

**Análise qualitativa da prescrição médica de ácido acetilsalicílico e
estatinas na prevenção primária de doença cardiovascular, da unidade Saúde da
Família Integrada Grotão, João Pessoa-PB.**

João Leonidas Oliveira Vasconcelos¹
Cristine Hirsch Monteiro²

Resumo

Objetivo: Avaliar a prescrição de AAS e estatinas na profilaxia primária de doenças cardiovasculares (DCV) em hipertensos e diabéticos na Unidade Saúde da Família (USF) Integrada Grotão, do Distrito Sanitário II, João Pessoa, PB. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, observacional e descritivo, através da aplicação de questionário semiestruturado a 30 usuários da atenção básica cadastrados no programa de hipertensos e diabéticos (*hiperdia*) para analisar as variáveis relacionadas ao Escore de Risco de Framingham Revisado e os fatores de risco modificáveis para DCV. Após o cálculo do risco cardiovascular global, a população do estudo foi classificada por sexo em baixo risco, moderado e alto risco, para verificar a prevalência da adequada prescrição do ácido acetilsalicílico (AAS) e das estatinas na prevenção primária de DCV. **Resultados:** Os usuários da Unidade Saúde da Família Integrada do Grotão apresentaram idade entre 41 e 78 anos (média de 59,2 anos) e 66% (n=20) eram do sexo feminino e 33% (n=10) do sexo masculino. O risco cardiovascular global calculado, após a aplicação do Escore Framingham Revisado, mostrou que 10% dos homens (n=1) se enquadraram no grupo de baixo risco; 10% (n=1) no risco moderado e 80% (n=8) no grupo de alto risco. Entre os usuários do sexo feminino, 25% (n=5) se enquadraram no grupo de baixo risco, 45% (n=9) risco moderado e 30% (n=6) no grupo de alto risco para desenvolver Doença Cardiovascular em dez anos. De acordo com o risco cardiovascular global, 50% das mulheres e 50% dos homens estudados deveriam estar em uso de AAS. A prescrição de AAS foi evidenciada em apenas 20% dos homens e 5% das mulheres. Por outro lado, 80% dos homens e 30% das mulheres apresentaram indicação de uso de estatina, mas este fármaco estava prescrito para 20% dos homens e 35% das mulheres. Entretanto, entre os usuários enquadrados no grupo de alto risco, a estatina foi prescrita para apenas 25% dos homens e 33% das mulheres. **Conclusão:** Constatada a subprescrição de AAS e estatina na prevenção primária de DCV, fica patente a necessidade de ajustar a intervenção terapêutica à aplicação do escore de risco.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares, Atenção Primária à Saúde, Ácido Acetilsalicílico, Sinvastatina, Prevenção.

¹ Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB. joao-leonidas@hotmail.com

² Orientadora, Professora do Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Fisiologia e Patologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB.

Abstract

Objective: To evaluate the prescription of acetylsalicylic acid and statins in primary prevention of cardiovascular disease (CVD) in hypertensive and diabetic patients in the Family Health Unit (FHU) Integrated Grotão, the Sanitary District II, João Pessoa-PB, Brazil. **Method:** This was a cross-sectional, observational and descriptive study, applying semi-structured questionnaire to 30 users registered in the diabetes and hypertension (*hiperdia*) primary care program to analyze the variables related to the Revised Framingham Risk Score and the modifiable risk factors for CVD. After calculating the overall cardiovascular risk, the study population was classified by gender in low-risk, moderate and high risk, to determine the prevalence of adequate prescription of acetylsalicylic acid (ASA) and of statins in primary prevention of CVD. **Results:** Users of Family Health Unit Integrated Grotão were aged between 41 and 78 years (mean 59.2 years) and 66% (n = 20) were female and 33% (n = 10) male. The global cardiovascular risk calculated after applying the Revised Framingham score, showed that 10% of men (n = 1) fitted in the low risk group, 10% (n = 1) at moderate risk and 80% (n = 8) in the high risk group. Among female users, 25% (n = 5) fitted in the low-risk group, 45% (n = 9), moderate risk and 30% (n = 6) in the high risk group for developing Cardiovascular Disease in ten years. According to the global cardiovascular risk, 50% of women and 50% of men should be studied using ASA. The prescription of aspirin was observed in only 20% of men and 5% of women. Moreover, 80% of men and 30% of women had an indication of statin use, but this drug was prescribed to 20% of men and 35% women. However, among users classified in the high risk group, the statin was prescribed for only 25% of men and 33% women. **Conclusion:** Given the under-prescription of aspirin and statins in primary prevention of CVD, it demonstrates the need for therapeutic intervention to adjust the application of risk score.

