

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

JORGE LUIS HERRERA VARELA

**PLANO DE AÇÃO: CARATERIZAÇÃO E INTERVENÇÃO DAS DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO MUNICÍPIO RIO ESPERA**

POLO JUIZ DE FORA / ESTADO MINAS GERAIS

2014

JORGE LUIS HERRERA VARELA

**PLANO DE AÇÃO: CARATERIZAÇÃO E INTERVENÇÃO DAS DOENÇAS
CRÔNICAS NAO TRANSMISSÍVEIS NO MUNICIPIO RIO ESPERA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas Gerais, para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Mestre Roselane Lomeo

POLO JUIZ DE FORA / ESTADO MINAS GERAIS

2014

JORGE LUIS HERRERA VARELA

**PLANO DE AÇÃO: CARATERIZAÇÃO E INTERVENÇÃO DAS DOENÇAS
CRÔNICAS NAO TRANSMISSÍVEIS NO MUNICIPIO RIO ESPERA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas Gerais, para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Mestre Roselane Lomeo

JORGE LUIS HERRERA VARELA

**PLANO DE AÇÃO: CARATERIZAÇÃO E INTERVENÇÃO DAS DOENÇAS
CRÔNICAS NAO TRANSMISSÍVEIS NO MUNICIPIO RIO ESPERA**

Banca Examinadora:

Prof.

Prof.

Prof.

Aprobado em Belo Horizonte, em _____ / _____ / _____

DEDICATORIA:

A meu pai (in memoriam), que está se acompanhando sempre por bom caminho, e que lembro dia a dia. Sensível e súbita perda.

A minha madre linda que tanto estranho, os filhos Yelina e Rafelito que são a força para seguir pra frente, e muito especial a minha velha esposa Roxana que me incentiva cada dia com muito otimismo e perseverança para continuar neste Programa Mais Médicos. Te amo.

A todos os integrantes das equipes de saúde que foram os que desenvolveram este trabalho em cada área de abrangência.

A Fernanda, minha Secretaria de Saúde que tenho certeza este TCC vai ajudar muito como ferramenta para melhorar a saúde deste município.

A minha Professora Roselane por suas recomendações, ensinos e paciência em todo momento e ajuda para escrever melhor em português.

A Marcio que é a pessoa que tem maior afinidade e amista neste povo. Obrigado amigo.

Finalmente, a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

... O ser humano passa a primeira metade da sua vida arruinando a saúde e a outra metade tentando restabelece-la.

Joseph Leonard

RESUMO

Realiza-se um estudo descritivo prospectivo com o objetivo de conhecer as características dos pacientes adultos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Município Mineiro Rio Espera, e elaborar um Plano de Ação personalizado. O propósito foi conhecer o comportamento de algumas variáveis de risco cardiovascular como Hipertensão, Diabetes, Dislipêmicos, Obesos, Cardiopatas, Doenças cerebrovasculares, e Renal Crônica, entre outros, de uma mostra conformada por 3872 usuários (70 % da população maior de 15 anos). As principais características foram: 33 % sofre destes fatores de risco (1842 usuários), com predomínio de hipertensos e dietéticos por acima de 60 anos, aposentados, sendo 63 % mulheres com diagnóstico médio de cinco anos. O diagnóstico muitas vezes apresenta associação com obesidade, níveis de lipídios altos e sedentarismo. Como dado positivo, a maior quantidade de pacientes faz acompanhamento frequente assistidos pela equipa da UBS. Há um predomínio de moradia na zona rural apresentando mais problemas sociais em comparação com os moradores da região urbana do município. A porcentagem de 32.7% dos usuários tem mal hábito nutricional e 28 % são tabagistas. Grande parte dos usuários (46.5 %) fazem controle de sua doença com o uso três tipos de medicamentos e mais ingestão habitual de psicofármacos. Para melhor acompanhar os usuários com DCNT, este estudo apresenta um plano de intervenção para reduzir o risco cardiovascular no futuro.

Palavras chaves: Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Hipertensão Arterial, Diabetes, Obesidade, Atenção Primária de Saúde.

ABSTRACT

Performs a study descriptive prospective in order to meet the characteristics of adult patients with Diseases Chronic non-communicable diseases (DCNT) at the miner city Rio Expecta, and develop a customized plan of action. The purpose was to know the behavior of some cardiovascular risk variables such as hypertension, Diabetes, Dislipemic, obese, with heart disease, cerebrovascular disease, chronic kidney and, among others, a show made by 3872 patient (70% of the population over 15 years). The main characteristics were: 33% suffers from these risk factors (1842 patient), with predominance of hypertensive and dietetic food for over 60 years, retirees, and 63 % women with diagnosis five-year average. The diagnostic very times presents Association with obesity, high lipid levels and sedentary lifestyle. Como positive, as many patients do frequent follow-up watching for team of UBS. There is a predominance of housing in the countryside featuring more than social problems in comparison with residents of the urban region of the municipality. The percentage of 32.7% of patient has bad nutritional habits and 28% are smokers. Very patient (46.5 percent) make control of your illness by using three types of medicines and more usual intake of psychiatric drugs. To better follow patient are with DCNT, this study presents an intervention plan to reduce cardiovascular risk in the future.

Key words: Diseases Chronic Non Transmisivel, Hypertension, Diabetes, obesity, primary health Attention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde. |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral. |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde. |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Trasmisiveis. |
| DM | Diabetes Mellitus. |
| DRC | Doença Renal Crônica. |
| EPO | Eritropoietina |
| FR | Fator de Risco. |
| HAS | Hipertensão Artéria Sistêmica. |
| HbA1c | Hemoglobina Glicosilada. |
| HDL | High Density Lipoprotein. |
| HIPERDIA | Programa de acompanhamento de Hipertensão e Diabéticos. |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estadísticas. |
| IMC | Índice de Massa Corporal. |
| LDL | Low Density Lipoprotein. |
| MG | Minas Gerais. |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família. |
| OMS | Organização Mundial de Saúde. |
| PAA | Pressão Arterial Alta. |
| PAD | Pressão Arterial Diastólica. |
| PAS | Pressão Arterial Sistólica. |
| PES | Planejamento Estratégico Situacional. |
| PMAQ | Programa de Melhoria de Acesso e de Qualidade na atenção. |
| PSF | Programa de Saúde da Família. |
| SAMUR | Serviço de Atendimento Médico de Urgências |
| SBH: | Sociedade Brasileira de Hipertensao. |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica. |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences. |
| SRAA | Sistema Renina – Angiotensina – Aldosterona. |
| SUS | Sistema Único de Saúde. |
| UBS | Unidade Básica de Saúde. |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| TABELAS | Pagina |
|---|---------------|
| # 1: Distribuição da população por faixa etário no município. | 23 |
| # 2: Obesidade por faixa etária por equipe. | 35 |
| # 3: Usuários com Cardiopatia Isquêmica reportados por EBS. | 36 |
| # 4: Usuarios com AVC reportados por EBS. | 37 |
| # 5: Total de usuários reportados com DRC. | 37 |
| # 6: Problemática das DCNT no Município. | 52 |
| # 7: HAS e DM por EBS. | 52 |
| # 8: Desenho das operações para nos críticos. | 54 |
| # 9: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações. | 56 |
| # 10: Viabilidade do plano. | 57 |
| # 11: Plano operativo. | 59 |
| # 12: Gestão no Plano. | 61 |
| GRAFICOS | |
| # 1: Distribuição da população adulta por sexo no município. | 23 |
| # 2: Selecao da mostra a incluir no estudo. | 27 |
| # 3: DCNT na população adulta. | 28 |
| # 4: Usuários HAS atendidos nas três equipes por idades e sexo. | 29 |
| # 5: Total de DM adulta atendidos pelas três equipes. | 31 |
| # 6: Usuarios com Dislipidemia pelas três equipes. | 33 |
| # 7: Pacientes com Obesidade entrevistados. | 34 |
| # 8: Diagnóstico da doença. | 38 |
| # 9: Lugar de acompanhamento da doença. | 39 |
| # 10: Frequência de atendimento da doença. | 40 |
| # 11: Ocupação atual em usuários com DCNT. | 40 |
| # 12: Moradia. | 41 |
| # 13: Dieta inadequada apresentada pelos usuários com DCNT | 42 |
| # 14: Atividade física. | 44 |
| # 15: Hábitos tóxicos. | 46 |
| # 16: Clases de remédios que toma x dia. | 47 |
| # 17: Consumo de Psicofármacos. | 48 |

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 | Identificação do município de Rio Espera | 13 |
| 2. | JUSTIFICATIVA | 15 |
| 3. | OBJETIVOS | 16 |
| 4. | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 17 |
| 4.1 | Conceptualização das DCNT | 17 |
| 4.2 | Diagnóstico Situacional do Município de Rio Espera | 22 |
| 5. | MÉTODOS | 25 |
| 5.1 | Principais problemas de saúde identificados no Município de Rio Espera | 26 |
| 5.2 | Dados de Diagnóstico Situacional período outubro 2014 – Rio Espera | 27 |
| 5.2.1 | Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) – Rio Espera | 29 |
| 5.2.2 | Diabetes Mellitus (DM) – Rio Espera | 31 |
| 5.2.3 | Dislipidemias – Rio Espera | 32 |
| 5.2.4 | Obesidade – Rio Espera | 33 |
| 5.2.5 | Cardiopatia Isquêmica – Rio Espera | 34 |
| 5.2.6 | Enfermedade Cerebrovascular – Rio Espera | 36 |
| 5.2.7 | Doença Renal Crônica (DRC) – Rio Espera | 37 |
| 5.2.8 | Outras Variáveis Estudadas Em Cada Equipe – Rio Espera | 38 |
| 5.2.9 | Consultas – Rio Espera | 38 |
| 5.2.10 | Frequência De Atendimento – Rio Espera | 39 |
| 5.2.11 | Ocupação – Rio Espera | 40 |
| 5.2.12 | Moradia – Rio Espera | 41 |
| 5.2.13 | Dieta – Rio Espera | 41 |
| 5.2.14 | Exercício Físico – Rio Espera | 43 |
| 5.2.15 | Tabagismo – Rio Espera | 45 |
| 5.2.16 | Uso de Medicamentos – Rio Espera | 46 |
| 6. | PLANO DE AÇÃO | 49 |
| 6.1 | Definição dos problemas de saúde em Rio Espera | 50 |
| 6.2 | Priorização de problemas | 51 |
| 6.3 | Descrição dos problemas selecionados | 52 |
| 6.4 | Explicação dos problemas | 53 |
| 6.5 | Desenho das operações | 53 |
| 6.6 | Identificação dos recursos críticos | 55 |
| 6.7 | Análise de viabilidade do plano | 57 |
| 6.8 | Elaboração do plano operativo | 58 |
| 6.9 | Gestão no Plano: Planilha para o acompanhamento do projeto | 61 |
| 7. | CONCLUSOES | 62 |
| | REFERÊNCIAS | 63 |
| | ANEXO | 67 |

1. INTRODUÇÃO

O Brasil, é praticamente um continente com a quinta maior população e extensão territorial do mundo todo. Além disso, encontra-se entre os mais desenvolvidos com muitos projetos sociais entre os quais a saúde de seus habitantes é uma das primeiras prioridades de atendimento do governo. Todos os cidadãos brasileiros têm direito acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) gratuitamente. As várias Unidades Básicas distribuídas por divisões regionais em cada município estão compostas por equipes de saúde multidisciplinar, medicamentos para tratar doenças crônicas, serviços de transporte sanitário para casos de menor gravidade. Serviço de Atendimento Médico de Urgências (SAMU) para situações de emergências e urgências de maior prioridade. Ainda, pode-se contar com a atenção secundária através de atendimento em hospitais locais, facilidade de exames complementares para diagnósticos. Embora, exista certa dificuldade e demora para os exames mais especializados.

Em 2007, a taxa de mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes, apesar de elevada, observou-se redução de 20% (SCHMIDT, 2011).

A população brasileira, como também a população de países desenvolvidos ou em via de desenvolvimento conta com um aumento do número de pessoas idosas. É de se considerar que estas pessoas estão mais propensas as doenças crônicas relacionadas aos estilos de vida sedentários, mãos hábitos alimentares, estresse, tabagismo, obesidade, colesterol ruim, e este município onde estou trabalhando como parte do Programa Mais Médicos por suposto que constitui também motivos de consulta, de acamamentos por sequelas, de mortalidade e letalidade dentro das primeiras causas de afetação da saúde dos moradores rio esperneies.

Por fazer parte do Programa Mais Médico e por vivenciar os problemas da comunidade através dos atendimentos no Programa Saúde da Família de Rio Espera. Acredito que se pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida da comunidade. Existe grande motivação para junto da equipe de saúde,

realizar uma avaliação e acompanhamento dos usuários cadastrados com diagnóstico de doenças crônicas e fatores de risco. Pretende-se notificar as autoridades locais a respeito da situação em que se encontram os usuários de risco e desenvolve trabalhos para orientar e educá-los para intentar modificar no futuro mediato os indicadores de saúde para maior satisfação da população e qualidade de vida em Rio Espera.

1.1 Identificação do município de Rio Espera

O município de Rio Espera tem uma população estimada de 6805 habitantes, com uma extensão territorial de 239,688 km. Encontra-se localizado a 160 km ao sudeste de Belo Horizonte, capital do estado.

A região fora primitivamente habitada por índios. Em 1710, partindo do arraial de Itaverava e atravessando a vau o rio Piranga, Manoel de Melo, que chefiava um grupo de exploradores paulistas acampou no lugar onde hoje é a Praça da Piedade, o ponto mais central da cidade. Após dividir seus chefíados em 3 turmas, ordenou que cada um partisse em rumos diferentes, ficando à espera no local determinado, fazendo também explorações. Indo a Itaverava, acompanhado de sua gente, a fim de prevenir víveres, voltou no ano seguinte com um número maior de aventureiros, fundou uma fazenda e continuou suas explorações. Nestas, encontrou algum ouro de aluvião, mas não tendo a extração dado lucros, abandonou-a e passou a se dedicar a cultura de cereais e produtos de pequena lavoura, com algumas dificuldades, pois nesse tempo a atividade era exercida por processo muito rudimentar. A história refere-se a outros exploradores portugueses, uma tribo de índios, cujo chefe, já sexagenário chamava-se Bacaia e sua mulher, a índia Pataratara, no povoado onde hoje é a cidade de Lamim. Destacam-se os exploradores Francisco de Souza Rêgo, Pedro José da Rosa e José Pires Lamin (este falecido e sepultado no povoado), em memória do qual foi dado o nome da cidade Lamim.

