensação de medicamentos do componente especializado destinados ao tratamento da dislipidemia, o que gera dados alarmantes. E ainda, sinaliza a necessidade de novos estudos tentando entender o universo de profissionais que atuam preenchendo esses dados e liberando os medicamentos nessas farmácias, conforme a estudada.

4. Conclusão

Desta forma conclui-se que o PCDT de dislipidemia não é cumprido adequadamente, no que se refere à análise de abertura de processos de solicitação de medicamentos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), compreensão do paciente quanto ao tratamento prescrito e monitorização periódica de sua condição de saúde.

Tudo isso devido às dificuldades de acesso dos pacientes aos serviços de saúde por meio dos quais ocorre o atendimento médico e, como consequência, a prescrição do medicamento, bem como a solicitação de exames de monitorização de sua condição de saúde, em razão dos entraves do próprio sistema público de saúde. E ainda, de maneira adicional, também à sobrecarga de farmacêuticos atuantes nas farmácias de dispensação de medicamentos do CEAF e da atuação da CFT quando da avaliação dos processos.

É possível, portanto, compreender pela necessidade de aprimoramento do processo de avaliação, dispensação e monitorização de medicamentos do CEAF no que diz respeito ao PCDT de dislipidemia e da condição de saúde dos usuários atendidos por farmácias públicas estaduais de dispensação de medicamentos do CEAF. E também, que a educação permanente dos profissionais e empenho da gestão nesta melhoria contínua devem ser prioridade para garantir a segurança e eficácia de tratamentos propostos, sem diminuir a qualidade de vida do paciente.

Agradecimentos

Agradecemos à Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo – SESA pela permissão para a realização deste estudo. Este trabalho recebeu recurso da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, Finance Code 001), do Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES, grant number 220/2018) e do Conselho Nacional e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq: grant number 311925/2018-9).

Referências

- Alturki, M., & Khan, T. M. (2013) A study investigating the level of satisfaction with the health services provided by the Pharmacist at ENT hospital, Eastern Region Alahsah, Kingdom of Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 2 (3), 255-602. 10.1016/j.jsps.2012.09.001.
- Ambapkar, S. N., Shetty, N., Dwivedy, A., & Malve, H. O. (2016) Statin-induced rhabdomyolysis in patient with renal failure and underlying undiagnosed hypothyroidism. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 20 (5), 305-7. 10.4103/0972-5229.182210.
- Barbosa, N. J. S., & Costa, B. A. (2021) Uso racional de medicamentos: o problema da automedicação. *Revista da Saúde da AJES*, 7 (14), 150-160. ISSN 2358-7202.
- Bardin, L (1977). Análise de conteúdo. Edições 70, 225 p.
- Berta, E., Harangi, M., Zsíros, N., Nagy, E. V., Paragh, G., & Bodor, M. (2014) Effect of thyroid hormone status and concomitant medication on statin induced adverse effects in hyperlipidemic patients. *Pharmazie*, 69 (6), 420-3.
- Bonadiman, R. L., Lima, E. B., Brasil, G. A., Santanna, A. F., Endringer, D. C., Lenz, D., & Andrade, T. U. (2018) Nível de satisfação dos usuários e verificação do conhecimento dos farmacêuticos em farmácias públicas do Espírito Santo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23 (2), 627-638.
- Bragazzi, N. L., Mansour, M., Binsignore, A., & Cilibert, R. (2020) O papel dos farmacêuticos hospitalares e comunitários no gerenciamento do COVID-19: em direção a uma definição expandida dos papéis, responsabilidades e deveres do farmacêutico. *Pharmacy*, 8 (3), p. 140.
- Brasil. (2013) Ministério da Saúde. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia para a prevenção. Portaria nº 200, de 25 de fevereiro de 2013. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

