

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

Márcio Pinto Rodrigues

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE PACIENTES COM
DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “NOVO
TEMPO” NO MUNICÍPIO DE SANTA HELENA DE MINAS NO ESTADO DE MINAS
GERAIS**

Teófilo Otoni / Minas Gerais

2020

Marcio Pinto Rodrigues

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE PACIENTES COM
DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “NOVO
TEMPO” NO MUNICÍPIO DE SANTA HELENA DE MINAS NO ESTADO DE MINAS
GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Bruno Leonardo de Castro Sena

Teófilo Otoni / Minas Gerais

2020

Marcio Pinto Rodrigues

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE PACIENTES COM
DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “NOVO
TEMPO” NO MUNICÍPIO DE SANTA HELENA DE MINAS NO ESTADO DE MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Bruno Leonardo de Castro Sena (Orientador) - UFMG

–Professora Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2020.

RESUMO

A importância crescente da mortalidade por doença cardiovascular torna a avaliação do risco cardiovascular global essencial na prática clínica atual. Esse risco pode ser avaliado utilizando várias metodologias, baseadas em escalas de risco. A identificação dos indivíduos propensos a sofrer desse evento é crucial para a prevenção efetiva com a correta definição das metas terapêuticas. Por isso e pela relevância desse tema para saúde pública na comunidade, esse estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para diminuir o índice de pacientes com doenças cardiovasculares e suas complicações, na área de abrangência da unidade de saúde da família “Novo Tempo” no município de Santa Helena de Minas em Minas Gerais. Os procedimentos metodológicos incluíram: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica narrativa nas bases de dados da SciELO e Biblioteca Virtual do Nescon e, por último, a proposta do plano de ação seguindo o método Planejamento Estratégico Situacional. Os problemas foram analisados pela equipe de saúde junto com as pessoas que conhecem a área e que têm domínio dos problemas de saúde existentes em cada microárea e das suas possíveis causas e consequências. Visto que no Brasil, as doenças cardiovasculares representam a primeira causa de mortalidade e morbidade, com este trabalho esperamos principalmente que a população mude seus hábitos e estilos de vida inadequados para evitar desfechos desfavoráveis.

Descritores: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Risco cardiovascular.

ABSTRACT

The increasing importance of cardiovascular disease mortality makes the assessment of global cardiovascular risk essential in current clinical practice. This risk can be assessed using various methodologies, based on risk scales. The identification of individuals prone to suffer from this event is crucial for effective prevention with the correct definition of therapeutic goals. For this reason and the relevance of this theme for public health in the community, this study aimed to develop an action plan to reduce the rate of patients with cardiovascular diseases and their complications, in the area covered by the family health unit "Novo Tempo" in the municipality of Santa Helena de Minas in Minas Gerais. The methodological procedures included: situational diagnosis, bibliographic narrative review in the databases of SciELO and the Virtual Library of Nescon and finally the proposal of the intervention plan. action following the Situational Strategic Planning method. The problems were analyzed by the health team together with people who know the area and who have mastery of the existing health problems in each micro area and its possible causes and consequences. Since in Brazil, cardiovascular diseases represent the main cause of mortality and morbidity, with this work we mainly hope that the population will change their habits and inadequate lifestyles to avoid unfavorable outcomes.

Keywords: Family health strategy. Primary health care. Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido acetilsalicílico
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BVS	Biblioteca virtual de saúde
CEGCSF	Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIRA	Comissão Intergestores da Região Ampliada
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doenças Cardiovasculares
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
ERF	<i>Escore de Risco de Framingham</i>
ERG	Escore de Risco Global
ERR	Escore de Risco de Reynolds
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência cardíaca
IST	Infecção sexualmente transmissível
PES	Planejamento Estratégico Situacional
RCV	Risco Cardiovascular
RTV	Risco pelo Tempo de Vida
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Novo Tempo, Unidade Básica de Saúde Centro de Saúde Central, município de Santa Helena de Minas, estado de Minas Gerais.....	12
Quadro 2: Desenho das operações para o nó crítico 1, relacionado ao problema de sedentarismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, município Santa Helena de Minas, 2020.....	21
Quadro 3: Desenho das operações para o nó crítico 2, relacionado ao problema de sedentarismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, município Santa Helena de Minas, 2020.....	22
Quadro 4: Desenho das operações para o nó crítico 3, relacionado ao problema de sedentarismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, município Santa Helena de Minas, 2020.....	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Aspectos gerais do município de Santa Helena de Minas.....	13
1.3 Aspectos da comunidade.....	13
1.2 O sistema municipal de saúde.....	14
1.4 A Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, seu território e sua população..	14
1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde “Familia Novo Tempo”	14
1.6 O dia a dia da equipe	14
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade(primeiro passo).....	16
1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	16
2 JUSTIFICATIVA.....	18
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos.....	21
4 METODOLOGIA.....	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1. Doenças cardiovasculares no Brasil.....	23
5.2. Estratégia Saúde da Família.....	23
5.3. Fatores de risco para as doenças cardiovasculares	24
5.4. O risco cardiovascular	25
5.5. Prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares	26
6 PLANO DE AÇÃO.....	29
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	29
6.2 Explicação do problema (quarto passo).....	29
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	29
6.4 Desenho das operações (sexto passo).....	29
6.5 Análise da Viabilidade dos Planos.....	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 O município de Santa Helena de Minas