Os habitantes do crescente arraial requereram ao Bispo do município de Mariana a permissão para ser erguida uma capela em honra a Nossa Senhora da Piedade.

Tal Provisão concedida, não foi aproveitada, porque, tendo tido desavenças com o abastado português Francisco de Souza Rego, que desejava que a capela se localizasse em sua fazenda, resultou em incompreensões e levou ao desaparecimento da Previsão. No entanto, o Bispo, novamente, fez outra concessão, censurando Souza Rego, culpando-o pelo desaparecimento da previsão. Em 1760, foi demarcado o lugar para a construção da capela, que foi concluída depois de cinco anos, quando então foi celebrada a missa em 25 de dezembro de 1765 pelo padre Manuel Ribeiro Taborda, primeiro vigário de Itaverava. Em 1960 foi inaugurada a Igreja Matriz de Nossa Senhora da Piedade.

O município de Rio Espera tem como cidades limítrofes, Lamim, Senhora de Oliveira, Santana dos Montes, Capela Nova, Cipotânea e Alto Rio Doce. A população rural tem 2179 famílias, distribuídas em maior parte no centro do município.

2. JUSTIFICATIVA

Mundialmente, é reconhecido que as DCNT são responsáveis pela maioria das mortes e constituem-se como sério problema de saúde pública. A prevalência dos agravos de maior impacto para a saúde pública é: hipertensão arterial, cardiopatia coronária, doenças cardio vasculares e Diabetes Mellitus que aumentam consideravelmente com o avanço da idade. Por conseguinte a longevidade da população brasileira não escapa desta problemática, e especificamente o município de Rio Espera apresenta uma população de 19.4 % de maiores de 60 anos. A problemática de saúde e motivos de atendimentos é registrada a cada ano um número significativo de casos de DCNT, unidos a outros fatores de risco cardiovascular, diferentemente das doenças transmissíveis que não são um problema de saúde no território.

Um diagnóstico de situação de saúde de uma população é o conhecimento aproximado dos problemas diversos apresentados num determinado, a partir da identificação e interpretação, análise e avaliação dos fatores predisponentes e das perspectivas da comunidade.

O propósito do diagnóstico é identificar os problemas detectados em condições de prevalência, incidência, mortalidade, letalidade ou em porcentagens que comprometem a saúde da população, espaço e tempo, impacto social ou econômico, vulnerabilidade (recursos disponíveis para prevenir, controlar ou erradicar os problemas: imunização, tratamentos, diagnoses, etc.) entre outros.

A importância de se fazer o diagnóstico está na oportunidade de identificar os diferentes problemas da população para planejar ações, atividades, objetivos, metas, tarefa e distribuição de recursos que são elementos indispensáveis sua elaboração e execução.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Conhecer características dos usuários com doenças crônica não transmissíveis e fatores de risco aterogênico no município de Rio Espera para personalizar um plano de ação.

Objetivos Específicos

1. Realizar atualização na maior parte dos usuários com doenças crônicas e fatores de risco aterogênico selecionados que moram neste município.
2. Analisar o comportamento de algumas variáveis biopsicossociais.
3. Avaliar e acompanhamento o consumo de medicações para um efetivo controle.
4. Proponer um Plano de Ação de acordo as características deste município mineiro pequeno rural.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 Conceitualização das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

- **Doença Crônica Não Transmissível (DCNT)**

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas e são caracterizadas por início gradual de prognóstico usualmente incerto com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudizações, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções prioritárias, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013).

- **Fator de Risco (FR)**

Quando falamos de risco, na verdade, estamos elegendo uma característica que tem a capacidade de elevar a probabilidade de algum evento de doença/morte venha acontecer. A ideia de probabilidade contida no conceito de risco facilita a identificação de outro termo muito utilizado na saúde pública que é o de “grupos de risco”. Estes são um conjunto de indivíduos que possuem uma ou mais características em comum (fatores de risco) que os tornam mais propensos a desenvolver determinada morbidade.

- **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**

Considerada ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco, a HAS representa um dos maiores desafios em saúde pública, particularmente pela complexidade dos recursos necessários para seu controle como doença. Tem uma alta prevalência (15 – 20 %) e uma incidência que praticamente permanece estável que é variável nas diferentes regiões do mundo todo. A metade das pessoas que sofrem de HAS desconhece a situação. Além dos avanços terapêuticos, o controle ótimo se alcança na metade desses pacientes. Portanto, é um problema de saúde de grande magnitude. Sua causa principal é desconhecida na maioria das vezes (HAS essencial ou

primaria). Na atualidade, a doença tem acometido pessoas com idades. As principais afetações acontecem no cérebro, coração, rins, tromboses periféricas e retinopatias, afetando todo o corpo, e em geral representa os principais fatores de risco de doenças cardiovasculares que constituem as primeiras causas de morte em países desenvolvidos e muitos em vias de desenvolvimento. Por consenso, define-se HAS no adulto, a presença de pressão arterial sistólica(PAS) acima de 140 mm Hg, e/ou pressão arterial diastólica(PAD) acima de 90 mm Hg, mas para alguns autores as medidas consideradas para “Pressão Arterial Alta (PAA) é entre 130 e 140 de PAS e 85 a 90 de PAD. (SBH, 2010)

- **Diabetes Mellitus (DM)**

É uma doença endócrina mais frequente e uma das principais causas de mortalidade e morbidade na sociedade atual. A Diabetes é uma doença que ocorre quando o pâncreas não produz mais insulina suficiente ou quando o organismo não pode utilizar efetivamente a insulina produzida. Faz parte do grupo heterogéneo de síndromes de etiopatogenia multifatorial. O problema comum e o transtorno metabólico são fundamentalmente hiperglicemia crónica. Além disso também, há alterações no metabolismo lipídico e proteico. Estas alterações são devidas ao déficit relativo ou absoluto de insulina, junto com alterações no mecanismo de ação fundamentalmente no caso da DM tipo 2. É característico o desenvolvimento de complicações crônicas, microvasculares a longo prazo. Sua prevalência está entre um 6 % ao 15 % em diferentes reportes estatísticos e está aumentando de forma rápida em parte devido a mudanças no estilo de vida e maior esperança de vida. A Tipo 2 (DM não insulinodependente) representa os maiores número de pacientes entre 80 e 90 % e os Tipo 1 (DM insulinodependente), entre 5 ao 10 %. Calcula-se que a incidência no mundo todo dobrará para o ano 2030, com relação ao 2000. Entre os principais critérios diagnósticos podem ser citados: Glicemia plasmática ao acima de 200 mg/dl com sintomatologia cardinal ou crises hiperglicêmicas, ou Glicemia plasmática em jejum maior ou igual a 126 mg/dl ou Glicemia provocada as duas horas (soro oral glicosado) por acima de 200 mg/dl, ou Hemoglobina Glicosilada

(HbA1c) igual ou maior de 6.5 % com garantir de estandartes de qualidade para sua determinação e referências internacionais. Em ausência de descontrole metabólico estes critérios, com exceção do primeiro, precisam de uma confirmação repetindo-se o exame outro dia, preferentemente com a mesma prova. Lembrar que uma Cetoacidose Diabética ou Descontrole Hiperglicêmico Hiperosmolar, não precisa confirmação analítica posterior. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

- **Dislipidemia**

As hiperlipoproteinemias são anomalias do transporte lipídico que acontecem perante incremento das sínteses ou retraso na degradação das lipoproteínas que transportam o colesterol e as triglicérides no plasma. Estas alterações produzem-se por diversas doenças genéticas associadas a outros transtornos metabólicos (hiperlipemias secundária). As hiperlipoproteinemias primárias classificam-se em dois grandes grupos: 1) transtornos em um só gene que se transmite por mecanismos dominantes ou recessivos simples, e 2) transtornos multifatoriais, com um componente hereditário complexo que afeta a diversos genes. Os mais frequentes conhecidos e que estão hoje associados aos pacientes são: obesidade, tabagismo, ingestão de álcool, entre outros. Geralmente, são avaliadas as taxas de colesterol por acima de 200 mg/dl, triglicerídea maior de 150 mg/dl com alterações das frações LDL altas e HDL baixas. O dado epidemiológico estabelece que há uma associação estreita e contínua entre as concentrações de colesterol total e o risco de um evento coronário.

- **Obesidade**

É a doença metabólica mais prevalente do mundo e constitui em uma causa muito importante de morbimortalidade nos países desenvolvidos (segunda causa de mortalidade evitável depois do tabaco). A morbilidade está determinada perante maior associação com DM, HA, Dislipemias, doença vascular, síndrome de apneia do sono, doença osteoarticular, colelitiasis, hérnias, aumento da incidência de determinados cânceres (em homens, colón e próstata e, em mulheres, mama, vesícula biliar, ovário e útero),

alterações na circulação venosa, maior risco de malformações no tubo neural nos filhos de mães obesas, lesões cutâneas, transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade) e anomalias endócrinas. A distribuição da gordura corporal é importante no risco cardiovascular. Uma disposição abdominal do tecido adiposo (obesidade de tipo androeide) incrementa o risco cardiovascular ao igual que um Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30 % que é o diagnóstico atual. Portanto, um homem peso normal, mas com perímetro abdominal maior que 102 cm estará apresentando risco. Para as mulheres este risco está associado a cifra acima de 88 cm.

- **Cardiopatia Isquêmica**

O conceito de cardiopatia isquêmica inclui as alterações no miocárdio devido ao desequilíbrio entre o aporte de oxigênio e a demanda do mesmo. Pode se manifestar de diversas formas, como por exemplo: Síndrome Coronariano Agudo (Infarto miocárdico com ou sem elevação do segmento ST), angina instável e perimetral, ou síndrome coronariano crônico, como angina estável crônica, isquemia silente, entre outros. Além disso são incluídas também insuficiência cardíaca, arritmias ventriculares e morte súbita. Estão incluídas entre as primeiras causas de mortes no mundo. O adequado tratamento e controle dos fatores de risco a nível da população é a medida mais eficaz para reduzir a carga de morbimortalidade que acontecem cada ano por doença cardiovascular. No infarto de miocárdio, o coração obtém oxigênio e nutrientes através de vasos sanguíneos chamados artérias coronárias. Quando interrompe o fluxo de sangue ao coração, a falta de oxigênio e nutrientes pode causar lesões permanentes nesse órgão vital. Se este bloqueio é súbito recebe o nome de infarto de miocárdio. Se o bloqueio é parcial e reduz o fluxo de sangue ao coração, pode acontecer dor no peito, chamado angina, que possivelmente não produza lesões permanentes no músculo cardíaco (miocárdio), mas é um sintoma premonitório e a pessoa pode sofrer um ataque cardíaco importante.

- **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

O acidente cerebrovascular acontece da mesma forma que o infarto do miocárdio, mas ocorre no cérebro. Se interromper o fluxo de sangue ao cérebro, este perde seu subministro de oxigênio e nutrientes, e como consequência produz no tecido cerebral um dano conhecido como acidente cerebrovascular. Pode ser isquêmico (80 - 85 % dos casos) ou hemorrágico (15 - 20 % de lós casos). A HA é considerada como principal fator de risco no AVC tanto ateroscleróticos como hemorrágico, e a fibrilação auricular no caso dos embólicos. Estes produzem déficit completo desde o início e com maior tendência a uma transformação hemorrágica. Os AVC em muitos países desenvolvidos são a terceira causa de morte depois das cardiopatias e o câncer. Sua incidência aproxima-se a 0,5 -1/100.000 habitantes. Em pessoas maiores de 75 anos está incidência aumenta a 20 - 30/1.000 habitantes. Ou seja, trata-se de uma doença extremamente frequente e está quase sempre entre as primeiras quatro causas de óbitos para todas as idades, e de sequelas que afetam a qualidade de vida com alto custo emocional, econômico e social.

- **Doença Renal Crônica (DRC)**

Doença Renal Crônica caracteriza-se perla perda gradual e progressiva da capacidade renal estabelecida em mais de três meses. A lesão renal pode ser Estrutural (alteração detectada por fatores étnicos histológicos ou de imagem); e Funcional quando existe alteração em eliminação dos produtos de desfecho do metabolismo nitrogenado, por exemplo, creatinina, ácido úrico, etc., regulação do equilíbrio hidroeletrolítico, que origina alterações do volume plasmático, a natremia, os niveles de potássio, cálcio, fósforo, magnésio, regulação do equilíbrio ácido-base produzindo normalmente acidose com aumento do anión gap. A função de hormônio: os rins interveem na formação de eritropoietina (EPO) por lás células dele interstício medular a ativação da vitamina D, e ativação e transmissão de sinais do sistema renina-angiotensina-androsterona (SRAA). Outras funções importantes são a conversão periférica de T4 em T3 e degradação de insulina e cortisol.

4.2. Diagnóstico Situacional do Município de Rio Espera

O Diagnóstico da Situação de Saúde é uma ferramenta que permite a visualização dos problemas de saúde da população e da utilização dos serviços de saúde. Pode ser elaborado a partir de indicadores demográficos, sociais, econômicos, epidemiológicos, e serviços assistências, a partir da análise das bases de dados. Em resumo, representa um instrumento científico-metodológico de grande utilidade para identificar, priorizar e solucionar problemas de saúde da comunidade.

A estratégia de saúde familiar faz acessível os serviços de atendimento ao nível primário, com prioridade pela educação sanitária, prevenção de doenças e promoção da saúde, garantindo a participação da população. Além disso, pode-se conhecer a situação concreta do processo saúde/doença e como fenômeno de grupo desta comunidade com relação a fatores e condições de risco, e os danos na saúde já estabelecidos (mobilidade e mortalidade).

Um diagnóstico de situação de saúde é o conhecimento aproximado dos problemas diversos objetivos de uma população, a partir da identificação e interpretação dos fatores e atores que determinam sua situação, análise de suas perspectivas e avaliação dos mesmos.