Keywords: Cardiovascular diseases, primary health care, aspirin, simvastatin, primary prevention.

Resumen

Objetivo: Evaluar la prescripción de la aspirina y las estatinas en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular (ECV) en pacientes hipertensos y diabéticos en la Unidad de Salud de la Familia (USF) Integrated de Grotão, el Distrito Sanitario II, João Pessoa, PB. **Método:** Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo, mediante la aplicación de cuestionario semi-estructurado para 30 usuarios registrados en el programa de atención primaria de hipertensos y diabéticos (HIPERDIA) para analizar las variables relacionadas con la Escala de riesgo Framingham y revisó el factores de riesgo modificables de las enfermedades cardiovasculares. Después de calcular el riesgo cardiovascular en general, la población de estudio se clasifican por género en el riesgo de bajo riesgo, moderado y alto, para determinar la prevalencia de la prescripción adecuada de ácido acetilsalicílico (AAS) y de las estatinas en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. **Resultados:** Los usuarios de la Unidad de Salud Familiar Integral Grotão tenían edades comprendidas entre 41 y 78 años (media 59,2 años) y 66% (n = 20) eran mujeres y el 33% (n = 10) hombres. El riesgo cardiovascular global calculada después de aplicar el Texto Refundido de Framingham, mostró que el 10% de los hombres (n = 1) montado en el grupo de bajo riesgo, el 10% (n = 1) con riesgo moderado y el 80% (n = 8) en el grupo de alto riesgo. Entre las usuarias, el 25% (n = 5) montado en el grupo de bajo riesgo, el 45% (n = 9), riesgo moderado y el 30% (n = 6) en el grupo de alto riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular en diez años. De acuerdo con el riesgo cardiovascular global, 50% de mujeres y 50% de los hombres deben ser estudiados utilizando ASA. La prescripción de la aspirina se observó en sólo 20% de los hombres y 5% de las mujeres. Por otra parte, el 80% de los hombres y el 30% de las mujeres tenían una indicación del uso de estatinas, pero este medicamento se le recetó al 20% de los hombres y las mujeres el 35%. Sin embargo, entre los usuarios clasificados en el grupo de alto riesgo, la estatina se lo hayan recetado sólo el 25% de los hombres y las mujeres el 33%. **Conclusión:** Dada la subprescripción de la aspirina y las estatinas en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares, demuestra la necesidad de una intervención terapéutica para ajustar la aplicación de la calificación de riesgos.

Palabras clave: Enfermedades cardiovasculares, atención primaria de salud, aspirina, simvastatina, prevención primaria.

Introdução

As doenças cardiovasculares representam a maior causa de mortes no Brasil ¹. Com o advento da industrialização e a modificação dos sistemas e modos de vida da sociedade, diversas condições também se alteraram, realçando na atualidade algumas doenças e problemas de saúde que não eram comuns. Nesta situação, é possível encontrar as Doenças Cardiovasculares (DCV), uma das maiores causas de morbidez da população que, aliada a outros fatores, como tabagismo, obesidade e dislipidemia, tem sido uma das causas mais frequentes de mortalidade da população adulta mundial ².

Com o advento da industrialização e a modificação dos sistemas e modos de vida da sociedade, diversas condições também se alteraram. Nas últimas décadas, verificou-se uma diminuição da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida da população (transição demográfica), mudando o perfil de morbimortalidade, com aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e diminuição da mortalidade por doenças infectocontagiosas (transição epidemiológica) ³. No Brasil a doença cardiovascular representa a maior causa de mortes aumentando os gastos com o sistema de saúde e previdência social ^{1,2,4}.

Em razão dessa tendência mundial de elevação nas taxas de incapacidade prematura, hospitalizações e óbitos, esforços têm sido feitos, no sentido de conscientizar a população para praticar atividade física, controle alimentar e diminuição dos fatores de risco, como tabagismo, por exemplo. Parte-se da premissa de que é possível prevenir a maioria das moléstias, incentivando cada vez mais a prevenção primária, priorizando a manutenção das condições de saúde da população ³.