Santa Helena de Minas é uma cidade do Estado de Minas Gerais, localizada na região do vale do rio Mucuri. O município se estende por 276,4 km² e contava com 6 055 habitantes no último censo e sua população estimada para 2018 é de 6.345 indivíduos. A densidade demográfica é de 21,9 habitantes por km² no território do município. Vizinho dos municípios de Machacalis, Fronteira dos Vales e Bertópolis, Santa Helena de Minas se situa a 41 km a Norte-Oeste de Itanhém a maior cidade nos arredores. Sua economia esta baseada na pecuária, gado bovino de corte e leite, e na agricultura predomina o plantio das lavouras de mandioca, feijão e milho por pequenos agricultores e para suas subsistências, as principais fontes de renda do município são a pecuária, o comércio e o funcionalismo público (IBGE, 2017). O município de Santa Helena de Minas é destaque por abrigar em seu território a tribo dos índios Maxakali, últimos remanescentes das diversas tribos indígenas que habitavam o território de Minas Gerais (SANTA HELENA DE MINAS, 2017).

1.3 Aspectos da comunidade

A cidade de Santa Helena de Minas conta com uma infraestrutura de cidade de pequeno porte, sendo que possui postos de saúde, sede da policia Militar, uma rodoviária, diversas praças e academias, habitações populares, duas agências bancárias, sendo uma do Bradesco e uma do Sicoob, uma agência dos correios, casa lotérica, fórum e outros.

A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas. A cidade sempre teve uma tradição forte em suas festas religiosas com os santos Padroeiros.

Na parte de turismo, Santa Helena de Minas conta com um centro de apoio ao turismo e faz parte do Circuito Turístico Urucuia Grande Sertão.

1.2 O sistema municipal de saúde

Em relação às redes de serviços, o município de Santa Helena de Minas conta com: três equipes de Saúde de Estratégia de Saúde da Família na atenção primária. Já na atenção especializada, possui apenas laboratório de análises bioquímicas, e os demais procedimentos especializados são referenciados para a cidade de Machacalis, sede de micro e macro do município, bem como o serviço de urgência e emergência, a atenção hospitalar e o apoio diagnóstico. Para a assistência farmacêutica o município conta com a Farmácia de Minas, que recebe incentivo para aquisição de medicamentos básicos, e o município entra com a contrapartida para diversificar seu rol de medicamentos de acordo com necessidade local. A vigilância em saúde trabalha de forma incipiente observa-se a dificuldade da junção das vigilâncias.

Existe um esforço praticado pelos gestores nas reuniões de Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores da Região Ampliada (CIRA) com os prestadores de serviços de saúde, para estreitar a comunicação entre os pontos de Comunicação, mas verifica-se que ainda não se consegue estabelecer um canal seguro de referencia e contra referencia da Atenção Primária com os níveis de atenção secundário e terciário. Já em relação aos outros municípios nota-se uma boa conexão. Principalmente em reuniões de CIR, os gestores sempre tentam se ajudar.

O modelo de atenção do município está em transição do assistencialista para o de prevenção e promoção a saúde, sendo essa mudança de importância extrema para a melhoria da prestação dos serviços de saúde em Santa Helena de Minas.

1.4 A Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, seu território e sua população

A equipe Novo Tempo atualmente conta com tais membros: um médico, que realiza as consultas clínicas, quando e onde for necessário, além de atividades programadas, encaminhamentos para outros pontos de atenção, bem como contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; uma enfermeira, que realiza as consultas e procedimentos de enfermagem, as atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, além de planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários,

juntamente com os outros membros da equipe, e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; Quatro técnicos em enfermagem, que similar à auxiliar de enfermagem, devem, além de realizar os procedimentos cabíveis ao exercício de sua profissão, realizar as atividades programas e de atenção espontânea, e ações de educação em saúde à população, participar do gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS), e contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente. Uma auxiliar de limpeza, que responsável pela limpeza e cuidado da unidade. Uma recepcionista, que intermedeia as necessidades dos usuários e a estrutura organizacional, sendo a primeira responsável em acolher os indivíduos (WIELEWICKI, 2008).

Conta também com cinco agentes comunitários de saúde (ACS) que medeiam a relação da comunidade com a equipe, cadastrando-as e mantendo o cadastro atualizado, orientando-as quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, acompanhando-as por meio de visitas domiciliares, desenvolvendo atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças e de vigilância à saúde, e mantendo contato permanente com as famílias (BRASIL, 2012). Além disso, conta com uma dentista, uma auxiliar de dentista e uma fisioterapeuta.

A UBS Centro de Saúde Central da Equipe Novo Tempo é uma casa alugada, adaptada para ser uma Unidade de Saúde, na zona urbana do município. Possui um espaço amplo e conta com 9 salas divididas em sala de atendimento, sala de vacina, sala de dentista, recepção e etc. É uma unidade bem equipada.