- Brasil. (2019) Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília, DF.
- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. Resolução n. 675, de 31 de outubro de 2019. Regulamenta as atribuições do farmacêutico clínico nas unidades de terapia intensiva, e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, DF.
- Brasil. (2020) Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e Pancreatite [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 36 p.: il.
- Cassaro, K. O. S., Heringer, A. O., Fronza, M., Lenz, D., Endringer, D. C., & Andrade, T. U. (2016) Level of satisfaction of clients of public pharmacies dispensing high-cost drugs in Espírito Santo, Brazil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* [online]. 52 (1), 95-103. 10.1590/S1984-82502016000100011.
- Catapano, A. L., Graham, I., De Backer, G., Wiklund, O., Chapman, M. J., Drexel, H., et al. (2016). ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. *European Heart Journal*, 37, 2999–3058. 10.1093/eurheartj/ehz455.
- Conitec. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. 2019. http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_PCDT_Dislipidemia_CP04_2019.pdf.
- Costa e Silva, J. C., Nogueira, R. P. S. (2021) A importância da atenção farmacêutica como ferramenta para a promoção do uso racional de medicamentos em idosos que fazem uso de polifarmácia: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10 (15), e543101523560. 10.33448/rsd-v10i15.23560.
- Cruz, M. M., Heringer, K. O. S. C., Lyrio, C., Brasil, G. A., Lima, E. M., Endringer, D. C., Lenz, D., Rezende, A. M. B., & Andrade, T. U. (2022) Pharmaceutical services in primary health care: dissatisfaction among users, managers and pharmacists, Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 58, 1-14. 10.1590/s2175-97902020000318849.
- Da Hora Brito, A., & Araujo, M. de O. (2022) Percepção dos usuários sobre o acesso a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *HU Revista*, 48: 1-9. 10.34019/1982-8047.2022.v48.36718.
- Diab, M. I., Ibrahim, A., Abdallah, O. et al. (2020). Perspectivas dos futuros farmacêuticos sobre o potencial de desenvolvimento e implementação da prescrição farmacêutica no Qatar. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 42 (1), 110-123.
- Faria, A. C. M. D. (2018). Efetividade da atenção farmacêutica nas dislipidemias: uma revisão.
- FDA - Food and Drug Administration. (2016) Withdrawal of Approval of Indications Related to the Coadministration With Statins in Applications for Niacin Extended-Release Tablets and Fenofibric Acid Delayed-Release Capsules. Last updated. Available from: <https://www.federalregister.gov/articles/2016/04/18/2016-08887/abbvie-inc-et-al-withdrawal-of-approval-of-indications-related-to-the-coadministration-with-statins#h-11>.
- Feio, C. M. A., Souza, D. S. M., Santos, A. S. F., Ribeiro, C. F. L., Sanches, L. A. A., & Pacheco, J. V. (2020) Dislipidemia e hipertensão arterial: uma relação nefasta. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 27 (2), 4-7.
- Izar, C. O. M., Giraldez, V. Z. R., Bertolami, A., et al. (2021) Update of the Brazilian Guideline for Familial Hypercholesterolemia - 2021. Atualização da Diretriz Brasileira de Hipercolesterolemia Familiar – 2021. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 117 (4), 782-844. Doi:10.36660/abc.20210788.
- Korhonen, M. J., Pentti, J., Hartikainen, J., et al. (2020) Lifestyle Changes in Relation to Initiation of Antihypertensive and Lipid-Lowering Medication: A Cohort Study. *Journal of the American Heart Association*, 9:1-10.
- Lefèvre, F., & Lefèvre, A. M. C. (2003). O discurso de sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Educ.
- Lemos, P. F. S., Acioli, S., Daher, D. V., Koopmans, F. F., Pires, B. F. B., & Faria, M. G. A (2021). Ações de saúde e o uso de protocolos clínicos na estratégia saúde da família. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 11, e4207. <http://doi.org/10.19175/recom.v11i0.420>.
- Lisboa, E. S., & Souza, L. E. P. F. (2017) Por que as pessoas recorrem ao Judiciário para obter o acesso aos medicamentos? O caso das insulinas análogas na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1857-64. Doi:10.1590/1413-81232017226.33922016.
- Liu, Aimei. et al. (2019) Statins: adverse reactions, oxidative stress and metabolic interactions. *Pharmacology & Therapeutics*, 195, 54-84. 10.1016/j.pharmthera.2018.10.004.
- Malewski, D. F., Ream, A., & Gaither, C. A. (2014) Patient satisfaction with community pharmacy: comparing urban and suburban chain-pharmacy populations. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 11 (1), 121-8. 12. 10.1016/j.sapharm.2014.05.001.
- Mccormack, B., & Mccance, T. *Enfermagem Centrada na Pessoa: Teoria e Prática*. (2a ed.), Chichester, Reino Unido: John Wiley & Sons Ltd., 2017.
- Oliveira, Y. M. C., Braga, B. S. F., Farias, A. D., Vasconcelos, C. M., & Ferreira, M. A. F. (2021) Judicialização no acesso a medicamentos: análise das demandas judiciais no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37 (1), e00174619. 10.1590/0102-311X00174619.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (1985) World Conference on Rational Use of drugs, Nairobi.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (2018) Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: WHO, 2018 [citado 18 fev 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncdprofiles-2018/en/>.