As Doenças Cardiovasculares (DCV) podem manifestar-se de várias formas: como Doença Arterial Coronariana (DAC), Doença Cerebrovascular e Doença Arterial Periférica ⁵. A abordagem essencial para a prevenção primária destas moléstias é a redução de fatores de risco, sendo de fundamental importância a estratificação dos indivíduos em grupos de risco, com a finalidade de traçar metas terapêuticas. De acordo com D'Agostino *et al.* (2008), o escore de risco de Framingham Revisado é considerado padrão ouro para realizar a estratificação de risco cardiovascular global, estimando a probabilidade de ocorrência da doença cardiovascular em 10 anos ⁶.

Nesse contexto, a adoção da Estratégia Saúde da Família é considerada de extrema importância por abranger considerável parcela da população em estado de vulnerabilidade e situação de risco, que depende principalmente dos programas públicos de saúde. O Ministério da Saúde define a atenção básica de saúde como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde⁷.

Além disso, outro ponto crucial no controle da DCV é o uso adequado do arsenal farmacológico, incluindo o ácido acetilsalicílico - AAS e as estatinas, que têm sido frequentemente subutilizados ou usados sem observar a indicação baseada em evidências^{8,9}. O AAS é um antiagregante plaquetário indicado para a prevenção primária de eventos cardiovasculares em pacientes com moderado e alto risco. Apresenta como efeito adverso o risco de sangramento gastrointestinal e acidente vascular hemorrágico, por isso o AAS deve ser evitado em pacientes jovens ou com risco baixo⁹. As estatinas são hipolipemiantes com ações anti-inflamatória e antioxidante, indicados para prevenção de DCV em pacientes de alto risco. Possui efeitos adversos raros durante o tratamento, sendo ramiólise, miosite e hepatite os mais graves. Assim, é necessário um acompanhamento clínico dos pacientes que fazem uso desses medicamentos, visando à diminuição da morbidade causada pelos fármacos¹⁰.

O presente estudo objetivou estimar de forma qualitativa a prescrição dos medicamentos AAS e Estatinas na prevenção primária de DCV em função do perfil de risco cardiovascular da amostra e a prevalência dos fatores de risco entre usuários de uma Unidade Saúde da Família (USF) Integrada em João Pessoa-PB, onde é alta a vulnerabilidade social da maioria das famílias e o índice da população propensa ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares é elevado.

Métodos

A presente pesquisa, um estudo transversal, observacional e descritivo, investigou os usuários da USF Integrada Grotão, Distrito Sanitário II, João Pessoa-PB, onde há aproximadamente 7200 usuários adstritos, dos quais 937 são hipertensos cadastrados no Programa de Controle de hipertensão e Diabetes (*Hiperdia*). A amostragem incluiu 30 usuários, selecionados por técnica não-probabilística por conveniência, independentemente do sexo, hipertensos, acima de 40 anos, cadastrados no *Hiperdia* daquela USF Integrada.

A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2013, com aplicação de questionário semiestruturado avaliando a prevalência das variáveis relacionadas ao *Escore de Risco de Framingham (ERF) Revisado* ⁶, como: idade, sexo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, tabagismo, colesterol total e HDL, que permitem estimar os riscos de desenvolvimento de DCV em um espaço temporal de dez anos. Também foram analisados os fatores de risco modificáveis: dislipidemia (alteração dos níveis de LDL, HDL e/ou triglicérides), obesidade (índice de massa corporal), estresse psicológico e sedentarismo. Como foco principal do estudo foi analisado a prevalência da prescrição de AAS e de estatinas.

Foram considerados os valores dos exames laboratoriais mais recentes dos prontuários disponibilizados pela USF. E os valores de referência para hipercolesterolemia isolada (LDL-C \geq 160 mg/dL), hipertrigliceridemia isolada (valores \geq 150 mg/dL) e níveis de HDL-C baixo (\leq 40 mg/dL para o sexo masculino e \leq 50 para o sexo feminino) foram padronizados conforme a IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose ¹¹. Para os pacientes diabéticos, LDL-C \geq 100 é considerado elevado ⁸.

O risco cardiovascular foi calculado através do ERF Revisado, sendo os usuários classificados em baixo risco (menor que 10%), risco moderados (entre 10 a 20%) e de alto risco (maior que 20%) para desenvolver a doença cardiovascular.