1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde Centro de Saúde Central

A UBS funciona de segunda a sexta-feira das 7:00 horas às 17:00 horas, com consultas agendadas e atendimentos espontâneos. Os programas que funcionam na unidade são: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama, controle de câncer de colo uterino, atendimento a hipertensos e diabéticos, rastreio de infecções sexualmente transmissíveis (IST), rastreio de tuberculose e hanseníase, saúde do homem, saúde da mulher e outros.

1.6 O dia a dia da equipe

O tempo dos profissionais da Equipe está dividido no acolhimento dos usuários, atendimento da demanda espontânea, que ocupa a maior parte do tempo de alguns profissionais, atendimento de demanda programada, que é principalmente para pré-natal, puericultura, hipertensos, diabéticos e controle de câncer de mama e ginecológico, visitas domiciliares. Sobre os projetos e grupos operativos: a equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como grupos de hipertensos e diabéticos, que não tem um bom retorno devido à dificuldade de acesso da população à UBS.

1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A partir da estimativa rápida, podemos conhecer melhor os problemas da comunidade. Esse método é fácil, barato e de boa acurácia. Assim, definiu-se como problemas: Alto índice de pacientes com doenças cardiovasculares, alta prevalência de pacientes etilistas, alta prevalência de pacientes tabagistas, alto índice de hipertensos.

1.8 Priorização dos problemas (segundo passo)

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Novo Tempo, Unidade Básica de Saúde Centro de Saúde Central, município de Santa Helena de Minas, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alto índice de pacientes com doenças cardiovasculares	Alta	9	Total	1
Alta prevalência de pacientes etilistas	Alta	8	Parcial	2
Alta prevalência de pacientes tabagistas	Alta	7	Parcial	3
Alto índice de hipertensos	Alta	6	Total	4

Fonte: Autoria Própria (2020).

Legenda:

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O alto índice de pacientes com doenças cardiovasculares foi selecionado como problema prioritário, pois existe um número considerável de usuários portadores dessas comorbidades.

2 JUSTIFICATIVA

No decorrer dos dois últimos séculos, a revolução industrial e tecnológica, que trouxeram inúmeras consequências econômicas e sociais, resultaram em uma mudança drástica do perfil de morbimortalidade da população, trazendo grande predomínio das doenças e mortes devidas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas, principalmente o câncer e as doenças cardiovasculares. A carga econômica das DCNT resulta em elevados custos para os sistemas de saúde e para a previdência social, em decorrência da mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo para as famílias, a sociedade e aos indivíduos portadores dessas doenças (BRASIL, 2006).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte na maioria dos países do mundo, com exceção da África (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). No Brasil a mortalidade por este grupo de doenças ocorre em idades mais precoces e está associada a piores condições socioeconômicas, e são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil. São responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos. Segundo o Ministério da Saúde, ocorreram 962.931 mortes em indivíduos com mais de 30 anos no ano 2009 (MANSUR; FAVARATO, 2012).

Durante os últimos 10 anos, a DCV foi a campeã mundial de mortes. É estimado que ela tenha causado 17 milhões de mortes e 151 milhões de *disability-adjusted life year* (DALY) em 2004. O DALY é um método de medição originalmente desenvolvido pela Universidade de Harvard, nos Estados Unidos, que combina a taxa de mortalidade com a taxa de morbidez. Ele representa a soma dos anos vividos com alguma doença ou incapacidade com os anos de vida potencialmente perdidos por causa de uma morte prematura, e no caso das DCV, correspondeu a 30%, aproximadamente, de todas as mortes e 14% de todos os DALY perdidos em 2004 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

No Brasil, um agravante desse quadro é que, aproximadamente, um terço dos óbitos por DCV ocorrem de maneira precoce em adultos, principalmente na faixa etária de 35 a 64 anos. Nestas idades, “as principais causas de óbito por doenças do aparelho circulatório são as doenças isquêmicas do coração, as doenças cerebrovasculares e as doenças hipertensivas”, sendo estas, causas em grande parte evitáveis (NOLTE; MCKEE *apud* ISHITANI *et al.*, 2006, p.865). Logo, diante da

probabilidade de diminuição da ocorrência dessas mortes, a assistência ou prevenção devem ser realizadas (ISHITANI *et al.*, 2006).

É estimado que as quatro doenças cardíacas afetem em média 45,7 milhões de pessoas no Brasil, sendo 32% da população adulta. Em seu estudo, Stevens *et al.* (2018) estimaram que as doenças cardíacas resultaram, em 2015, em um custo financeiro de R\$ 56,2 bilhões, totalizando 17,3 bilhões de dólares, no Brasil. Desses gastos, aproximadamente 62,9% se deve a custo do sistema de saúde. Em 2015, a carga dessas quatro condições correspondeu a aproximadamente 5,5% do gasto total nacional de despesa com assistência à saúde (STEVENS *et al.*, 2018).

Os gastos da Previdência Social com aposentadorias e auxílio-doença no ano de 2010 foram de R\$ 318.131.078,08 por afastamentos temporários ou permanentes por DCV no Brasil. O gasto estimado para 2015 foi de R\$ 380.402.308,87. Os gastos com aposentadorias por invalidez relacionados à DCV crescem de forma exponencial, sendo que este aumento não pôde ser justificado pelo PIB per capita do brasileiro. A quantidade de benefícios concedidos pela Previdência por DCV corresponde a 8% do total de benefícios concedidos. Esses dados mostram que os custos diretos e indiretos das DCV no Brasil vêm aumentando nos últimos cinco anos. (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017).