O propósito do Diagnóstico Situacional é identificar os problemas detectados em condições de prevalência, incidência, mortalidade, letalidade ou porcentagens de problemas de saúde, de acordo com as variáveis de população, espaço e tempo, sua transcendência de encontro com o impacto social ou econômico, vulnerabilidade (recursos disponíveis para prevenir, controlar ou erradicar os problemas de imunização, tratamentos, diagnóstico, etc.) entre outros muitos objetivos.

A importância dos resultados serem obtidos por esta metodologia, está baseado na oportunidade de identificar e gerenciar os diferentes problemas da população para planejar linhas de ação, atividades, objetivos, metas, tarefa e distribuição de recursos que são elementos indispensáveis para um a elaboração e execução mais efetiva (BRASIL, 2011).

A distribuição da população de Rio Espera, por faixa etária e sexo está representada na tabela 1 de acordo com dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). A População estimada para 2014 foi de 5.986, mas pode-se verificar que houve um aumento de acordo com o SIAB-DATASUS.

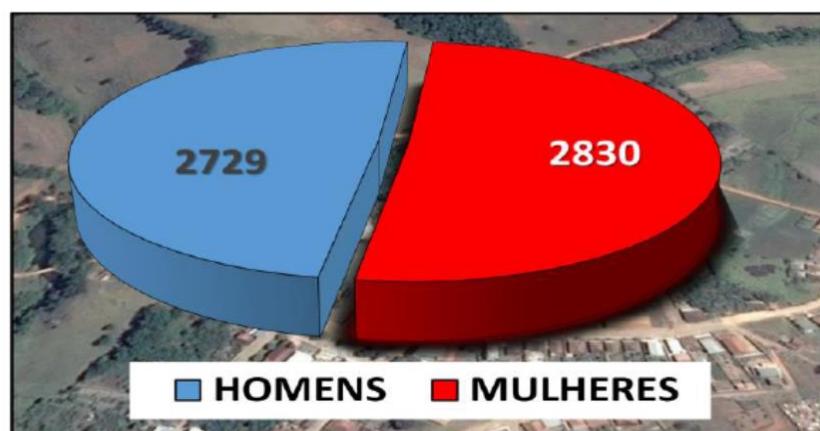
Para estes dados gerais, existe um pouco mais de pessoas masculina. Este não foi igual para o grupo estudo que incluiu usuários adultos (5559 maiores de 15 anos), onde houve um discreto predomínio para as mulheres com 51 % (gráfico 1).

Tabela 1: Distribuição da população por faixa etária no município de Rio Espera (setembro 2014)

| Faixa etária | Feminino | Masculino | TOTAL |
|------------------|-------------|-------------|-------------|
| • < 1 ano | 11 | 6 | 17 |
| • 1 aos 4 anos | 97 | 112 | 209 |
| • 5 aos 9 anos | 169 | 245 | 414 |
| • 10 aos 14 anos | 289 | 317 | 606 |
| • 15 aos 19 anos | 302 | 352 | 654 |
| • 20 aos 39 anos | 929 | 838 | 1767 |
| • 40 aos 49 anos | 472 | 501 | 973 |
| • 50 aos 59 anos | 420 | 408 | 828 |
| • 60 anos e mais | 707 | 630 | 1337 |
| TOTAL | 3396 | 3409 | 6805 |

Fonte: SIAB – DATASUS.

Grafico 1: Distribuição da população adulta por sexo no município (setembro 2014).



Fonte: SIAT - DATASUS

A área da unidade territorial de Rio Espera é de 238,602 km² com uma densidade demográfica (hab./km²) de 25, 44. O programa Saúde da Família possui três Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Hospital privado de pequeno porte com atendimento do SUS e com possibilidade de atendimentos de urgências e internação de curta estadia com 23 vagas, além do SAMU, NASF, Conselho Tutelar, dentre outros. Todos estes serviços desenvolvem ações em prol da saúde do idoso, o município procura sempre aderir programas que beneficiem a população tais como PMAQ, Vigilância em Saúde, Travessia, Mães de Minas, dentre outros. A gestão é acompanhada de forma ativa através da realização de reunião para avaliação do desempenho e melhorias a serem implementadas em cada área de abrangência. Existe uma equipe multiprofissional que trabalha articulando-se de forma a atender a necessidade da população. O município por ser pequeno apresenta muitos recursos tanto de cunho social, comunitário quanto de saúde para atender à demanda da realidade local. Quase todos os recursos citados estão disponíveis no micro área de abrangência de realização do presente estudo. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo assistencial da Atenção Básica que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. O modelo da ESF busca favorecer a aproximação da unidade de saúde com as famílias; promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da co-responsabilização da atenção, da capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local.

Tem como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e longitudinalidade do cuidado das famílias e das pessoas sob sua responsabilidade. A organização do trabalho das equipes deve estar centrada nas necessidades dos usuários e na busca contínua de melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população.

5. METODOS

O estudo se caracteriza por buscas em fontes primárias de bases de dados bibliográficas eletrônicas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de MEDLINE, LILACS, SCIELO, Pudmed através de descritores das ciências da saúde BIREMED – OPS em idioma português, inglês e espanhol. Foram selecionados artigos científicos entre os anos 2006 e 2014, que consideramos aportar conceitos, características e comportamentos atuais sobre o diagnóstico e afetação das doenças e fatores de risco cardiovascular (BRASIL, 2014).

Principais Descritores

Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias, Hiperlipoproteinemia, Hipercolesterolêmica, Programa Saúde da Família, Atenção a Idosos, Sedentários.

A investigação será descritiva e prospectiva com o propósito de caracterizar os usuários cadastrados nas UBS de Rio Espera que apresentam doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco aterogênico selecionadas. Em seguida pretende-se elaborar um Plano de Ação personalizado para esta população.

O universo de estudo foi constituído por usuários adultos (maior de 15 anos) cadastrados no município e que foram acompanhados por três equipes de saúde, no período de janeiro a dezembro de 2014, correspondendo a uma amostra estimada de 3872 usuários (70 % da população adulta) e deles 1842 como mostra DCNT (33 % da população adulta). Ver Gráfico 2 em resultados.

Critérios de inclusão

Usuários maiores de 15 anos cadastrados na UBS, que aceitarem a participar do estudo.

Critérios de exclusão

População pediátrica, gestantes, e usuários não cadastrados na UBS, o morando fora do município e negativados a participar.

A primeira etapa consiste na aplicação de um questionário sociodemográfico que deve incluir variáveis biológicas como idade, sexo, doenças que sofre, tempo de atendimento. Além disso outro fator de risco cardiovasculares, serviço de saúde que utiliza mais frequente, ocupação, moradia, hábito alimentar, se faz ou não atividade física, acompanhamento, comprimidos que toma por dia, entre outros.

Finalmente, os dados recolhidos serão analisados com ajuda de programas estatística o SPSS (Estatística Pack age for the Social Science) versão 2.2, e os resultados serão apresentados por tabelas e gráficos.

Para elaborar o Plano de ação personalizado à problemática serão utilizados o Planejamento Estratégico Situacional (PES), pelo qual serão descritas as etapas propostas de desenvolvimento na ordem de organização e priorização dos problemas que incluem os três micros áreas de saúde do município.

5.1Principais problemas de saúde identificados no Município de Rio Espera

Os principais problemas de saúde identificados a partir das análises do comportamento histórico de atendimentos em toda a rede assistencial são nomeadamente:

1. Predomínio de DCNT (destaque-se hipertensão arterial, diabetes mellitus, hiperlipemias, obesidade, sequelas de AVC) e outros fatores de risco.
2. Alta incidência e prevalência de pacientes com tumores malignos.
3. Frequent consumo de álcool, fumo e café, uso de drogas, maus hábitos.
4. Problemas circulatórios crônicos em membros inferiores secundários a insuficiência arterial e venosa periférica.
5. Transtornos em saúde mental relacionados com ansiedade, estados depressivos, insônia, e psicoses como a esquizofrenia. Alto consumo de psicofármacos pela população.
6. Alta incidência de parasitoses intestinal, fundamentalmente em meninos que moram em pequenos assentamentos na periferia.
7. Gravidez em adolescência.

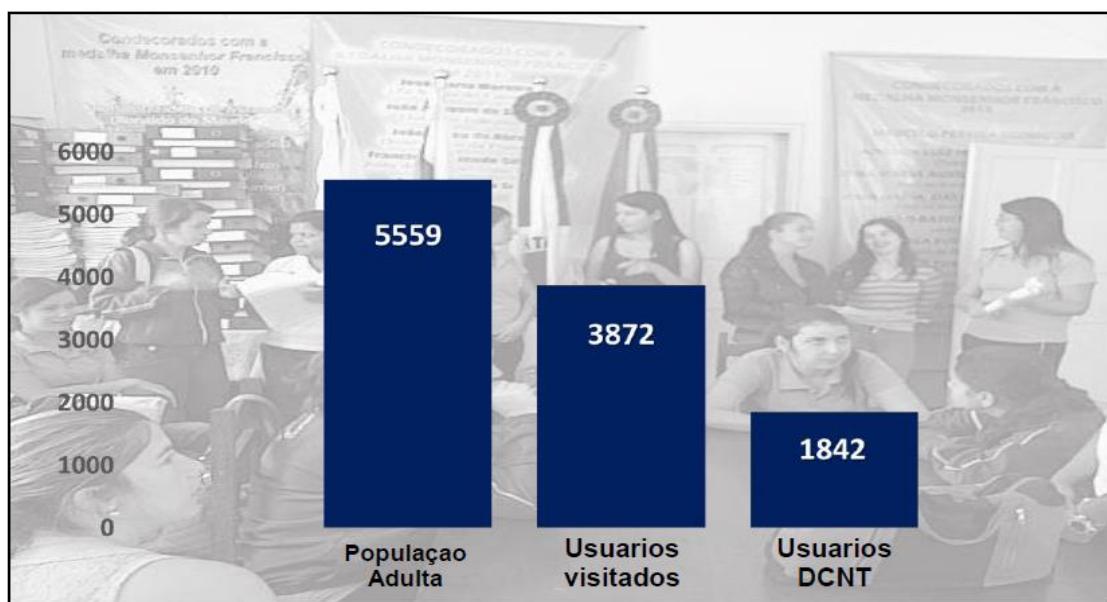
8. Traumatizados por acidentes em motocicletas e bicicletas.

5.2 Dados de Diagnóstico Situacional período outubro 2014 – Rio Espera

Não todos os usuários cadastrados foram entrevistados por os EBS, mais a maior parte si. Grafico 2.

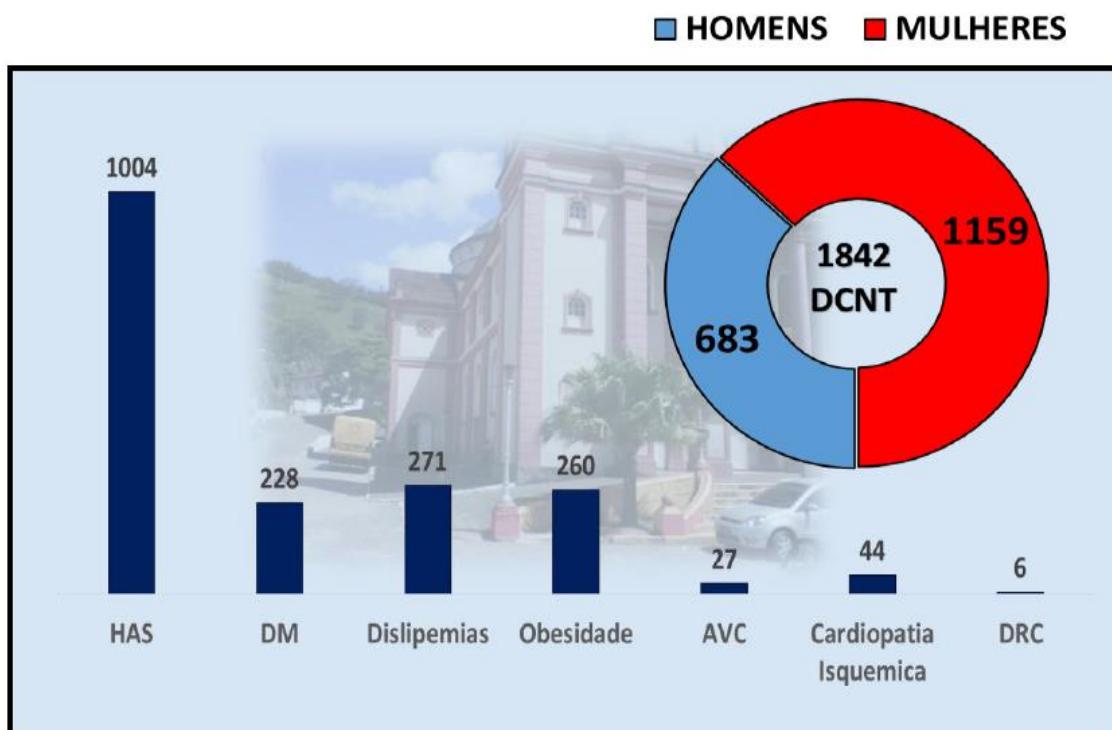
- População adulta: 5559.
- Usuarios visitados: 3872 (70 %)
- Mostra: 1842 com DCNT (33 % dos adultos)

Grafico 2: Selecao da mostra a incluir no estudo (1842 usuarios). Setembro/2014.



Os principais resultados sobre o diagnóstico situacional referente as doenças crônicas não transmissíveis foram atualizadas pelas três equipes de saúde de para quase a totalidade o micro áreas de abrangencia de Rio Espera referentes até outubro do ano de 2014. Os dados foram estão apresentados na pagina seguinte, Grafico 3.

Grafico 3: DCNT população adulta. Período Janeiro a Outubro 2014.



Este gráfico apresenta maior afetação para usuários com HAS, Dislipemicos, Obesos e Diabeticos, com predomínio de doentes do sexo feminino em geral e por cada fator de risco como seriam descrito mais pra frente.