Atendendo à ética em pesquisa com seres humanos, o presente estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de João Pessoa-PB (Processo N°. 23.310/2012) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário L. Wanderley - HULW (Parecer N°. 222.664). Todos os usuários da USF Integrada do Grotão, convidados a participar, foram devidamente esclarecidos sobre o estudo a ser desenvolvido e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de iniciar a entrevista.

Resultados

A amostra foi composta por trinta usuários da USF Integrada Grotão, Distrito Sanitário II, João Pessoa-PB, com idade variando entre 41 a 78 anos (média de 59,2 anos), dos quais 66,6% (n=20) pertencem ao sexo feminino e 33,3% (n=10) ao sexo masculino.

Em relação às diferentes prevalências de dislipidemias identificadas no levantamento realizado através dos prontuários, identificou-se que os homens apresentaram um menor percentual em todas as variáveis analisadas (Figura 1).

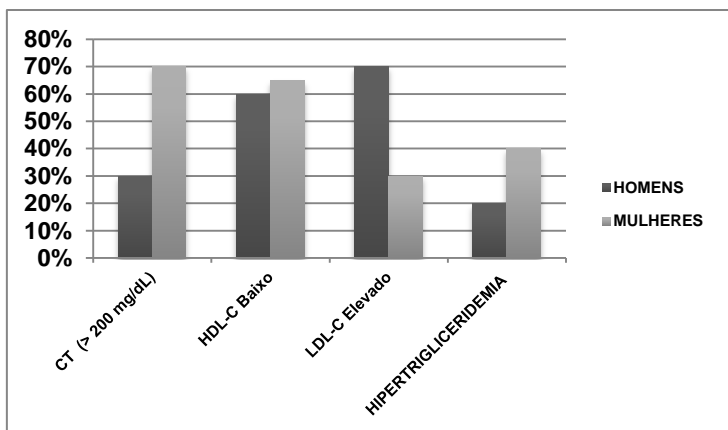


Figura 1. Distribuição dos usuários da USF Integrada Grotão, Distrito Sanitário II, João Pessoa-PB, por sexo e diferentes dislipidemias (n=30, sendo 10 do sexo masculino e 20 do sexo feminino).

A partir do perfil lipídico dos participantes da pesquisa, com relação ao sexo masculino (Tabela 1), foi possível observar que o valor médio de colesterol total de 207,1 mg/dL; o HDL e o LDL um valor médio de 41,1 e 138,5 mg/dL, respectivamente, e triglicerídeos com valor médio de 137,8 mg/dL. Entretanto, para o sexo feminino a média para o colesterol total foi de 214,5 mg/dL, o HDL e o LDL com média de 48,6 e 134,1 mg/dL, respectivamente, e triglicerídeos com valor médio de 160,5 mg/dL.

Tabela 1. Distribuição dos usuários da USF Integrada Grotão, Distrito Sanitário II, João Pessoa-PB, por sexo e diferentes dislipidemias (n=30).

Variável	Sexo Masculino			Sexo Feminino		
	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média±DP	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média±DP
Colesterol Total*	136	424	207,1±80,8	157	326	214,5±39,0
HDL*	29	56	41,1±10,7	29	67	48,6±9,0
LDL*	92	324	138,5±68,4	92	255	134,1±37,8
TGL*	44	336	137,8±81,2	55	384	160,55±80,9

Legenda: DP – desvio padrão; * - mg/dL.

O tabagismo foi confirmado em 15% (n=3) das usuárias e em 10% (n=1) dos usuários. Cerca de 43% (n=13) dos voluntários eram obesos, 46% (n=14) sedentários e 63% (n=19) relataram estresse psicológico (Figura 1).

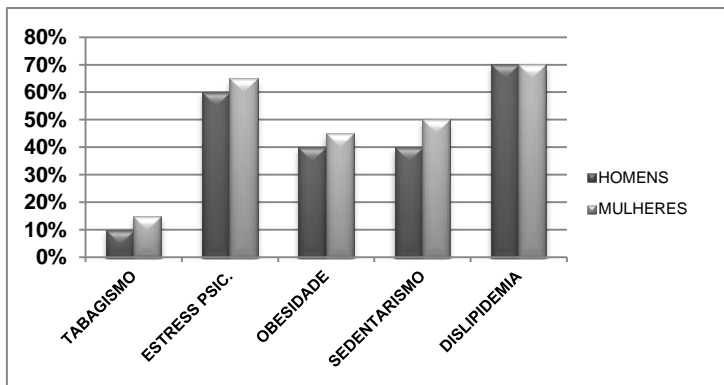


Figura 1. Distribuição dos usuários da USF Integrada Grotão, Distrito Sanitário II, João Pessoa-PB, por sexo e de acordo com fatores de risco modificáveis para Doenças Cardiovasculares (n=30).