As doenças cardíacas impõem limitações à qualidade de vida relacionadas a aspectos sociais, físicos financeiros e de saúde dos indivíduos. Tais doenças tem como resultado um impacto e um custo na sociedade devido às despesas com o tratamento, com perda de produtividade no emprego dos pacientes acometidos, custos do fornecimento de assistência formal e informal e perda de bem-estar. Nos dias atuais, as doenças circulatórias constituem o maior ônus para a saúde no mundo, uma vez que são responsáveis por mais de 17 milhões de mortes a cada ano, o que representa metade de todas as mortes por doença não transmissível (STEVENS *et al.*, 2018).

É imprescindível que a equipe reconheça a importância e a necessidade de identificar irregularidades que apontam para a presença ou ausência de fatores que influenciam a incidência da DCV, para agir a partir de diferentes níveis de determinação desse comportamento, permitindo, assim, a realização de grupos de intervenções diretas na população.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para diminuir o índice de pacientes com doenças cardiovasculares e suas complicações na comunidade atendida pela equipe de saúde da “Família Novo Tempo”, no município de Santa Helena de Minas em Minas Gerais.

Objetivos específicos

- Melhorar a prática da educação em saúde pela equipe de trabalho;
- Elevar o nível de conhecimento dos usuários sobre essas doenças e seu controle;
- Realizar ações educativas;
- Melhorar a relação entre equipe de saúde e os usuários para o bem-estar da população e do nosso trabalho.

4 METODOLOGIA

O Planejamento Estratégico Situacional possui como escopo planejar, executar e acompanhar desenhos de ação com intuito de intervenção sobre um certo traço da realidade. O plano pode ser entendido como uma forma de exercer a razão humana. Planejar é pensar com antecedência, durante e em seguida a tomada da ação. “É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018, p. 18).

Para a produção da presente proposta do plano de ação, foram seguidas três etapas: o diagnóstico situacional em saúde, a revisão de literatura e o arranjo do plano de ação propriamente dito. O Diagnóstico Situacional realizado em 2019 inspirou-se no método da Estimativa Rápida (que possibilitou melhor conhecimento sobre os problemas da área de abrangência da UBS “Novo Tempo” do município de Santa Helena de Minas/MG) que, segundo Faria, Campos e Santos (2018, p.35), “constitui um modo de se obter informações” acerca de “um conjunto de problemas e dos recursos para o seu enfrentamento” em um breve período “e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento”. Diante disso, seu intuito “é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais ... que controlam recursos para o enfrentamento de tais problemas”.

O embasamento teórico para a realização do presente trabalho foi a partir de artigos encontrados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *sites* institucionais (Ministério da Saúde), Google Acadêmico.

Foram utilizados também, como fontes da pesquisa bibliográfica, módulos do Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família (CEGCSF) e a Biblioteca Virtual do Nescon - Programa Ágora. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos publicados a partir do ano 2000 e que abordassem a temática explicitada. Para a pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: “Estratégia Saúde da Família”. “Atenção Primária à Saúde” e “Risco cardiovascular”.

Dessa forma, tendo em vista os problemas enfrentados na atenção primária na UBS “Novo Tempo” do município de Santa Helena de Minas/MG, buscou-se a

elaboração de um plano de ação para ser implantado pela eSF, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Doenças cardiovasculares no Brasil

As DCV são as doenças que afetam o sistema circulatório. No Brasil, elas representam a primeira causa de mortalidade e morbidade (BRASIL, 2011), e são responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos (MANSUR; FAVARATO, 2012). Estima-se que, no país, o número de portadores de Diabetes e de Hipertensão é de 23.000.000, e que cerca de 1.700.000 pessoas têm doença renal crônica (DRC). Essas taxas tendem ainda a crescer, não somente pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, principalmente, pela persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física, além do tabagismo (BRASIL, 2006). A alta prevalência de DCV e suas múltiplas causas desafiam o desenvolvimento de estratégias preventivas (GAMA; MUSSI; GUIMARÃES, 2010).

5.2 Estratégia Saúde da Família

O Ministério da Saúde, em 1994, criou o Programa Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a finalidade de reformar a atenção básica no país, para melhorar a organização das práticas em saúde. A ESF deve, por meio de estratégias educativas, informar e conscientizar a população, para que, dessa maneira, a população passe a compreender melhor o processo saúde/doença, gerando uma maior facilidade de assimilação das intervenções propostas (BOAS *et al.*, 2008). Um dos principais atributos da ESF é a promoção em saúde, que diz respeito às ações sobre aspectos relativos à família, ao trabalho, à cultura e às situações sociais, que são os condicionantes e determinantes sociais da saúde (FREITAS; MANDÚ, 2010).