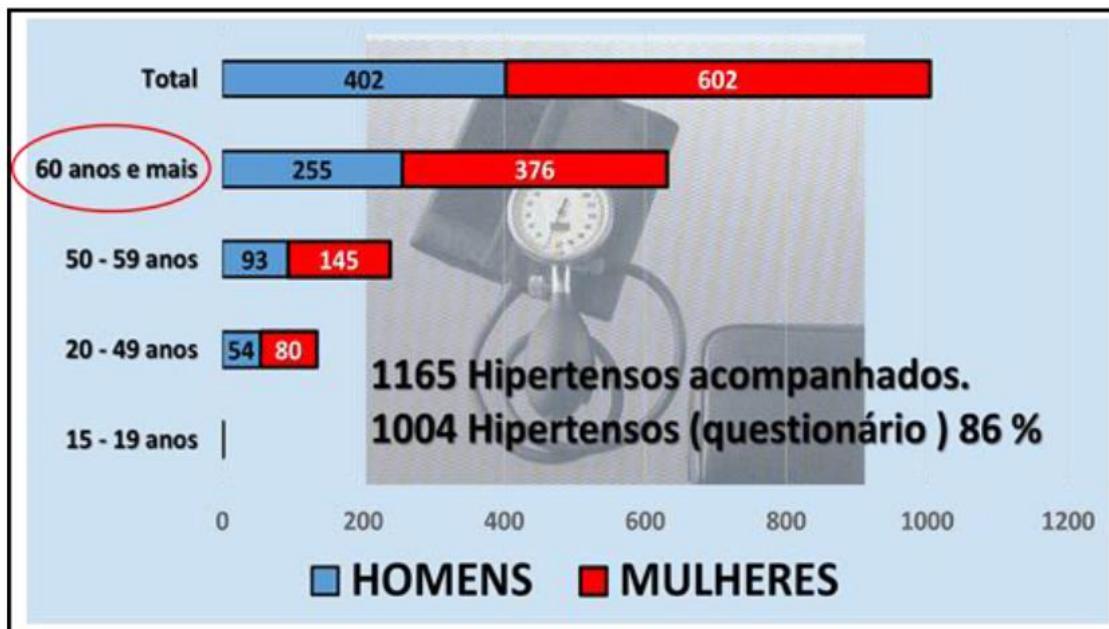
Na atualidade, observa-se uma tendência ao aumento das prevalências destas DCNT, possivelmente relacionado ao crescimento da população de idosos e das taxas de sobrepeso e obesidade, entre outros fatores. (Deedwania PC, 2011).

Diariamente tanto por atividades de consultas agendadas, como por demanda espontânea, coincidem estas mesmas situações de saúde como motivo de atendimento, em hipertensos, diabéticos, obesos com problemas de dor de osso, insomnio, ansiedade, depressões, cefaleias, tonturas, e renovação de receitas, solicitudes de exames laboratorias o encaminhamento. Poucos usuários acudem espontanemente preocupados por sou excesso de peso, o duvidas de que deve o não comer, orientação para praticar exercícios, o abandonar tabagismo. Mais podemos dizer que perlo menos neste município

não são muitos faltosos a consultas o recolher remédios de entregue de gracia para estas doenças crônicas priorizadas por o SUS.

5.2.1 Hipertensao Arterial Sistemica (HAS) – Rio Espera

Grafico 4: Usuários com HAS atendidos nas três equipes por idades e sexo. Período Janeiro a Outubro 2014.



No município de Rio Espera existem notificados 1165 usuários com diagnóstico de hipertensão, que corresponde a 86 % da população cadastrada. Na gráfica anterior mostra 1004 hipertensos que corresponde a uma prevalencia de 18 % da população total adulta. Para os adultos que autoreferem ser hipertensos, segum vigilância sanitária através de Vigitel 2013, este indicador esta por acima do nosso, com 24.1 %, afetando mais a mulheres (23.6 %) e homens com 21.5 % e vai incrementando-se esta doença com a idade. (Brasil, Ministerio de Saude, Vigilancia Sanitaria, 2013).

Os usuários hipertensos representam o 54,5% de diagnósticos dos 1842 incluídos no estudo, prevalencia mais alta em comparação a outras DCNTS, sem incluir os pacientes com Tumores Malignos que não foi objetivo deste trabalho. Em reporte estatístico do Ministério de Saúde (2008), a prevalência de hipertensos no Brasil está em 30,8 %. Outros reportes internacionais considerando o ano de 2008, de população hipertensa maiores em

comparação com os dados brasileiros são: Chile: 33.9 %, e Cuba 33 %. Outros pais com melhores indicadores de HA em 2008 estão os casos da China: 27.3 %, Argentina 25.1 %, e Estados Unidos com 18 % (OMS, 2014).

Os dados apontados nesta revisão indicam uma maior quantidade de hipertensos com idades acima dos 60 anos (62 %), e também que fatores de risco como o aumento de peso, o tabagismo, o uso abusivo do álcool, o sedentarismo podem comprometer pessoas com idades mais jovens. (SBH, 2010).

Embora os hormônios femininos protejam as mulheres da HA, o período que se segue a menopausa a coloca em condições de igualdade para os riscos de HA (BRASIL, 2013).

Em quanto ao sexo já fiz referencia no parrafos anteriores do predominio foi para o feminino (60 %). Outros trabalhos revisados coincidem também com o noss, por exemplo o reporte de 68.8 % população feminina (31 mulheres de 45 hipertensos no estudo em 2012, município Bambuí, daqui de Minas Gerais, (Dalton Paulo, 2012), 71.3 % de mulheres hipertensas nas UBS do município Vale de Curimataú, Paraíba, publicado em agosto do ano passado (Lino de Souza, Vinícius e at, 2013).

No trabalho realizado em janeiro 2013 do Perfil epidemiológico de hipertensos y factores de riesgo en un municipio del Noroeste de Río Grande do Sul, a prevalência foi de 20.9 % (Manuele Pimentel Gomes, 2013). Outra bibliografia revisada: 35 % da população hipertensa na região do Morro das Pedras, especificamente a área adscrita do Centro de Saúde Vila Leonina, oeste de Belo Horizontes (Bruno Cesar, 2014).

Reportes em anos anteriores (2008 -2009) mostravam que a HAS no Brasil encontrou uma prevalência entre 22.3 % e 43.9 % (media de 32.5 %) com maior afetação de doentes tambem em pessoas idosas. (Cesarino CB, 2008), (Rosario TM, 2009).

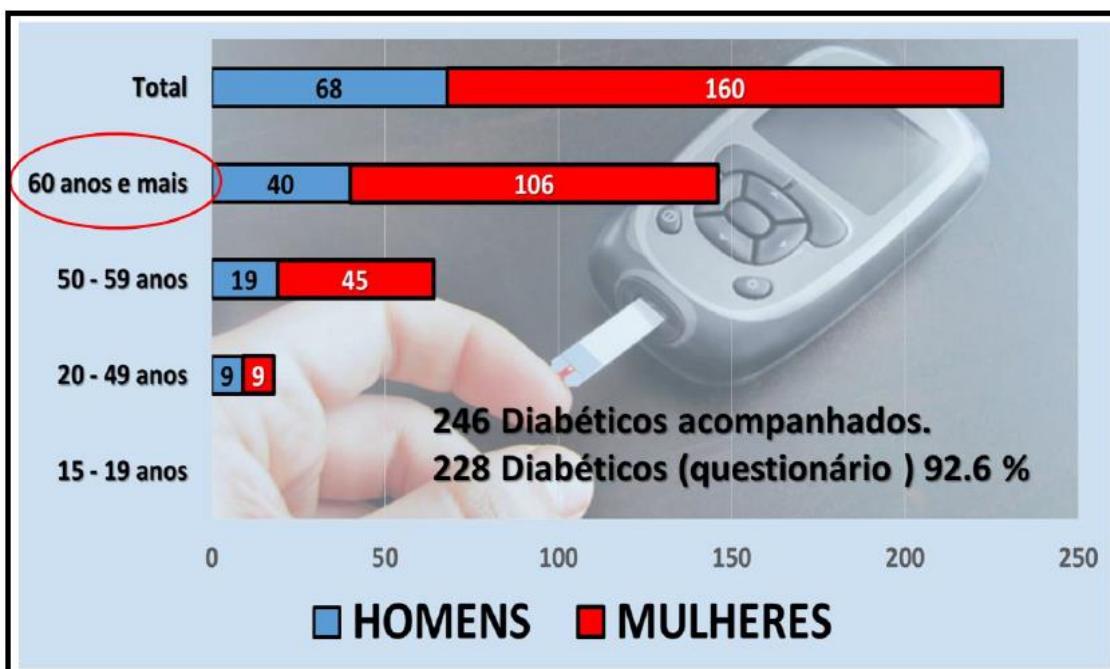
5.2.2 Diabetes Mellitus (DM) – Rio Espera

A diabetes aumenta o risco de sofrer também infartos de miocárdio e acidentes cerebrovascular. Mas se os diabéticos mantêm o controle da tensão arterial e cifras de açúcar no sangue podem minimizar episódios agudos muitas vezes de alta mortalidade (BRASIL, 2013).

Segundo a International Diabetes Federation, existiam 285 milhões de diabéticos no mundo em 2010 e a projeção é de que, em 2030, sejam 438 milhões, sendo 90% dos casos de DM tipo 2. O impacto dessa situação em países em desenvolvimento é imenso.

A Grafica 5 apresenta o registro dos usuários diabéticos registrados nas UBS, sendo que dos 246 diabéticos, apenas foram entrevistados 92.6 % que corresponde a 228 diabéticos (prevalência de 4.1 % da população adulta inferior a tasa nacional que em 2011 reporta se uma prevalência estimada em 6 %) e 2013 (Brasil, Ministerio de Saude, Vigilancia Sanitaria, 2013), a cifra quase foi do 7 % (6.8 %) Acreditamos que existe um subregistro de casos por inadequado acompanhamento, ou cadastrados não entrevistados.

Grafica 5: Total de DM adulta atendidos pelas três equipes. Período Janeiro a Outubro 2014.



Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,6 %, em 2006, e passaram para 6.5 %, em 2013, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6.3 % em 2006 passo a 7.2 % 2013. (Brasil, Ministerio de Saude, Vigilancia Sanitaria, 2013).

Com relação aos resultados regionais da pesquisa de faz três anos, a capital com o maior número de pessoas com diabetes foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com 6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%) (BRASIL, 2011).

É estimado que o Brasil passe da 8^a posição, com prevalência de 4,6 %, em 2000, para a 6^a posição, 11,3 %, em 2030. (BRASIL, 2011).

Em quanto ao sexo o predomínio foi para o feminino (70 %). Outros trabalhos publicados coincideram com noss, como por exemplo na UBS em município Macapa, Amapá, com 66.2 % eram mulheres, (Nunes Ferreira, 2012).

Desde 1980, as evidências mostram que a presença de DM confere risco aumentado de morte cardiovascular tanto em homens quanto em mulheres. (Kannel WB,1979).

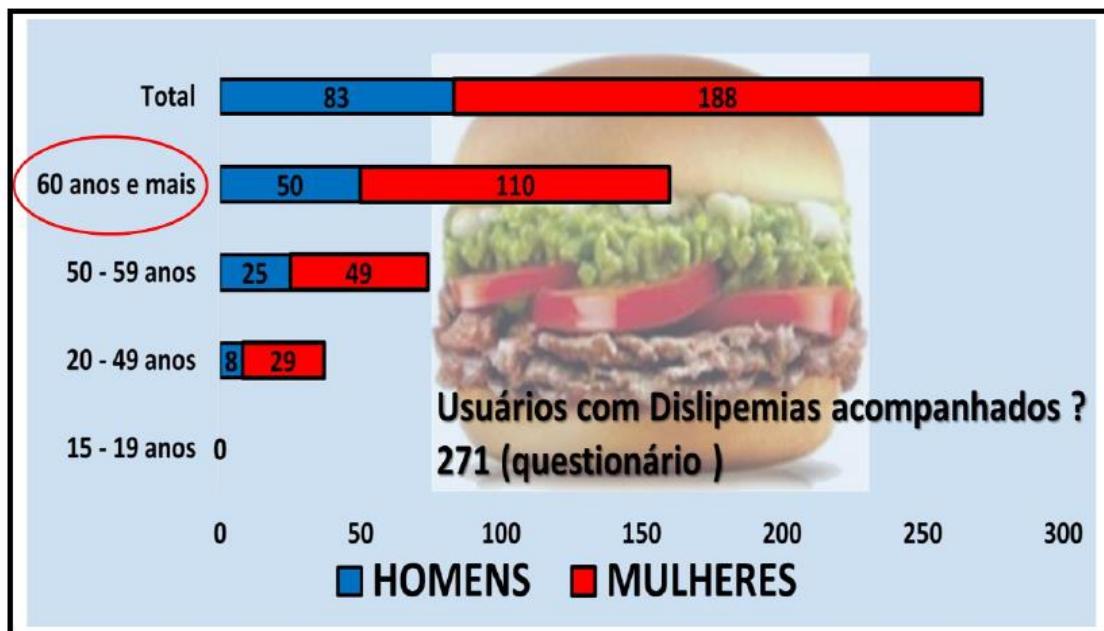
Esses estudos mostraram que de modo isolado ou associado a outras doenças cardiovasculaes, como HAS e Dislipidemia, a DM está intimamente relacionada ao aumento da incidência da doença aterosclerótica. (Hafner SM, 1998).

5.2.3 Dislipidemias – Rio Espera

Na Grafica 6 que podem olhera folhea siguiente, estao representado os 271 pacientes com lipídios acima da normalidade que são o **4.8 %** da população adulta. Predomínio feminino (69.3 %). Tambem como em outros fatores de risco, achamos que existe subregistro, por mao acompanhamento e seguimento sistemático de usuários cadastrados por os EBS para garantir assistência primaria, poe nacionalmente no ano passado o porcento afectado como níveis sanguíneos de colesterol e trigliceridos elevados foram do 20.3 %, chegando a cifras maiores em sexo feminino com 22.1 % para as 26 capitais

incluídas no estudo do Ministério de Saúde através do estudo Vigitel, em parceria também com a obesidade, alimentação inadequada, inatividade física, álcool, tabagismo e o muito conhecido por os médicos e pouco divulgado para a população síndrome metabólica que desenvolve em diabetes.