Durante a coleta dos dados, todos os pacientes relataram fazer uso de pelo menos uma droga anti-hipertensiva. Entre os homens, 60%, e entre as mulheres, 25%, tinham o diagnóstico de diabetes.

Em relação aos níveis de pressão arterial, a média sistólica foi de 141 mmHg e a diastólica 86 mmHg, com desvio padrão de 21,3 e 6,9, respectivamente. A Figura 2 representa as frequências entre os diferentes estágios de hipertensão arterial sistêmica da amostra, de acordo com VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão ¹².

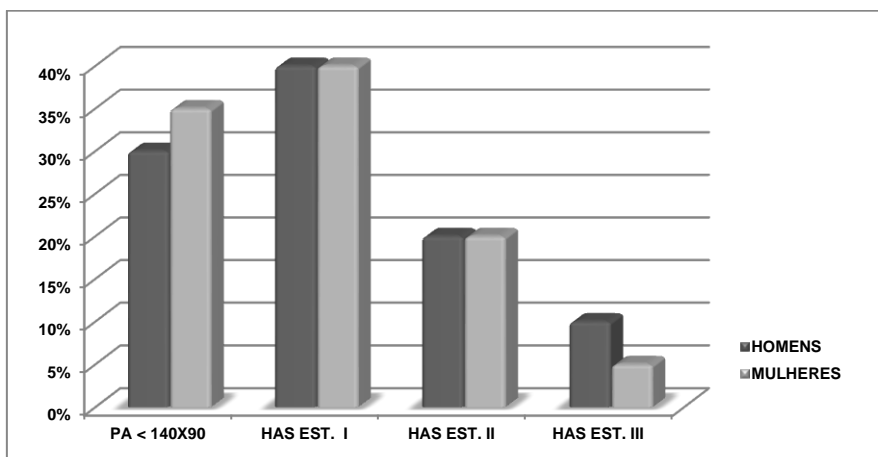


Figura 2. Distribuição dos usuários da USF Integrada Grotão, Distrito Sanitário II, João Pessoa-PB, por sexo e níveis pressóricos (n=30).

Após aplicar o ERF Revisado, o risco cardiovascular global encontrado para homens foi de 10% (n=1) para o grupo de baixo risco; 10% (n=1) com risco moderado e 80% (n=8) com alto risco. Já o sexo feminino apresentou 25% (n=5) de usuárias com baixo risco, 45% (n=9) com risco moderado e 30% (n=6) com alto risco de desenvolver DCV (Figura 3).

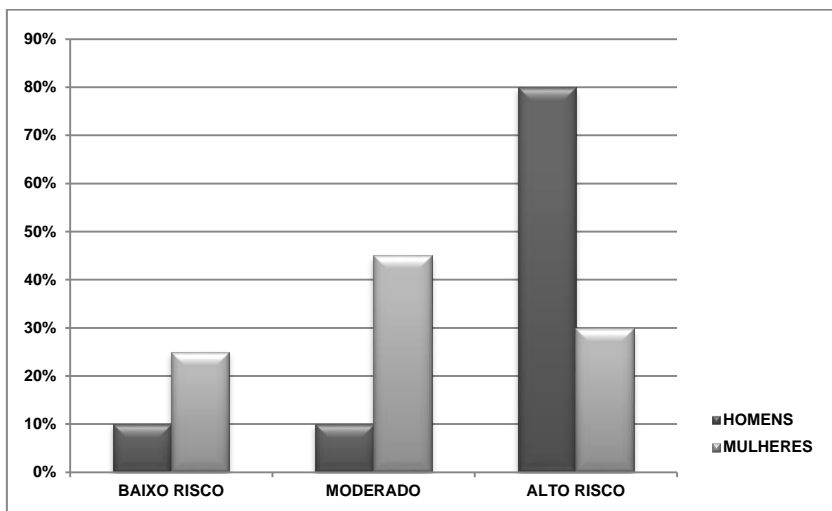


Figura 3. Distribuição da amostra por sexo, em faixas de risco de acordo com o Escore de Risco de Framingham Revisado.