Entre as propostas desenvolvidas para efetuar a promoção em saúde, a ESF possui como ferramenta o desenvolvimento de grupos operativos, um instrumento eficaz, que tem como objetivo realizar atividades de aprendizagem para as pessoas envolvidas, e que são desempenhados em conjunto com profissionais de saúde e a comunidade (PICHON RIVIÈRE, 2000). Dentro da ESF, a realização de grupos operativos é de suma importância, uma vez que se pode chegar a intervenções efetivas através da educação em saúde, por meio da promoção e prevenção da

saúde e maior vínculo dos profissionais de saúde com o paciente (GONÇALVES, 2015). A educação em saúde possibilita que profissionais informem à população a respeito dos fatores condicionantes do processo saúde-doença, oferecendo subsídios para a adoção de hábitos de vida mais benéficos à saúde (MENEZES; AVELINO, 2016).

Para que a implementação de grupos operativos na ESF tenha bons resultados, é fundamental que envolva todas as esferas do governo. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), para garantir isso, define as responsabilidades comuns a todas as esferas, são elas: apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como tática prioritária de expansão, contribuir para a reorientação do modelo de atenção e gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados, consolidação e qualificação da Atenção Básica à Saúde e garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades (BRASIL, 2012). Quando todas as esferas se responsabilizam para que o modelo centrado na saúde através da prevenção aconteça em forma de grupos operativos, tem-se como resultado a redução do agravamento das doenças (GONÇALVES, 2015).

É fundamental a implantação de grupos operativos, considerando a grande demanda de atendimento da ESF, com o objetivo de educar a população assistida para mudanças nos hábitos de vida, proporcionando redução nas taxas de doenças crônicas adquiridas e de complicações advindas delas, além de possibilitar a promoção de saúde, gerar maior vínculo entre comunidade e equipe, e viabilizar a educação permanente junto à população (GONÇALVES, 2015).

5.3 Fatores de risco para as doenças cardiovasculares

São diversos “os fatos que podem estar relacionados com a importância cada vez maior” das DCV. “Parte pode ser devida ao envelhecimento da população, sobrevivência das doenças infecciosas, incorporação de novas tecnologias” que permitem “diagnóstico mais precoce das doenças e redução de letalidade, mas uma parcela importante pode ser atribuída ao controle inadequado, e por vezes em ascensão, dos fatores associados ao desenvolvimento destas doenças” (BRASIL, 2006, p.10).

Os fatores de risco são condições que predispõem uma pessoa ao maior risco de desenvolver as DCV (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012). Quanto maior o número de fatores de risco presentes em um paciente, maior a chance dele apresentar um evento cardiovascular (ALVES; MARQUES, 2009). Os fatores de risco para as DCV podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis.

Os fatores não modificáveis são aqueles que não são passíveis de intervenção, são eles: hereditariedade, idade, sexo. Nas doenças cardiovasculares, a incidência é maior, e mais precoce, em pacientes do sexo masculino, naqueles que possuem parentes com alguma DCV, e que possuem idade avançada, uma vez que, devido às mudanças hemodinâmicas e anatômicas do sistema cardiovascular que ocorrem com o aumento da idade, há disfunção arterial progressiva (ALVES; MARQUES, 2009).

Já os fatores modificáveis são aqueles que podem sofrer interferência, são eles: a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o tabagismo, o diabetes mellitus (DM), a obesidade e o sedentarismo (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

A presença de 9 destes fatores explica aproximadamente 90% do risco atribuível de doença na população (BRASIL, 2006). Os principais fatores de risco das DCVs estão bem estabelecidos, são eles: a hiperdislipidemia, o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica (MONTENEGRO NETO *et al.*, 2008). Os mecanismos pelos quais cada um contribui para o processo da doença e as interações que ocorrem entre eles ainda não são totalmente compreendidos, contudo, é comum a todos estes fatores a geração de estresse oxidativo (HOFFMAN *et al.*, 2000)

5.4 O risco cardiovascular

O risco cardiovascular de pacientes com os fatores clínicos no grupo intermediário não é homogêneo. Para estimar de forma mais precisa esse risco pode-se abrir mão da utilização de escores de predição. Contudo, até o momento nenhum dos instrumentos disponíveis para a estratificação de risco foi desenvolvido ou adaptado para o contexto brasileiro. Por isso, recomenda-se aplicar o modelo de Framingham, no qual a partir dele, os indivíduos são classificados em risco de desenvolver um evento cardiovascular maior, definido por infarto do miocárdio ou morte por causa cardiovascular (BRASIL, 2006).

Para estimar a gravidade da DCV, foram criados os chamados escores de risco e algoritmos baseados em análises de regressão de estudos populacionais. Entre os algoritmos existentes estão: o Escore de Risco de Framingham (ERF), o Escore de Risco de Reynolds (ERR), o Escore de Risco Global (ERG) e o Risco pelo Tempo de Vida (RTV). O ERF inclui a estimativa em 10 anos de eventos coronarianos, cerebrovasculares, doença arterial periférica ou insuficiência cardíaca (IC), e é o escore mais utilizado para cálculo do RCV (PRÉCOMA, 2019).

O cálculo do escore de Framingham é realizado em três etapas. Na primeira etapa são coletados os dados: idade, valor dos colesteróis LDL e HDL, pressão arterial, diabetes e tabagismo. Na segunda etapa é realizada a soma dos pontos de cada fator de risco, e na terceira etapa é estimado o risco cardiovascular do paciente (PRÉCOMA, 2019).