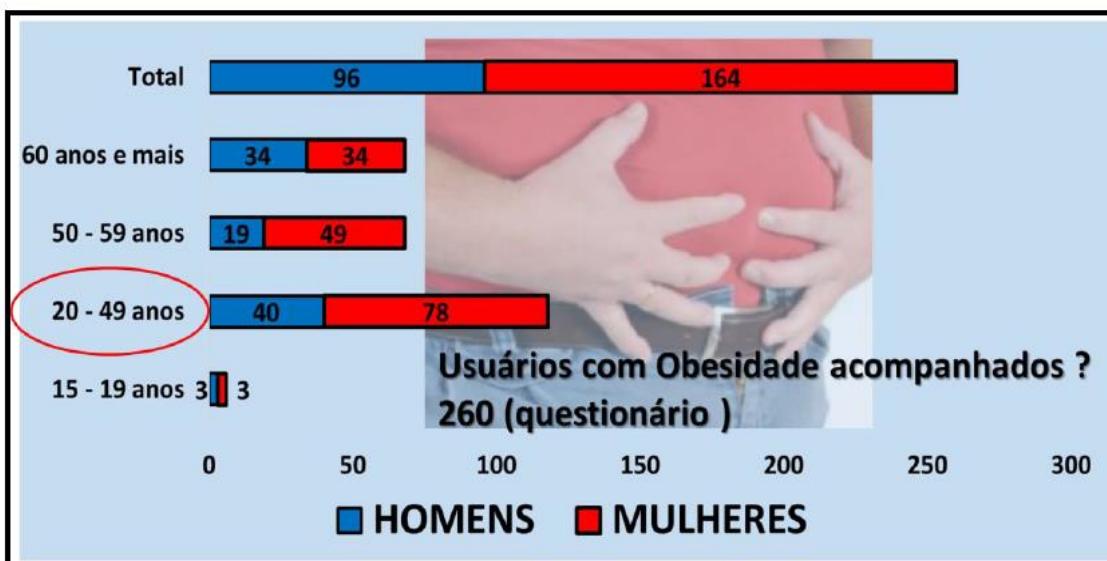
Grafico 6: Usuários com Dislipidemia pelas três equipes. Período Janeiro a Outubro 2014.



5.2.4 Obesidades – Rio Espera

Para um indivíduo que apresenta sobrepeso é aumentado o risco de sofrer infartos de miocárdio e acidentes cerebrovasculares. No caso de pacientes com Índice de Massa Corporal (IMC) com acúmulo de gordura no perímetro abdominal e acima de sobrepeso, o risco aumentado. Para manter o peso ideal é aconselhável praticar exercício físico planejados regularmente e manter uma alimentação saudável. É importante fomentar sobre hábitos saudáveis de vida e motivar pessoas, famílias e a comunidade a praticá-los.

Grafico 7: Pacientes com Obesidade entrevistados. Período Janeiro a Outubro 2014.



O Gráfico anterior apresenta uma amostra de 260 pacientes com diagnóstico de obesidade e IMC acima de 30% para uma prevalência de 14 %, indicador por debaixo do próprio relatório nacional 2013. A probabilidade de que existam mais pessoas com obesidade é certa, pelo subregistro do relatório Equipe número 3 e também em os outros dois, que existem pessoas e famílias todas com alto consumo calórico com refeições com muita massa e gorduras, falta de atividade física sistemática, de lazer, e estresse sostenido. No Brasil, por exemplo, quase metade da população está acima do peso (48,5 %), sendo que dessa taxa, a prevalência maior é entre os homens, que apresentam um índice de 52,6 %, entre as mulheres essa taxa é de 44,7 %. Os dados são de uma pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde em 2012.

O ano passado foi publicado o estudo de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, em usuários adultos de 26 capitais e Distrito Federal, com resultados de excesso de peso em 50.8 % (predomínio em sexo masculino com 54.7 %) e obesidade (IMC igual ou maior de 30), em 17.5 % comportando-se igual para ambos os性os (em 2006 foi de 11.8 % e 2013 17.5 %), que nos alerta a dar maior prioridade a esta “pandemia” como fator de risco cardiovascular importante para desenvolvimentos de doenças como as estudadas em nosso TCC. Outros dados interessantes divulgados foram a cidade de Belo Horizonte com 47 % da população com excesso de peso e 15 % com obesidade, ficando entre as

que mostram melhores porcentagens além de estar elevados. Existem outros países do grupo chamados emergentes, que têm piores indicadores de pessoas com excesso de peso que Brasil (Rússia: 59.8 % e África do Sul com 65.4 %) e melhores que nossos China com 25.4 %, na Índia com 11 %. Comparativamente com países vizinhos a obesidade no ano passado alcança 19.9 % em Uruguai, 20.5 % Argentina, 22.8 % Paraguai, e Chile com 25.1 %. (Brasil, Ministério da Saúde, Vigilância Sanitária, 2013)

Em revisão bibliográfica este indicador está perto do 50 % da população como por exemplo em município Noreste Rio Grande do Sul, obesidade presente em 47, (Manuele Pimentel Gomes, 2013). Em 1580 adultos estudados em 2006, Estado de Pernambuco, sobre obesidade abdominal, também reportaram maior afetados usuários do sexo feminino (58 %). (Claudia Porto Sabino, 2006). Outras regiões com índices acima da média nacional foram descritas no trabalho investigativo na região do Morro das Pedras, especificamente a área adscrita ao Centro de Saúde Vila Leonina, oeste de Belo Horizonte com prevalência de 32 %. (Bruno Cesar, 2014).

Numa comparação de usuários obesos por faixa etária entre as três equipes (tabela 2), verifica-se diferentes realidades. A equipe 3 reporta menos casos de obesidades. As idades mais afetadas são adultas jovens (20 - 49 anos) e a maioria com vida sedentária e dieta inadequada.

Tabela 2: Obesidade por faixa etária por equipe. Período Janeiro a Outubro 2014.

| Acompanhamento | Equipe 1 | Equipe 2 | Equipe 3 | Total |
|------------------|------------|------------|-----------|------------|
| • 15 aos 19 anos | 2 | 2 | 2 | 6 |
| • 20 aos 49 anos | 57 | 56 | 5 | 118 |
| • 50 aos 59 anos | 27 | 38 | 3 | 68 |
| • 60 anos e mais | 34 | 31 | 3 | 68 |
| Total | 120 | 127 | 13 | 260 |

5.2.5 Cardiopatia Isquêmica – Rio Espera

Os infartos de miocárdio e acidentes cerebrovasculares são as principais causas de morte no mundo. A cada ano, estatisticamente 12 milhões de

pessoas morem no mundo (WHO 2009a, 2009b. Neste sentido, sabe-se que o consumo de tabaco, uma dieta nada saudável e a inatividade física aumentam o risco de sofrer infartos de miocárdio e acidentes cerebrovasculares.

Chamamos a atenção para o número total de 46 portadores de cardiopatias isquêmicas que só inclui pessoas infartadas e que tem-se conhecimento de um subregistro, além de não incluir anginas, falência cardíaca, arritmias, entre outras complicações.

A tabela 3 mostra 46 pacientes com diagnóstico de Cardiopatia Isquêmica que representam **0.82 %** da população adulta de Rio Espera com predomínio do sexo feminino (54.3 %).

Tabela 3: Usuários com Cardiopatia Isquêmica reportados por EBS. Período Janeiro a Outubro 2014.

| Faixa etária | Masculino | Feminino | Total |
|------------------|-----------|-----------|-----------|
| • 15 aos 19 anos | ... | ... | ... |
| • 20 aos 49 anos | ... | ... | ... |
| • 50 aos 59 anos | 6 | 11 | 17 |
| • 60 anos e mais | 15 | 14 | 29 |
| TOTAL | 21 | 25 | 46 |

5.2.6 Enfermedade Cerebrovascular – Rio Espera

Na tabela 4 é mostrado os 27 usuários com diagnóstico de AVC que representam **0.48 %** da população adulta. Predomínio feminino (63 %). Para a quantidade de usuários com hipertensão, transtornos endócrinos metabólicos, obesos, sexo feminino, tabagismo, lipidos elevados, sedentários, e com transtornos emocionais depressivos, ansiedades, entre outros fatores de estres sostenidos, acreditamos que existe um subregistro desta patologia que tem alta incidência hoje com maior afetação para idosos sobre todas mulheres.

Tabela 4: Usuarios com AVC reportados por EBS. Período Janeiro a Outubro 2014.

| Faixa etária | Masculino | Feminino | Total |
|------------------|-----------|-----------|-----------|
| • 15 aos 19 anos | ... | ... | ... |
| • 20 aos 49 anos | 1 | ... | 1 |
| • 50 aos 59 anos | 1 | 1 | 2 |
| • 60 anos e mais | 8 | 16 | 24 |
| TOTAL | 10 | 17 | 27 |

5.2.7 Doença Renal Cronica (DRC) – Rio Espera

A hipertensão e diabetes somam mais de 50 % das causas de Doença Renal Crônica (DRC). O rim atuaria como vítima dos processos específicos sistêmicos acarretados por DM e HA. Aproximadamente 5% a 20% dos pacientes com DM podem apresentar albuminúria no momento do diagnóstico.

Em fases iniciais as lesões vasculares geralmente são discretas; porém, com a evolução, as lesões se tornam mais severas. Cerca de um terço a metade dos pacientes com DM apresenta um paralelismo entre manifestação clínica e alterações patológicas renais. (Van Buren PN, 2013).

Na tabela 5 é mostrado os seis usuários que apresentam diagnóstico de IRC que representam **0.10 %** da população adulta. Comportamento similar por sexo.

Tabela 5: Total de usuários reportados com DRC. Período Janeiro a Outubro 2014.

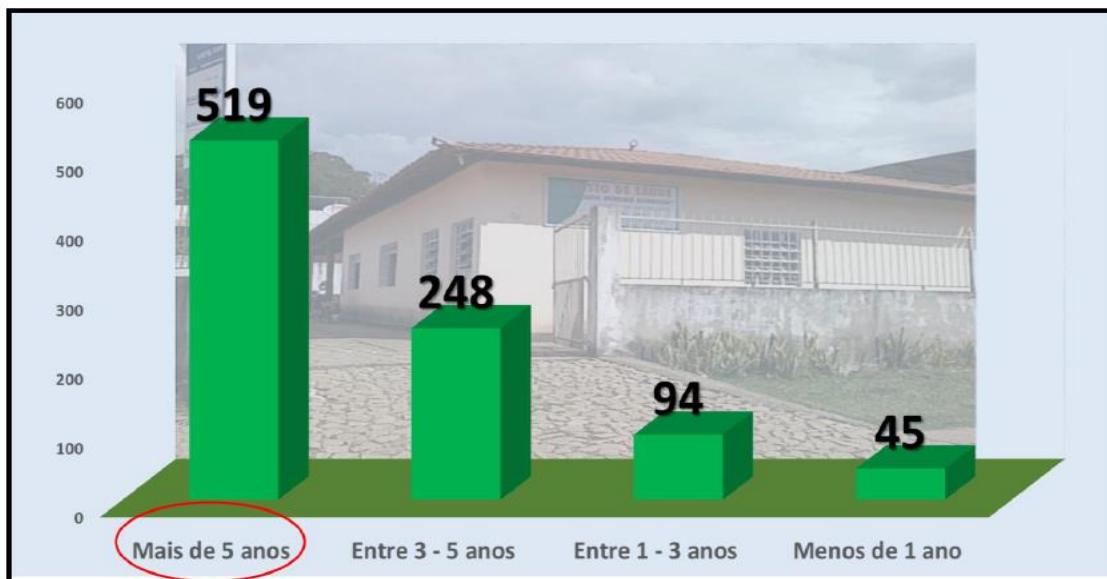
| Faixa etária | Masculino | Feminino | Total |
|------------------|-----------|----------|----------|
| • 15 aos 19 anos | ... | 1 | 1 |
| • 20 aos 49 anos | 1 | ... | 1 |
| • 50 aos 59 anos | 1 | ... | 1 |
| • 60 anos e mais | 1 | 2 | 3 |
| TOTAL | 3 | 3 | 6 |

Acreditamos que a incidência é baixa e pode estar em relacionamento com o relativo controle dos usuários diagnosticados e tratados por hipertensão e diabetes mellitus, entre os quais muitos deles toman Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina que estudos demonstraram que são eficazes em prevenir ou impedir a progressão da insuficiência renal, especialmente nos diabéticos. (UK Prospective Diabetes Study Group, 1998).

5.2.8 Outras Variáveis Estudadas Em Cada Equipe – Rio Espera

O total de pacientes com DCNT é de 1842, destes 49% puderam determinar os anos de diagnóstico. De acordo com o gráfico 8, pode-se verificar que o maior percentual dos pacientes apresenta **mais de cinco anos de diagnóstico** de algum tipo de DCNT (57.2 %).

Grafico 8: Diagnóstico da doença. Período Janeiro a Outubro 2014.