- Reis, T. M., Guidoni, C. M., Giroto, E., Rascado, R. R., Mastroianni, P. C., Cruciol, J. M., & Pereira, L. R. L. (2015) Knowledge and conduct of pharmacists for dispensing of drugs in community pharmacies: a cross-sectional study. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 51 (3), 733-744. 10.1590/S1984-82502015000300025.
- Robison, C. D., Bair, T. L., Horne, B. D., McCurbrey, R. O., Lappe, D. L., Muhlestein, J. B., & Anderson, J. L. (2014) Hypothyroidism as a risk factor for statin intolerance. *Journal of Clinical Lipidology*, 8 (4), 401-7. 10.1016/j.jacl.2014.05.005.
- Rover, M. R. M., Vargas-Peláez, C. M., Farias, M. R., & Leite, S. N. (2016) Metodologia para o desenvolvimento de um protocolo de indicadores para a avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica. *UNA-SUS. Acervo de Recursos Educacionais em Saúde – UNASUS*. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/6141>>. Acesso em 3 de março de 2022.
- Santos, B. P. S., Santos, H. S., Costa, L. A., & Costa, M. F. A. (2021) A etiologia incomum de pancreatite aguda: será que é hipertrigliceridemia? *Comunicação em Ciências Saúde*, 32 (1), 87-91.
- Silva, A. P. R., & Linartevichi, V. F. (2019) validação da origem das prescrições de medicamentos psicotrópicos em um município oeste do Paraná. *Fag Journal of Health*, 1, (2), 150-153. 10.35984/fjh.v1i2.100.
- Silva, E. A. et al. (2018) O uso das estatinas no tratamento da dislipidemia e o mecanismo da biossíntese do colesterol. *Revista Científica FAEMA*, 9, 597-602.
- Siva, K. S. P. S., Andrade Júnior, F. P., & Souza, J. B. P. (2020) Principais fármacos utilizados no tratamento de dislipidemias: uma atualização. *Educação, Ciência e Saúde*, 7 (1), 251-267. <http://dx.doi.org/10.20438/ecs.v7i1.209>.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2017) Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 109, (supl.1), 1-76.
- Souich, P., Roederer, G., & Dufour, R. (2017) Myotoxicity of statins: Mechanism of action. *Pharmacology & Therapeutics*, 175 p.1-16. 10.1016/j.pharmthera.2017.02.029.
- Wal, P., Wal, A., Bhandari, A., Pandey, U., & Rai, A. K. (2013) Pharmacist involvement in the patient care improves out come in hypertension patients. *Journal of Research in Pharmacy Practice*, 2 (3), 123-9. 10.4103/2279-042X.122386.
- Wheeler, J. S., & Chisholm-Burns, M. (2018) The Benefit of Continuing Professional Development for Continuing Pharmacy Education. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 82 (3), 6461. 10.5688/ajpe6461.
- Xavier, H. T., Izar, M. C., Faria Neto, J. R., Assad, M. H., Rocha, V. Z., Sposito, A. C., Fonseca, F. A., dos Santos, J. E., Santos, R. D., Bertolami, M. C., Faludi, A. A., Martinez, T. L. R., Diament, J., Guimara, A., Forti, N. A., Moriguchi, E., Chagas, A. C. P., Coelho, O. R., & Ramires, J. A. F. (2013). V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 101 (4), 1-20. 10.5935/abc.2013S010.