São considerados de baixo risco, aqueles com probabilidade < 5% de apresentarem os principais eventos cardiovasculares (doença arterial coronariana – DAC, AVC, doença arterial obstrutiva periférica ou insuficiência cardíaca) em 10 anos. Os pacientes classificados nessa categoria e que apresentem histórico familiar de doença cardiovascular prematura são reclassificados para risco intermediário. São considerados de risco intermediário, homens com risco calculado $\geq 5\%$ e $\leq 20\%$ e mulheres com risco calculado $\geq 5\%$ e $\leq 10\%$ de ocorrência dos eventos citados. São considerados de alto risco, aqueles com risco calculado $> 20\%$ para homens e $>10\%$ para mulheres no período de 10 anos (PRÉCOMA, 2019).

5.5 Prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares

Após classificar o paciente, devem ser realizadas ações de planejamento e intervenção preventivas de acordo com o grau de risco deste. Ele deve ser aconselhado quanto à cessação do tabagismo, a importância de uma alimentação saudável, manutenção do peso e da circunferência abdominal e realização de atividade física, dando ênfase nessas medidas não farmacológicas para pacientes de baixo risco, além do tratamento medicamentoso para a HAS. Em pacientes de risco médio, deve ser acrescentado como intervenções: acompanhamento nutricional com profissional, dieta com características cardioprotetoras, considerar farmacoterapia contra tabagismo, e prescrição de ácido acetilsalicílico (AAS) em

baixa dose. Se alto risco, deve-se intensificar os alvos de tratamento da hipertensão e adicionar na prescrição estatinas (BRASIL, 2006).

A respeito do foco preventivo, quanto maior o risco, maior o potencial benéfico de uma intervenção preventiva. O benefício de uma terapia na prevenção de desfechos não desejáveis pode ser expresso em termos relativos, como por exemplo, pela redução relativa de risco com o uso de determinado fármaco, ou em termos absolutos que levam em conta o risco individual ou a probabilidade de um indivíduo de ter eventos em um período de tempo (BRASIL, 2006).

O tratamento das doenças cardiovasculares envolve o uso de fármacos específicos e a adesão a intervenções não farmacológicas.

“Um dos pilares da prevenção cardiovascular são hábitos de vida saudáveis, incluindo alimentação saudável” (BRASIL, 2006, p.26). Recomenda-se então que o consumo de sal deve se restringir a menos 5 gramas de cloreto de sódio, o correspondente a 1 colher de chá por dia. Deve-se reduzir sal e temperos prontos na preparação dos alimentos, além de evitar comidas industrializadas e lanches rápidos. Limitar a ingestão de açúcar livre, açúcar de mesa, refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas em geral. É indicado a ingestão de 5 porções, cerca de 400-500gr, de frutas, legumes e verduras por dia. Deve-se aumentar o consumo de cereais integrais e leguminosas, como feijões, ervilha, lentilha, grão de bico. Deve-se reduzir o consumo de carnes gordurosas, embutidos, leite e derivados integrais, além de que se deve dar preferência a óleos vegetais como soja, canola, oliva, 01 colher sopa/dia. O indivíduo deve retirar a gordura aparente de carnes, pele de frango e couro de peixe antes do preparo. O consumo de peixes deve ser incentivado, comer pelo menos 03 vezes por semana, enquanto deve-se evitar a ingestão excessiva de álcool, sendo que homens não devem ingerir mais que 2 doses por dia e mulheres não mais que 1 dose por dia (BRASIL 2006).

O tratamento não medicamentoso inclui também a perda de peso. Para isso, é visado a de 5 a 10% do peso inicial em até seis meses de tratamento. Espera-se que haja uma perda de peso de 0,5 a 1kg/semana em média. Esse resultado pode ser alcançado com orientação de uma dieta com déficit de 500 a 1000 kcal/dia associado com atividade física regular. O indivíduo deve realizar o aumento da atividade física de maneira gradual, 10 min/3x/ semana até 30-60 minutos 7 vezes por semana. É imprescindível salientar que além da dieta e da atividade física, o

manejo da obesidade envolve abordagem comportamental, que deve focar a motivação do indivíduo, oferecimento de condições para seguir o tratamento, apoio familiar, levar em conta tentativas e insucessos prévios, tempo disponível e obstáculos para as mudanças no estilo de vida. É importante também enfatizar a necessidade de manutenção deste alvo, por meio da ingestão energética adequada e atividade física regular (BRASIL, 2006).

Dos fármacos disponíveis, o que se mostrou mais efetivo na prevenção de desfechos cardiovasculares no tratamento da hipertensão foi o diurético tiazídico em doses baixas, que se mostraram eficazes em um amplo espectro de pacientes hipertensos e, em conjunto com inibidores da enzima conversora de angiotensina, até em pacientes pós-acidente vascular cerebral e com níveis de pressão arterial considerados normais. Em decorrência desse benefício comprovado e do baixo custo de genéricos anti-hipertensivos, além da taxa pequena de efeitos adversos na maioria dos pacientes, esses medicamentos formam a linha de frente para o manejo farmacológico do risco cardiovascular. É recomendado que todo paciente com HAS atinja controle dos níveis pressóricos $<140/90$ mmHg, sendo inferiores a $130/80$ mmHg naqueles com comorbidades, como o diabetes melito e doença renal crônica (BRASIL, 2006).