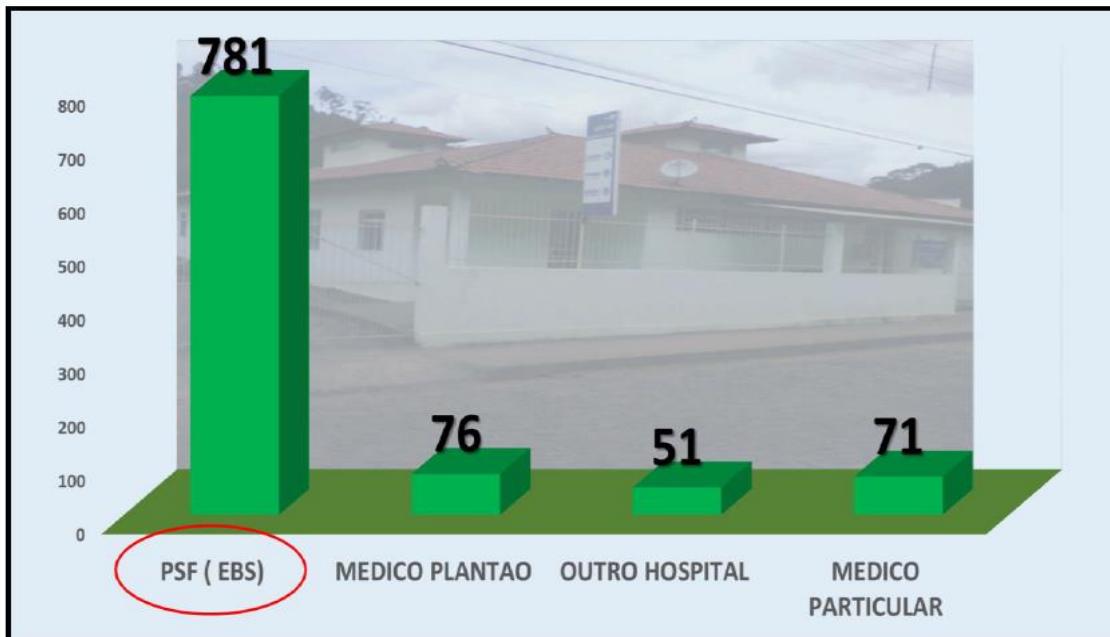
Em bibliografia consultada por exemplo para o caso específico da HAS, em município Vale de Curimataú, Paraíba, mais do 40 % dos hipertensos fazem tomam remédios antihipertensivos entre 5 e 10 anos e 36 % mais de dez anos (Vinício e at, 2013).

5.2.9 Consultas – Rio Espera

Do total de 1842 usuários com DCNT, pode-se verificar que 53% foi acompanhado pelas equipes de saúde de Rio Espera. A Grafica 9 demonstra quais os profissionais das equipes que fizeram o acompanhamento dos usuários através de consultas. Pode-se concluir que **79.7% dos usuários são atendidos pelas equipes do PSF**, reforçando que a organização das Redes de Atenção à Saúde tem funcionado de forma articulada com a comunidade. Município do Noroeste de Río Grande do Sul. As consultas no posto de saúde do bairro para hipertensão foram de 69,5 %. Vale ressaltar que este comportamento não ocorria a três anos atrás devido a fragmentação de

serviços, programas, e ações, sendo inadequado para enfrentar os desafios da situação de saúde (MENDES, 2011; BRASIL).

Grafico 9: Lugar de acompanhamento da doença. Período Janeiro a Outubro 2014.



5.2.10 Frequência De Atendimento – Rio Espera

A normalização do acompanhamento para usuários com doenças crônicas habitualmente e de pelo menos uma ou dois vezes por ano, com atualização de exames complementares laboratoriais, imanenologicos entre outros justificados para cada doente. Muitos países fazem avaliação trimestral para garantir o melhor controle sobre todo com maior prioridade para alto risco cardiovascular (panvascular), ao incidir no mesmo usuário vários fatores.

Do total de usuários com DCNT,1842, pode-se determinar a frequência do acompanhamento (49%) e como mostra a Grafica 10, que o **maior percentual dos usuários é avaliado entre 1 e 3 meses** (44 %), seguidos muito de perto por entre 3 e 6 meses (42 %).

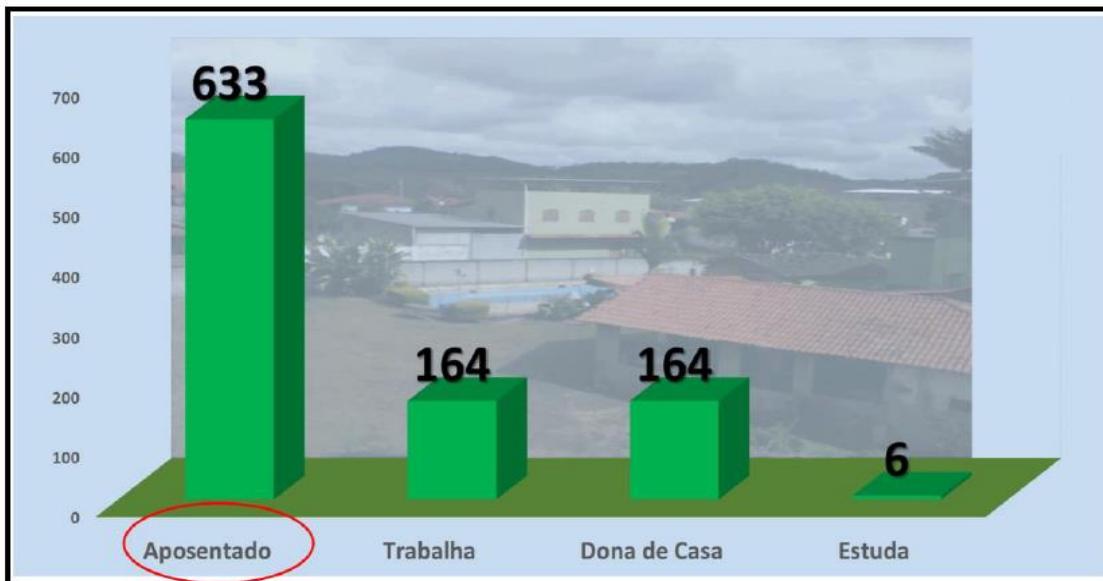
Grafica 10: Frequência de atendimento da doença. Período Janeiro a Outubro 2014.



5.2.11 Ocupação

Do total de 1842 usuários diagnosticados com DCNT, 52.4 % puderam determinar a ocupação e como mostra a Grafica 11, verifica-se que uma **maior percentagem é aposentada (65.4 %)**.

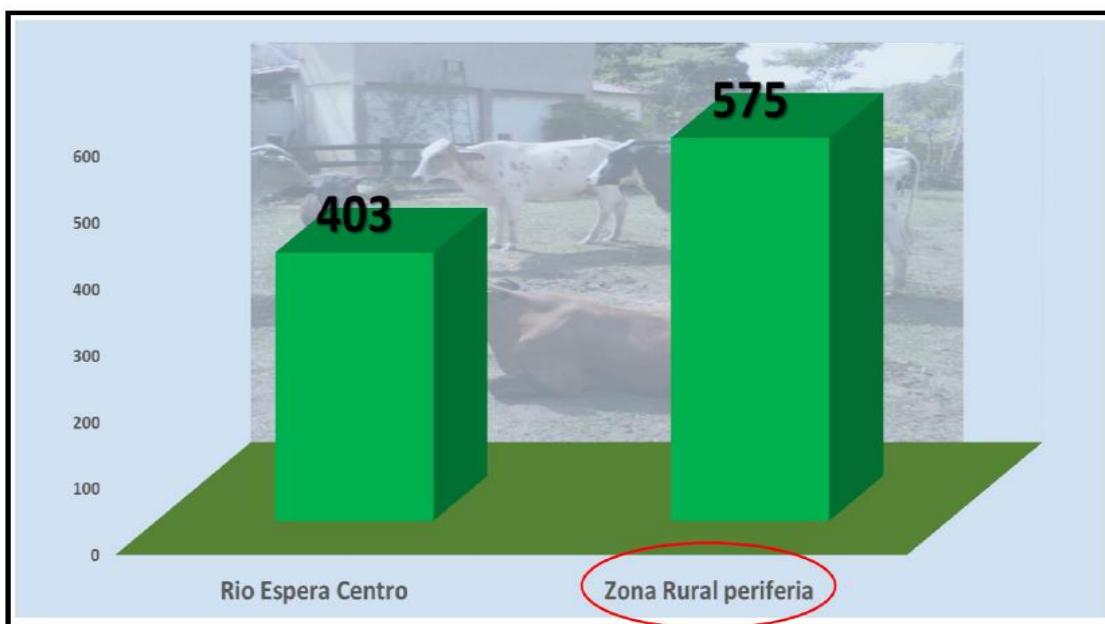
Grafica 11: Ocupação atual em usuários com DCNT. Período Janeiro a Outubro 2014.



5.2.12 Moradia – Rio Espera

Referente a moradia, dos 1842 usuários diagnosticados com DCNT, 53 % foi possível determinar onde morava e que o **maior percentual dos usuários reside nas áreas rurais (58.7 %)**, conforme apresentado na Grafica 12.

Grafica 12. Moradia. Período Janeiro a Outubro 2014.



5.2.13 Dieta – Rio Espera

Uma dieta pouco saudável é aquela que apresenta alimentos com demasiadas calorias, como muita gordura, açúcar, excesso de sal e poucas frutas e verduras. Com uma dieta inadequada e hipercalórica, e uma vida sedentária, o peso corporal aumentará e o excesso de peso pode provocar diabetes, hipertensão arterial e Dislipemias.

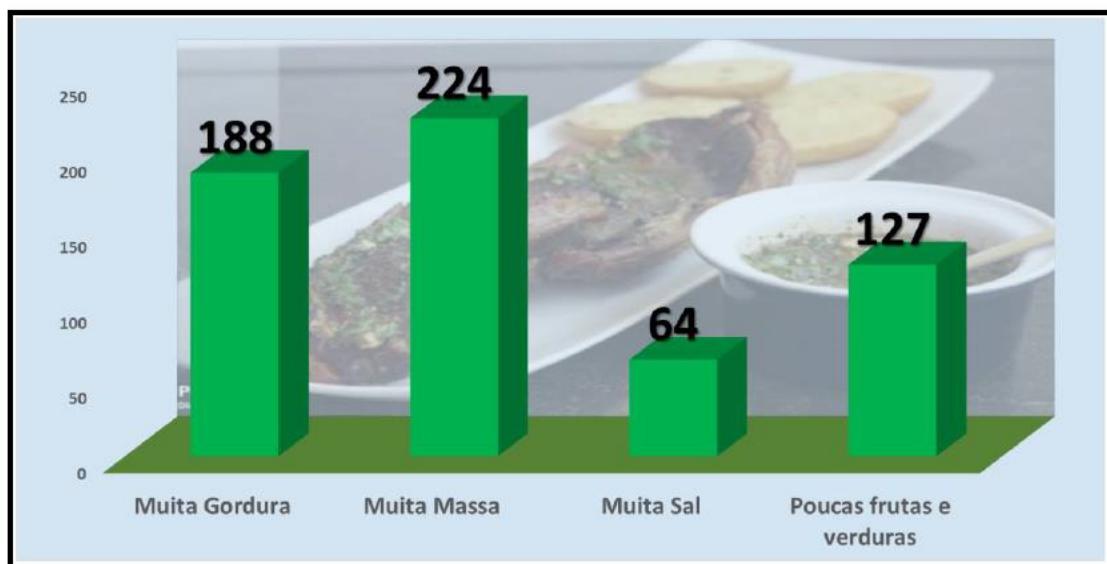
No Brasil, um estudo revelou que apenas 18,2% da população brasileira consome cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana (frequência internacional do consumo recomendado), 34% consome alimentos com elevado teor de gordura e 28% consome refrigerantes 5 ou mais dias por semana, (BRASIL, 2011). A ingestão diária de pelo menos cinco frutas e hortaliças, e a redução do consumo de sal pode ajudar na prevenção de eventos cardiovasculares graves como infartos de miocárdio e os acidentes

cerebrovasculares. Além disso, reduzir os carboidratos e doces favorecem o controle de pacientes diabéticos para que possam estar compensados sem depender do uso de hipoglicemiantes orais e na própria insulina e frequência de injeção e, por suposta menor comprometimento da retina e dos rins, que podem ser afetados na microcirculação.

Para a temática dieta alimentar foi selecionado um grupo de usuários por cada equipe, residentes na zona rural e urbana.

Do total de 1842 usuários com DCNT, 32.7 % puderam determinar que não faz dieta alimentar adequada (Grafica 13). O mal habito foi **exceço de gordura e massas, (37,3 %)**. Para o parâmetro **consumo de frutas e verduras**, do total entrevistado, 127 comen menos de cinco porções por dia o menos de cinco dias, para um **21 %**, por de baixo dos pais que em 2013 foi de 23.6 % e nossa capital Estadual Belo Horizonte com promedio de consumo 30 %. (Brasil, Ministerio de Saude, Vigilancia Sanitaria, 2013). As mulheres alimentam se melhor que os homens, mais não foi contabilizado o porcento maior.

Grafica 13: Dieta inadequada apresentada pelos usuários com DCNT. Período Janeiro a Outubro 2014.



5.2.14 Exercício Físico – Rio Espera

Estima-se que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física (WHO, 2009a). Pessoas que são insuficientemente ativas têm entre 20% e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade (WHO, 2010b)

Na América Latina e no Caribe o estilo de vida sedentário é responsável por 11,4% de todas as mortes por doenças cardíacas, diabetes e câncer de mama ou colorretal. Entre os países do continente, Argentina, Brasil e República Dominicana lideram a lista dos que possuem a população mais sedentária. Já a Guatemala é o país que possui a nação mais ativa da região.

Os benefícios de praticar atividade física para o corpo são entre outras, é o gasto energético para queima de tecido adiposo e manter o peso adequado. Além disso, reduz a pressão arterial, aumenta a concentração de oxigênio no sangue, diminuem o estresse, fortalece o músculo cardíaco e os ossos, melhora a circulação sanguínea e os tônus muscular.

No Brasil, o sedentarismo seria a causa de 8,2% dos casos de doenças cardíacas, 10,1% dos casos de DM 2, 13,4% dos casos de câncer de mama e 14,6% dos casos de câncer de cólon.