Considerando os índices encontrados de pressão arterial, segundo recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), 50% dos homens e das mulheres deveriam estar em uso de ASS, levando-se em consideração a contraindicação relativa para usuários com PA > 140x90 mmHg. Entretanto, foi verificado que a prescrição de AAS só foi feita em 20% dos homens e 5% das mulheres usuários pesquisados.

Do mesmo modo, de acordo com o risco cardiovascular global, 80% dos homens e 30% das mulheres apresentaram indicação de uso de estatina, porém, a estatina foi prescrita para apenas 25% dos homens e 33% das mulheres. Entretanto, no grupo de alto risco a estatina foi prescrita para 20% dos homens e 35% das mulheres.

Discussão

O governo brasileiro tem incentivado as ações de prevenção na área da saúde divulgando em âmbito nacional, de conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Atenção Básica, a necessidade da diminuição significativa na incidência de DCV. Inclusive, com investimentos na área de esportes e lazer para a população de baixa renda, que podem trazer significativa contribuição para diminuição dos fatores de risco modificáveis. Os programas de atenção básica ganham uma atenção especial, notadamente por abranger grande parcela da população vulnerável que dependem desses programas públicos de saúde⁷.

O perfil elevado de risco cardiovascular, entre os participantes da pesquisa, se justifica pelas características intrínsecas do grupo avaliado no Programa *Hiperdia*, representados por hipertensos com idade média de 59,2 anos, sendo a idade um fator a se considerar pela presença de comorbidades, a exemplo, do diabetes.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, medidas preventivas visando reduzir as doenças cardiovasculares estão relacionadas principalmente a: mudança de estilo de vida, reeducação alimentar, prática de atividade física regular, combate ao tabagismo, controle da pressão arterial, manejo do diabetes, das dislipidemias e uso profilático de alguns fármacos. Nos pacientes de baixo e médio risco, as intervenções não farmacológicas devem preceder o tratamento medicamentoso ^{3,13}).

A maior prevalência de alto risco no sexo masculino está relacionada à alta prevalência de diabetes na amostra e à baixa procura pelos serviços de saúde por esta parcela da população, fato verificado em outros estudos ¹⁴. Os homens reproduzem o imaginário social de gênero hegemônico, acreditando em um referencial de invulnerabilidade e se expondo a comportamentos de riscos, dificultando a adoção de hábitos saudáveis e medidas preventivas ¹⁵. Assim, políticas públicas e busca ativa pelos profissionais da atenção básica direcionadas ao público masculino são intervenções necessárias para atender ao princípio da integralidade do SUS.

Entre os fatores de risco modificáveis, o tabagismo foi o menos prevalente, sendo o estresse psicológico e dislipidemia os fatores mais frequentes, entretanto, a obesidade e o sedentarismo apresentam valores significativos, no grupo pesquisado. O estilo de vida atual, a falta de estrutura para a prática de esportes e lazer no bairro, a baixa escolaridade, entre outros indicadores, tem contribuído para elevar o alto nível de fatores de riscos modificáveis.

Entre as dislipidemias, o HDL-C baixo apresentou maior prevalência. Corroborando com essa afirmação do Ministério da Saúde ⁴ e de estudo baseado em evidência médica ⁸: O HDL-C baixo frequentemente está associada ao fumo, à hipertensão, ao diabetes e ao sedentarismo, variáveis com alta prevalência na população estudada.

Neste estudo, evidenciou-se uma baixa prescrição de fármacos na prevenção primária de DVC, a exemplo do ASS e estatina. Entretanto, para Mansur *et al.* (2001) a prescrição de estatina em doença arterial coronariana e dislipidemia é alta, porém em função do alto custo dos medicamentos, verifica-se uma baixa adesão ¹⁶.

Estudos recentes têm demonstrado que as estatinas apresentam efeitos independentes da redução de colesterol, denominados pleiotrópicos, como melhora da função endotelial, propriedades antioxidantes, anti-inflamatórias e imunomoduladoras, atuando na fisiopatologia da aterosclerose e reduzindo a incidência de eventos cardiovasculares ¹⁰. A indicação para a prevenção primária em pacientes de alto risco

está bem solidificada na literatura ¹⁷, quanto maior o risco, maior o custo benefício do tratamento ⁴, entretanto, se observou que a prescrição de estatina ainda é baixa na amostra estudada.