O uso de antiplaquetários, principalmente o ácido acetilsalicílico em dose baixa, reduz a morbimortalidade cardiovascular de pacientes que apresentam cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica. O emprego de aspirina em pacientes sem doença isquêmica manifesta, principalmente naqueles considerados de alto risco cardiovascular, também se mostrou benéfico. Em pacientes com risco cardiovascular moderado e alto, é recomendado o uso de aspirina profilática, na dose 100 mg/dia, após controle ideal ou próximo do alvo da pressão arterial, ou seja, valores $<140/90$ mmHg (BRASIL, 2006).

6 PLANO DE AÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alto índice de pacientes com doenças cardiovasculares” para o qual se registram uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O alto índice de pacientes com doenças cardiovasculares foi selecionado como problema prioritário, pois existe um número considerável de usuários portadores dessas comorbidades.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

As doenças cardiovasculares representam um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, apresentando altas taxas de incidência e mortalidade. Essa realidade pode ser explicada pelo aumento da prevalência de exposição aos fatores de risco reconhecidamente associados às doenças do aparelho circulatório, tais como o sedentarismo, aumento do consumo de carnes e gorduras, redução do consumo de frutas e verduras, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e aumento da prevalência de obesidade, além das desigualdades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

A identificação das causas de um problema é o início para a sua resolução ou controle. Através de uma avaliação detalhada é possível identificar entre as várias causas, quais devem ser combatidas para melhor tratamento. Os nós críticos do presente plano de ação foram identificados a partir dos fatores de risco mais frequentes tais como Sedentarismo, Alimentação Inadequada e Tabagismo.

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

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema do alto índice de pacientes com doenças cardiovasculares na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, no município de Santa Helena de Minas, estado do Minas Gerais, deverão ser detalhados em quadros a seguir.

Quadro 2: Desenho das operações para o nó crítico 1, relacionado ao problema de sedentarismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, município Santa Helena de Minas, 2020

Nó crítico	Sedentarismo
Operação	Aumentar o número de ações da equipe em combate ao sedentarismo, Orientar dieta saudável
Projeto	Mexa-se
Resultados esperados	Diminuição do índice de pacientes sedentários,
Produtos Esperados	Realizar ações, como grupos operativos, direcionadas ao combate do sedentarismo, palestras sobre a importância da atividade física, atividades físicas comunitárias semanais com ajuda de profissionais da educação física e/ou fisioterapia
Recursos necessários	Estrutural: ambiente adequado Cognitivo: atualização constata da equipe Financeiro: recurso para impressão de cartazes sobre o grupo operativo e ações. Político: mobilização da população
Recursos críticos	Político: mobilização da população
Controle dos recursos críticos	Coordenadora da agenda da ESF
Ações estratégicas	Conciliar lazer e prática de exercício físico nos grupos operativos para maior interesse da população em participar
Prazo	4 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Toda a equipe deve ser responsável por acompanhar e promover a ação
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através das reuniões mensais da equipe deverão ser feitas as avaliações do andamento do projeto.

Quadro 3: Desenho das operações para o nó crítico 2, relacionado ao problema de alimentação inadequada, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, município Santa Helena de Minas, 2020

Nó crítico	Alimentação inadequada
Operação	Conscientizar e melhorar hábitos alimentares da população
Projeto	Mais saudável
Resultados esperados	Realizar grupos e ações para conscientizar e ensinar a população sobre a importância de uma alimentação saudável e como tê-la
Produtos esperados	Realizar grupos operativos e palestras sobre alimentação saudável
Recursos necessários	Estrutural: Local para realização das ações Financeiro: Recursos para folders e panfletos para divulgação das ações e informações, e também para proporcionar lanches coletivos durante os grupos, que sirvam de exemplo para os hábitos alimentares que devem ser seguidos. Organizacional: organizar agenda
Recursos críticos	Financeiro: recursos
Controle dos recursos críticos	Coordenadora da agenda da ESF
Ações estratégicas	Realizar lanches coletivos com exemplos de como deve ser uma alimentação saudável, com ajuda de um nutricionista.
Prazo	4 meses
Responsável pelo acompanhamento das ações	Toda a equipe de saúde da família deve ser responsável pelo acompanhamento das ações
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através das reuniões mensais da equipe deverão ser feitas as avaliações do andamento do projeto, buscando sempre citar feedbacks da população para melhorias e correções.

Fonte: Autoria Própria (2019).

Quadro 4: Desenho das operações para o nó crítico 3, relacionado ao problema de tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, município Santa Helena de Minas, 2020

Fonte: Autoria Própria (2019).