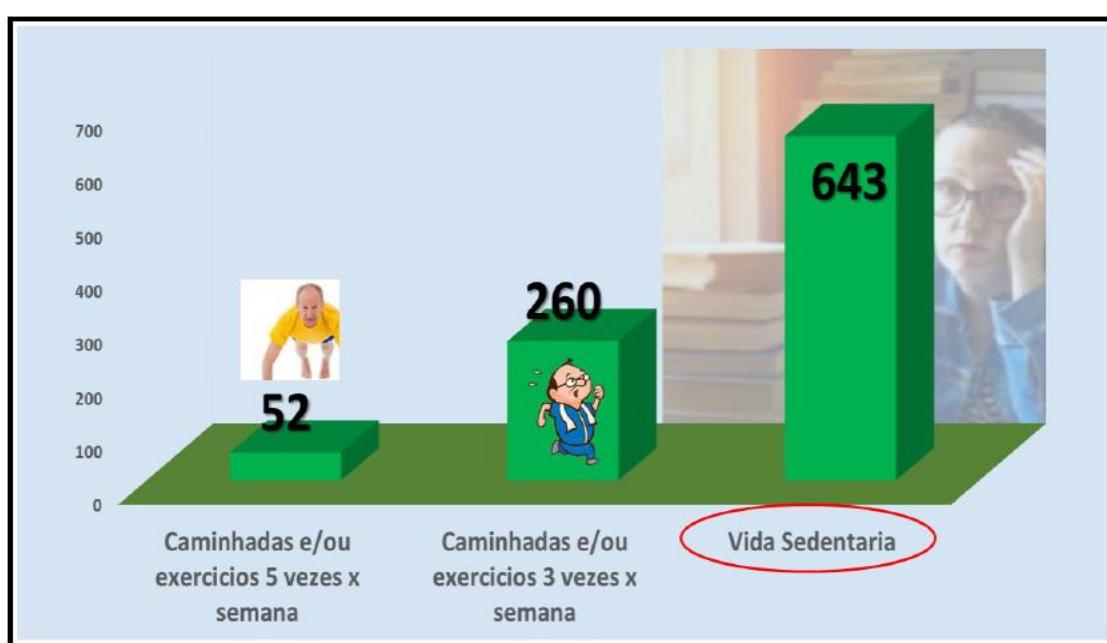
O Ministério da Saúde lançou em 7 de abril de 2011, o programa Academia da Saúde, com o objetivo de promoção da saúde por meio de atividade física, com meta de expansão a 4 mil municípios até 2015.

Manter-se ativo reduz o risco de contrair vários tipos de doenças. As pessoas ativas podem se sentir-se bem e mais felizes, pois dormem melhor e tem muito mais energia, mais autoconfiança e maior capacidade de concentração.

Do total de 1842 usuários com DCNT, 51.8 % pôde determinar o tipo de atividade física faz, e pode-se verificar se há **predomínio de estilo de vida sedentária (67 %)** (Grafica 14). Os usuários questionados referiram que só faz suas tarefas do trabalho doméstico e algumas caminhadas o aeróbicos não mais que três vezes por semana como frequência de atividade física no tempo

livre de lazer, com maior incorporação dos homens que as mulheres, comportamento muito similar ao comportamento nacional (33.8 %) que além disso é muito baixo o que ratifica que nossa população é sedentária tanto por inatividade, como tempo menor de 20 minutos diárias para exercícios moderados, ou 10 minutos para exercícios intensos como esta recomendado e menor ainda que o porcento alcançado perla ciudad de Belo Horizontes, onde a incorporação é maior que nossa (36 %). (Brasil, Ministerio de Saude, Vigilancia Sanitaria, 2013).

Grafica 14: Atividade física. Período Janeiro a Outubro 2014.



No trabalho realizado em janeiro 2013 do Perfil epidemiológico de hipertensos y factores de riesgo en un municipio del Noroeste de Río Grande do Sul, a prevalência fue de 20.9 % (Manuele Pimentel Gomes, 2013) e 80 % dos hipertensos no município Vale de Curimataú, Paraíba, não realiza ningném tipo de atividade física (Vinício e at, 2013). Outras populações estudadas como por exemplo hipertensos em município Bambuí, daqui de Minas Gerais, só o 36 % realiza atividades física moderada (Dalton Paulo, 2012),

Os níveis de atividade física nos momentos de lazer da população adulta são baixos, mais o menos 15 % (Brasil, 2011). Na tabela 17 pode-se verificar que

somente 5 % dos usuários realiza atividade física nos 5 dias na semana e 27% numa média de 3 dias, os demais não realizam nenhum tipo de exercício físico.

Além do mais é comprovado que atividade física durante um período mínimo de 30 minutos todos os dias da semana ajuda a evitar infartos de miocárdio e acidentes cerebrovasculares e os benefícios para os diabéticos está na redução de níveis de lipídios, controle da ansiedade e depressão, e dormir sem a necessidade de medicamentos.

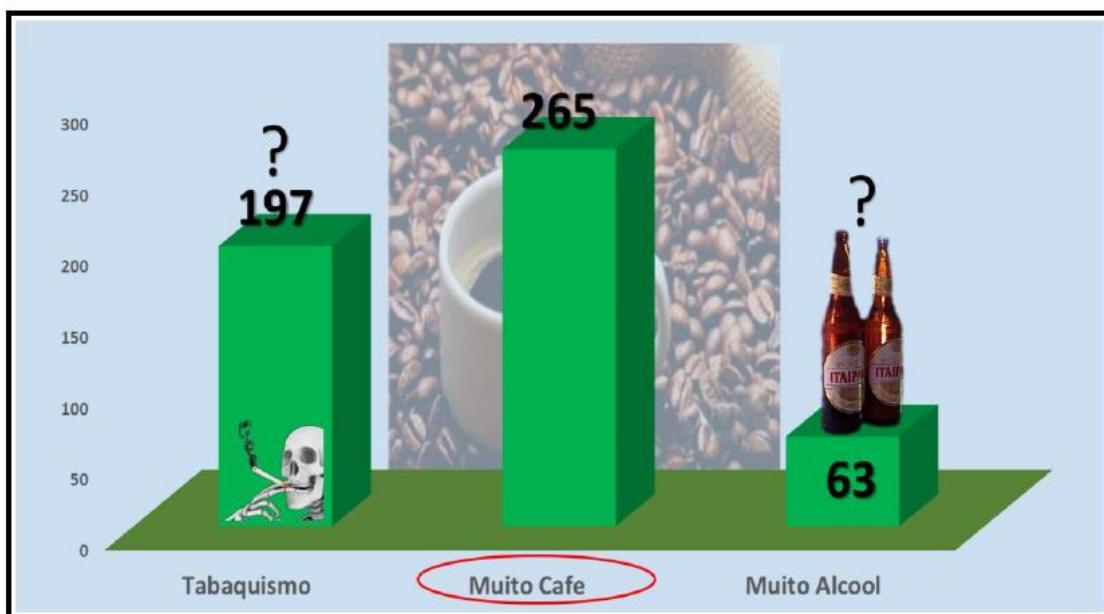
5.2.15 Tabagismo – Rio Espera

A fumaça do tabaco tem numerosas substâncias que ganham os pulmões, os vasos sanguíneos e o coração. O consumo de tabaco incrementa de forma considerável a probabilidade de sofrer um infarto de miocárdio ou acidente cerebrovascular.

O sucesso da política antitabaco é um ponto de grande relevância que reflete no declínio da prevalência das DCNT. De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil em 2011, o consumo de tabaco pela população masculina era de 17 % do consumo de álcool pelas mulheres era de 8.7 % (BRASIL, 2011). Para o ano 2013 a cifra reportada foi ainda menor em 11.3 %, com melhores resultados de abandono do mal hábito nas mulheres que os homens (8.6 % contra 14.4 % respetivamente). Outros reportes internacionais de população fumante acima das taxas encontradas no Brasil, estão na Argentina (23 %), Chile: (41 %), e China (25 %), e a Índia que é um país de grande população apresenta uma taxa menor de fumantes (15 %).

O Gráfico 15 apresenta o número de usuários quanto aos hábitos tabaquico, ingerir café e/ou álcool em exceção. Evidente que existem subregistros nos treis equipes de saúde, pelo menos o que foi coletado por questionário. Conhezemos usuários de álcool, que fuman e não estão adequadamente acompanhados e nossa estimativa para estes maus hábitos tóxicos, deve estar sobre o 40 % (**atualmente 37 %, segum nossa investigação**) da população adulta com costumbres e tradições históricas próprias para moradores em zonas rurais, que se toma muita cachaça e café que eles mesmos cozejam, elaboram consumem e comercializam.

Grafico 15: Hábitos tocicos. Período Janeiro a Outubro 2014.

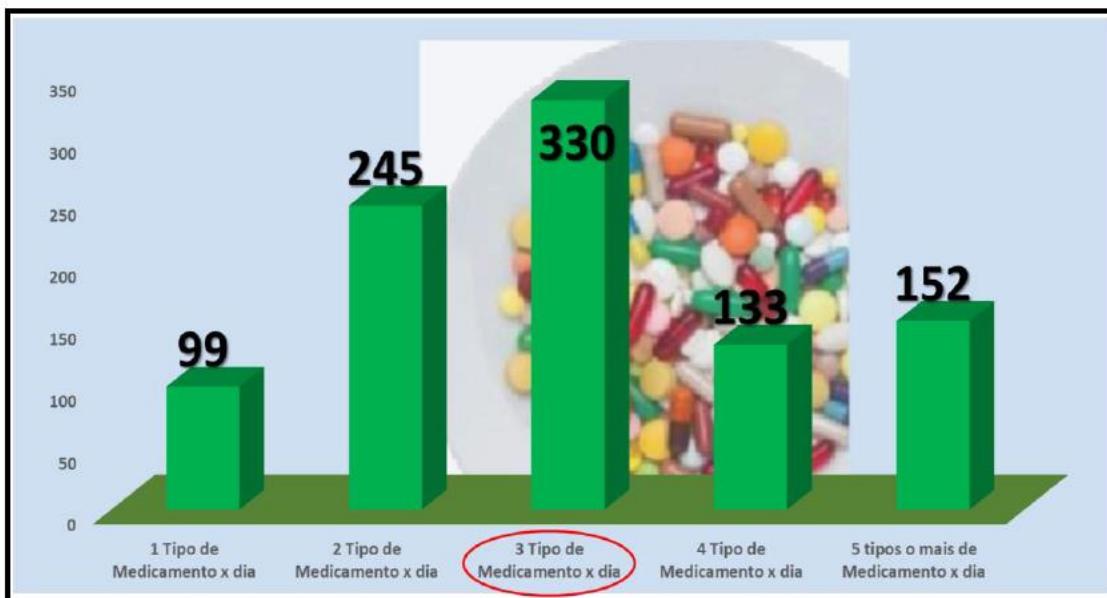


Por capitais do estudo Vigitel 2013, Belo Horizontes reporto 12.8 % de su população adita ao Tabaguismo (Brasil, Ministerio de Saude, Vigilancia Sanitaria, 2013), metade do porcento encontrado em nosso município. Outras regiões estão piores como o caso de municipio del Noroeste de Río Grande do Sul, principais fatores de risco nos hipertensos foram o tabagismo 58,5(Manuele Pimentel Gomes, 2013), 46 % dos hipertensos fazem uso tabaquico de forma ativa em município Vale de Curimataú, Paraíba, (Vinício e at, 2013).

5.2.16 Uso de Medicamentos – Rio Espera

Do total de 1842 usuários com DCNT, 47 % puderam determinar quantas classes **de medicamentos toman por dia que foram treis tipos** (Grafica 16), sendo que os medicamentos mais indicados corresponderam com IECA, diuréticos e BB.

Grafica 16: Clases de remédios que toma x dia. Período Janeiro a Outubro 2014.

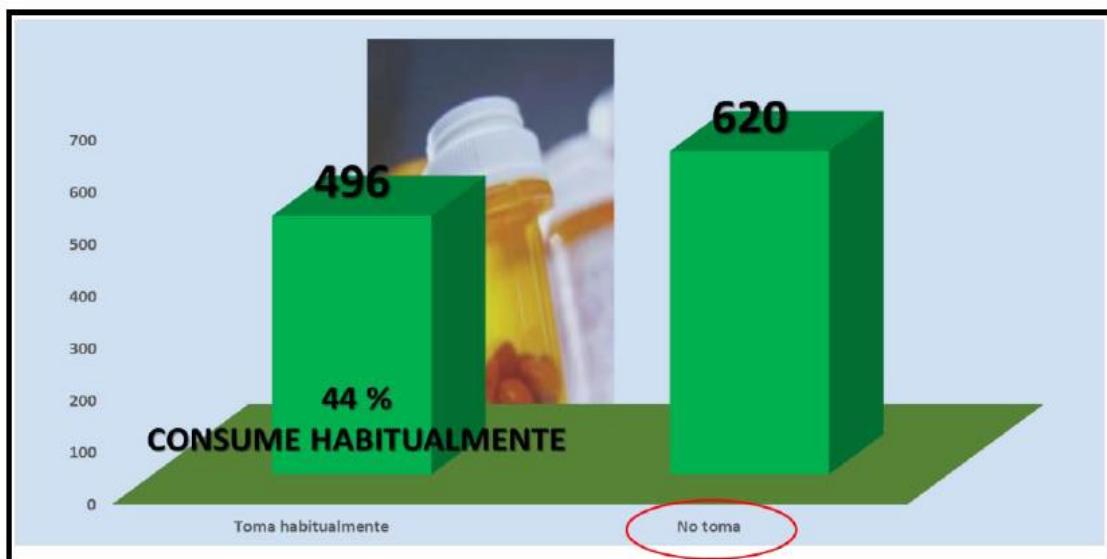


Por recomendações das *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 2010*, preconiza se uma terapêutica escalonada, sequencial, seguem estagio da hipertensão em cada usuário e seu risco baixo, moderado ou alto de sofrir doenças agudas cardiovasculares, como infarto miocárdico, cerebrovascular, dano aos rins, retina, entre outros. Deve se iniciar tratamento como monoterapia para baixo o moderado risco em estagio 1, com exceção de drogas vasodilatadoras direita. Mais a maioria dos usuários entrevistados tomam já atualmente como pró medio três classes de antihipertensivos por muitos anos com a doença misturada com outros fatores de risco e faz tratamento com doses maiores e acrescentando outro tipo de anti hipertensivo para lograr compensação das cifras de pressão arterial. (SBH, 2010)

Não foi objetivo deste estudo avaliar a cantidad de pacientes hipertensos por estagio, ninguém estratificação do risco que poderá ser monitorado para a próxima investigação.

Em quanto a pergunta sobre o uso de **medicamentos psicofarmacos** 44 % responde que toma habitualmente que é um porcento significativo (Grafica 17). Os mais citados foram benzodiazepínicos e antidepressivos tricíclicos.

Grafica 17: Consumo de Psicofarmacos. Período Janeiro a Outubro 2014.



Este indicador não foi investigado adequadamente e já estava indentificado pelos EBS como dentro dos principais problemas de saúde nesta e com similar comportamento para a totalidade dos municípios em outras Estados do país.