O AAS em baixas doses (100mg/dia) está indicado, de acordo com BRASIL (2006), para pacientes com moderado e alto risco cardiovascular global, após o controle dos níveis pressóricos (PA < 140x90 mmHg). Nesse grupo os benefícios da prevenção superam os riscos de sangramento. No nosso estudo, o AAS foi prescrito para apenas 20% dos pacientes com indicação de uso, o que está de conformidade com o estudo transversal de base populacional realizado na cidade de Pelotas/RS ⁹, verificaram que a prevalência do uso de AAS na prevenção primária foi de apenas 24,8% e na secundária de 34,3%, evidenciando também a subutilização do fármaco na prevenção de doenças cardiovasculares.

Conclusão

O presente estudo constatou alta prevalência dos fatores de risco modificáveis e a subprescrição de AAS e estatina na prevenção primária de doenças cardiovasculares

Destaca-se que os homens apresentaram um maior uso do medicamento AAS, enquanto, as mulheres utilizavam a estatina em maior frequência, evidenciando a necessidade de intervenção terapêutica baseada em evidências acerca do uso desses fármacos, além da mudança de estilo de vida, que reflete na modificação dos fatores de risco diretamente relacionados com a incidência de DCV.

Referências

1. DUNCAN, B. B.; STEVENS, A.; ISER, B. P. M.; MALTA, D. C.; SILVA, G. A.; SCHMIDT, M. I. **Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009**. In: Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, cap.5, p.117-134. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_5_saude_brasil_2010.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2013.
2. SAMPAIO, M. R.; ELO, M. B. O.; WANDERLEY, M. S. A. Estratificação do risco cardiovascular global em pacientes atendidos numa Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió, Alagoas. **Rev. Bras. Cardiol.**, 2010; 23(1):47-56.
3. MALTA, D.C.; CEZÁRIO, A.C.; MOURA, L. *et al.* Vigilância da construção e prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis no Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2006; 15(3):47-65. Disponível em: <http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a06.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 14**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
5. NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence. **Statins for the prevention of cardiovascular events**. NICE Technology Appraisal 94. 2006. 45p. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA094guidance.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.
6. D'AGOSTINO R.B; VASAN, R. S.; PENCINA, M. J. WOLF, P. A.; COBAIN, M.; MASSARO, J. M.; KANNEL, W. B. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care: The Framingham Heart Study 2008. **Circulation**, 2008; 117(6):743-753. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/117/6/743>>. Acesso em: 17 jan. 2013.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde), pág. 19.
8. FURTADO, M. V., POLANCZYK, C. A. Prevenção cardiovascular em pacientes com diabetes: revisão baseada em evidências. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, 2007; 51(2):312-318. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v51n2/22.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2013.
9. VIANNA, C. A.; GONZÁLEZ, D. A.; MATIJASEVICH, A. Utilização de ácido acetilsalicílico (AAS) na prevenção de doenças cardiovasculares: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Públ.**, 2012; 28(6): 1122-1132. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600011>> . Acesso em: 22 nov. de 2012.
10. SANTIAGO, Marcos AMC. **Estatinas – efeitos tóxicos e novas aplicações**. Tese de mestrado, Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2011. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2278/3/TM_15292.pdf> Acesso em 23 nov. 2012.
11. SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, 2007; 88(supl.1):2-19. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2007/diretriz-DA.pdf>> Acesso em 24 nov. 2012.
12. SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, 2010; 95(supl.1):1-51. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>> Acesso em 25 nov. 2012.
13. COSTA, A. F.; WANNMACHER, L. Estatinas: uso racional na cardiopatia isquêmica. **Revista - Uso racional dos medicamentos: temas selecionados**, 2004; 1(10):1-6. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Estatinas.pdf>>. Acesso em: 22 nov. de 2012.
14. ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Cad. Saúde Públ.**, 2007; 41(3):368-374.
15. GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saude Publ.**, 2006; v.22, n.5, p.901-11.
16. MANSUR, A. P.; MATTARM A, P. L.; TSUBO, C. E.; SIMÃO, D. T.; YOSHI, F. R.; DACI, K. Prescrição e Aderência das Estatinas em Pacientes com Doença Arterial Coronária e Hipercolesterolemia. **Arq. Bras. Cardiol.**. 2001; 76:111-115.
17. CARNEIRO, A. V.; COSTA, J.; BORGES, M. A Terapêutica com Estatinas na Prevenção. Primária e Secundária da Doença Coronária. Revisão Científica. Centro de

Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal. **Rev. Port. Cardiol.**, 2004; 23(1):95-122.