Nó crítico	Tabagismo
Operação	Diminuir índice de pacientes tabagistas
Projeto	Abaixo ao cigarro
Resultados esperados	Diminuição do índice de usuários tabagistas na comunidade
Produtos esperados	Palestras sobre os malefícios do cigarro
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimentos sobre o tabagismo e suas consequências Financeiro: Para distribuição de folhetos, cartilhas sobre o tema e para divulgação das ações Político: mobilização da população
Recursos críticos	Político: mobilização da população
Controle dos recursos críticos	Coordenadora da agenda da ESF
Ações estratégicas	Ações em escolas para conscientizar desde as crianças até os jovens
Prazo	4 meses
Responsável pelo acompanhamento das ações	Toda a equipe de saúde da família deve ser responsável pelo acompanhamento das ações
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através das reuniões mensais da equipe deverão ser feitas as avaliações do andamento do projeto, buscando sempre citar feedbacks da população para melhorias e correções.

6.5 Análise da viabilidade dos Planos

A nossa equipe de saúde possui uma característica fundamental: união. Através dela é possível realizar com fluidez diversas tarefas em prol de nosso objetivo, embora a dificuldade de obtenção de recursos críticos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da estimativa rápida, definiram-se como problemas da comunidade adscrita à equipe: Alto índice de pacientes com doenças cardiovasculares, alta prevalência de pacientes etilistas, alta prevalência de pacientes tabagistas, alto índice de hipertensos.

Como foi exposto, as doenças cardiovasculares são as doenças que afetam o sistema circulatório. No Brasil, elas representam a primeira causa de mortalidade e morbidade, e são responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos são uma condição que se não tratada devidamente pode levar a complicações graves e até a óbito. Por essa grandiosa importância das DCV na população, é necessário que a equipe de saúde da família intervenha de forma significativa neste problema, tendo as DCV e os fatores que levam a ela como alguns dos focos principais, devido à alta prevalência destas no território.

As doenças cardíacas impõem limitações à qualidade de vida relacionadas a aspectos sociais, físicos financeiros e de saúde dos indivíduos e tem como resultado um impacto e um custo na sociedade devido às despesas com o tratamento, com perda de produtividade no emprego dos pacientes acometidos, custos do fornecimento de assistência formal e informal e perda de bem-estar. Nos dias atuais, as doenças circulatórias constituem o maior ônus para a saúde no mundo, sendo responsáveis por mais de 17 milhões de mortes a cada ano, o que representa metade de todas as mortes por doença não transmissível. Por isso, é imprescindível que a equipe reconheça a importância e a necessidade de identificar irregularidades que apontam para a presença ou ausência de fatores que influenciam a incidência da DCV, para agir a partir de diferentes níveis de determinação desse comportamento, permitindo, assim, a realização de grupos de intervenções diretas na população.

A resolução dos nós críticos expostos visa melhorar o desempenho da equipe na realização de medidas preventivas, e diminuir o índice de pacientes tabagistas e de pacientes sedentários, e conscientizar e melhorar hábitos alimentares da população.

REFERENCIAS

ALVES, A.; MARQUES, I. R. Fatores relacionados ao risco de doença arterial coronariana entre estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 883-888, 2009.

BOAS, L. M. F. M. V; *et al.* A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1355-1360, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20 maio

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria- Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012 – 2015**/ Ministério da Saúde. Secretaria- Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acidente vascular cerebral (AVC)**. 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Santa Helena de Minas@**. Brasília,[online], 2017. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 10/04/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 19/05/2020.

FREITAS, M. L. A.; MANDÚ, E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv23n2/08.pdf>. Acesso em: 20/06/2020.

GAMA, G. G. G.; MUSSI, F. C.; GUIMARÃES, A. C. Revisando os fatores de risco

cardiovascular:[revisão]. **Rev. enferm. UERJ**, p. 650-655, 2010.

GONÇALVES, R. T. **Implantação de grupos operativos na Estratégia Saúde da Família de Presidente Bernardes**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – UFMG. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Implanta%C3%A7ao_de_grupos_operativos_na_estrategia_saude_familia_de_presidente.pdf.

HOFFMAN, M. A. *et al.* Lipoate effects on atherogenesis. In Fuchs, J. Packer, L. Zimmer, G. eds. **Lipoic Acid in Health and Disease**. New York: Marcel Dekker; 2000, p 321-36

ISHITANI, L.H. *et al.* Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n.4, p.684-691, 2006.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 2, p. 755-761, 2012.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-124.pdf>.

MONTENEGRO NETO, A. N. *et al.* Estado nutricional alterado e sua associação com perfil lipídico e hábitos de vida em idosos hipertensos. **Arch Latinoam Nutr.** 2008; n 58, v 4, p 350-6

PICHON-RIVÈRE, E. **Processo grupal**. Tradução de Marco Aurélio Fernandez Velloso e revisão Mônica SM da Silva. 2000.

PRÉCOMA, D. B. *et al.* Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia: 2019. **Arquivos brasileiros de cardiologia. São Paulo. Vol. 113, n. 4 (2019), p. 787-891**, 2019.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 7-17, 2012.

SANTOS, J. *et al.* Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1621-1634, 2018.

SIQUEIRA, A. S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G.; LAND, M. G. P. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 109, n. 1, p. 39-46, July 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017000700039&lng=en&nrm=iso>

STEVENS, B. *et al.* Os custos das doenças cardíacas no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 1, p. 29-36, 2018.

WIELEWICKI, M. G. Qualidade de atendimento de recepcionistas em uma unidade básica de saúde: um estudo exploratório. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas. 2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global burden of disease: 2004** update. Geneva: World Health Organization; 2008.