Conhuzemos que dentro das indicações sobre todo da HAS, muitos médicos indicam estes medicamentos com o objetivo de controlar os níveis de ansiedades e desbalance emocional que certamente incrementam a pressão arterial, mas quando é mantida, e por outra parte também é certo que acontece por “compracer” pedidos de renovação de tratamentos mal indicados desde faz muitos anos, sendo difícil de retirar.

Quase sempre está também o mal hábito familiar de automedicação de pessoas sobre todo idosos, que recomenda se entre vizinhos, que por carença de médicos, moradia com difícil acessibilidade, despreocupação por o mesmo

usuário e pegar medicamentos de gratuidades toman sedativos, sim conhoder reações colaterais.

Seram incluído nos próximos estudos o comportamento real deste tema.

6.PLANO DE AÇÃO

Existem evidências de que o controle dos fatores de risco podem ajudar a prevenir pelo menos 80 % das doenças cardiovasculares como o infarto miocárdico, episódios de isquemias cerebrais hemorrágicas e trombóticas por ateroscleroses e também a própria diabetes em mais do 40 a 50 %, aparição da síndrome metabólica e tumores malignos. Este controle pode ser feito através de planos de intervenção efetivos.

Cabe às equipes de saúde desenvolver um trabalho integral juntamente com a comunidade e inste setorial com objetivos a curto, médio e longo prazo. Deve-se trabalhar na promoção da saúde para evitar casos de DCNT e também na prevenção de agravos através do controle da doença e manutenção da saúde. Deve-se também conscientizar as pessoas para que sejam responsáveis por suas ações, mantendo um estilo de vida saudável.

Segundo a OMS (2014), as doenças crônicas afetam principalmente a pessoas com idades mais adultas. Pessoas com menos de 60 anos morrem a cada ano ou sofrem incapacidades severas. Casos de doenças crônicas apresentam fator emocional e custo econômico elevados em Miles de milhões de dólares. As cardiopatias, os AVC e diabetes apresentam custo elevado para a renta nacional da maioria dos países mais pobres. As análises econômicas apontam que a cada aumento em 10% das DCNT associa-se a uma diminuição de 0,5% do crescimento anual da economia.

Um fator positivo que vem a contribuir para a prevenção e combate às DCNT como um problema de saúde pública está na reeducação das pessoas para se evitar os três fatores de risco, tabagismo, alimentação saudável e a prática de exercícios físicos sistemáticos.

A proposta deste estudo baseia-se em desenvolver um Plano de Ação com o objetivo de controlar e ao mesmo tempo diminuir a morbimortalidade por DCNT na comunidade de Rio Espera. Para tal, será necessário muito esforço e trabalho entre as três Equipes de Saúde da Família. O objetivo será promover a saúde da comunidade, prevenir e controlar de maneira prioritária os casos de hipertensão e diabetes que constituem as principais doenças crônicas com maior prevalência, muitas vezes unidas num mesmo paciente como a Síndrome Metabólica. Também os casos de obesidade, sedentarismo, tabagismo, altos níveis de gorduras no sangue.

Espera-se que este trabalho seja uma ferramenta de informação atualizada aos grupos do HIPERDIA e NASF, e que muitas tarefas sejam organizadas e planejadas em conjunto com as UBS, e traga bons resultados para o ano de 2015.

É importante citar que o Brasil elaborou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco. Esse plano tem como terceiro eixo o cuidado integral (BRASIL, 2013).

6.1 Definições dos problemas de saúde em Rio Espera

Foi realizada a estimativa geral, imediata e relacionada com os propósitos fundamentais do Plano de Ação, e em seguida fez-se a análise das informações em que foi evidenciado no município uma demanda de assistência a DCNT, considerando os riscos que as doenças podem causar aos usuários.

Cada um dos três micros áreas de abrangência tem identificado os principais problemas de saúde que favorece definir estratégias de intervenção personalizadas, garantir os recursos disponibilizados com atividades

planejadas que incluem avaliação em consultas no PSF e visitas domiciliares em equipe.

Existe uma identificação dos principais fatores os quais relacionam-se com estilos de vida pouco saudável com destaque ao sedentarismo, maus hábitos alimentares, tabagismo, ingestão de álcool, e ingestão de muitos medicamentos, entre outros.

Como principais problemas podemos citar pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Hiperlipidêmicas, Obesidade, Cardiopatia Isquêmica, Doenças Neurológicas, doenças circulatórias periféricas como insuficiência arterial e de veias.

6.2 Priorizações de problemas

Partindo dos principais problemas levantados segundo a importância e impacto de como serão resolvidos, ou seja como a equipe de saúde irá enfrenta-los, considera-se como prioridade avaliar o comportamento real do usuário com hipertensão arterial em todos os estágios, iniciando as primeiras ações de promoção de saúde em hipertensos com as outras doenças, estágios três com difícil controle apesar de estar em tratamento, casos com uso de mais de três medicamentos e altas doses, dano de órgãos vitais (cérebro, coração, rins, retina, entre outros). Seguidamente, as ações estarão dirigidas aos diabéticos e pacientes como fatores de risco cardiovascular com prioridade a hipercolesterolêmica, hipertrigliceridemia, obesidade, tabagismo, maus hábitos alimentares, falta de atividade física sistemática, ingestão de álcool, entre outros. Por suposto, a obesidade e o sedentarismo tem alta prevalência e são objetivos prioritários também para tentar modificar os fatores de risco com mudanças de estilos de vidas começando pelo próprio usuário, sua família e comunidade geral.

Na Tabela 6 está descrito os problemas identificados e selecionados que seguem os critérios de:

- Valor Alto, médio ou baixo e importância prioritária de cada problema.

- Pontuação do 1 – 5 para sinalar níveis de urgência.
- Capacidade de solução de acordo com o alcance do sistema de saúde.
- Número do problema por critério de seleção.

Tabela 6: Problemática das DCNT no Município. Ano de 2014.

| Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|-------------------------|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| HAS | Alta | 5 | Dentro | 1 |
| DM | Alta | 5 | Dentro | 1 |
| Dislipidemia secundaria | Alta | 4 | Parcialmente dentro | 2 |
| Obesidade | Alta | 4 | Parcialmente dentro | 2 |
| Sedentarismo | Alta | 4 | Parcialmente dentro | 2 |

A partir dos critérios relacionados pela importância, urgência e capacidade de enfrentamento será dado prioridade às DCNT, especificamente, aos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes, e como medidas de solução e controle está implícito intervir em casos de Obesidade, Sedentarismo e Dislipidemias.

A prevalência de diagnóstico médico prévio de Diabetes e Hipertensão Arterial estimada na população adulta foi 6,3% e 23,3%, respectivamente, segundo o Vigitel 2010 (BRASIL, 2011).

6.3 Descrições dos problemas selecionados

Tabela 7: HAS e DM por EBS. Município Rio Espera. Ano 2014.

| Equipes | HAS | DM |
|--------------|-------------|------------|
| • Equipe 1 | 399 | 92 |
| • Equipe 2 | 336 | 80 |
| • Equipe 3 | 269 | 56 |
| Total | 1004 | 228 |

6.4 Explicações dos problemas

As principais causas determinantes diretas ou indiretas em pacientes diagnosticados com HAS e DM são, estilos de vida inadequados, maus hábitos alimentares, tabagismo, excesso de ingestão de café, ingestão de bebidas alcoólicas, falta de práticas sistemáticas de exercícios físicos. Portanto, torna-se muito importante o planejamento e organização das atividades nos serviços de saúde em toda sua rede de atendimento local, para garantir as consultas e assistência dos integrantes de cada equipe aos domicílios e o conhecimento das pessoas sobre sua doença e os riscos associados, importância da assistência a consultas, fazer análises sistemáticos, consumo de medicamentos como indicado pelo médico, complicações referentes a sintomas e sinais de alerta e urgências, etc. (BRASIL, 2011B, 2012).

Não foram avaliados pelas equipes os problemas familiares dos usuários com DCNT, como desemprego, internação em centro penitenciário, violências domésticas, consumo de drogas ilícitas, por não fazer parte do objetivo deste trabalho.

6.5 Desenhos das operações

Após avaliar, descrever, selecionar por indicador de prioridade, e explicar as causas das doenças crônicas, será descrito na tabela 8, o desenho das operações do plano de ação com propostas de estratégias e sistemáticas para a resolução nos próximos meses.

Tabela 8: Desenho das operações para nos críticos. Município Rio Espera. Ano 2014.

| Nós críticos | Operação/ projeto | Resultado esperado | Produtos | Recursos necessários |
|-----------------------------------|--|---|---|---|
| Estilos de vida inadequado | Mudanças de estilo de vida dirigidas a evitar inatividade física, tabagismo, estresse, álcool, redução ingestao de calorias, entre outros. | Lograr IMC menor de 30 %, ideal por de baixo de 25 % e perimetro abdominal menor de 102 cm para homens e menor de 88 cm para mulheres, 5 a 10 mm hg PAS (objetivo 130/80) o Sedentarismo e Tabagismo com prazo estipulado para 2015. | Aumentar a prevalência de atividade física aeróbica, e caminhadas, e atividades de lazer. Palestras Folhetos. | Humanos Organizacional. Estrutural. Informativo. Econômicos Mobilização social. Intersetorialidade. |
| Mãos hábitos alimentares | Preconizar uma dieta com frutas, verduras, derivados desnatados de leite, peixes, frutos secos, e quantidade reduzida de gorduras saturadas, de menor de 5 gramos de sal de cozinha, para controle simultâneo de HAS, DM, Dislipemias, Obesidad, entre outros benéficos. | Controle PA e, Metabólico Menor consumo de medicações, redução de costos. PA 130/80 o menor. Glicemia pré-prandial (mg/dL): < 110(tolerável até 130) Glicemia pós-prandial (mg/dL): < 140 (tolerável até 160) HbA1c (%): < 7 (Ate 8 % para idosos justificados) Colesterol < 180, TG < 150, LDLc < 130 e HDLc > 55. | Palestras, avaliação nutricional, orientação personalizada, programação radial. | Humanos, Econômicos Emissora Rádio Local Laboratório de hospital, EKG |
| Hábitos tóxicos | Reducir o consumo de cigarros, álcool e café. | Reducir em 10 % por ano na população o uso do cigarro, álcool e café. | Atividades grupais e por famílias e usuários. Folhetos, Escolas | Humanos, Econômicos Emissora Rádio Local |

| Nós críticos | Operação/ projeto | Resultado esperado | Produtos | Recursos necessários |
|--|--|---|---|--|
| Processo de atendimento por UBS | Planejamento sistemático e o seu cumprimento. Programas de atenção ao Idoso e Linhas de cuidado. Reunir ESF e NASF, avaliar casos pontuais, Visita coletiva com Assistente Social de casos justificados. Psicóloga e enfermagem. | Garantir consultas médicas. Cobertura 100 % de HA e DM trimestralmente. Esclarecer missão de cada integrante. Definir responsável. Resolver problemas assistências de saúde e legais. Possibilidade de internação no centro longa estadia local. | Consultas, visitas domiciliares, exame. Atenção prioritária a idoso isolado e acamado. Caso social. Projeto Terapêutico singular (NASF). Outros programas de atendimento a idosa extra saúde. | Organizacional. Estrutural. Informativo. Mobilização social. Intersetor alidade. Interinstitucional. Financeiro. Legais |
| Conhecimento de sua doença | Saber Mais. Refere-se a níveis de informação de sua patologia, controle, complicações, tratamento, monitorado. | Maior conscientização, participação, cooperação, controle, atuação se tem urgências, entre outras bondades. | Atenção a adulto, Idoso, Visita domiciliar para avaliar risco, campanhas educativas, etc. | Organizacional. Estrutural. Informativo. Mobilização social. Intersetor alidade, Político. |

6.6 Identificações dos recursos críticos

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los. Portanto, a execução e resultados finais esperados para o próximo ano inevitavelmente dependerá da vontade, prioridade, e disponibilidade da equipe. Os recursos críticos estão apresentados na tabela 9.

Tabela 9: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações. Município Rio Espera. Ano 2014.

| Operação/ projeto | Recursos necessários |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Mudar estilo de vida | Humanos Organizacional. Estrutural. Informativo. Econômicos Mobilização social. Intersetor alidade. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Alimentação saudável | Humanos, Econômicos Emissora Rádio Local Laboratório de hospital, EKG |
| <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir o consumo de cigarro, álcool e café. | Humanos, Econômicos Emissora Rádio Local |
| <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento sistemático e cumprimento. • Programas de atenção ao Idoso e Linhas de cuidado. • Reunir ESF e NASF para avaliar casos pontuais • Visita coletiva com Assistência Social casos justificados, psicóloga e enfermagem. | Organizacional. Estrutural. Informativo. Mobilização social. Intersetor alidade. Interinstitucional. Financeiro. Legais |
| <ul style="list-style-type: none"> • Saiba Mais. • Refere-se a níveis de informação de sua patologia, seu controle, complicações, tratamento, monitoramento. | Organizacional. Estrutural. Informativo. Mobilização social. Intersetor alidade, Político. |

6.7 Análises de viabilidade do plano

Importante em toda execução do Plano de Ação é a identificação dos responsáveis pelo controle dos recursos críticos para os quais foram previstos e suas motivações individuais e coletivas para garantir o cumprimento do plano de medidas. A viabilidade do plano de ação está exposta na tabela 10.

Tabela 10: Viabilidade do plano. Município Rio Espera. Ano 2014.

| Operação/ projeto | Recursos críticos | Controle dos recursos críticos | | Ação estratégica |
|---|--|--|-----------|---|
| | | Actor que control | Motivação | |
| Mudar estilo de vida | Humanos Organizacional. Estrutural. Informativo. Econômicos Mobilização social. Intersector alidade. | Enfermagem Coordenador de Equipe | Favorável | Planejar próximo ano as atividades adequadas ao TCC |
| Alimentação saudável | Humanos, Econômicos Emissora Rádio Local Laboratório de hospital, EKG | Enfermagem Coordenador de Equipe Nutricionista NASF | Favorável | Não é necessário |
| Reducir o consumo de cigarro, álcool e café. | Humanos, Econômicos Emissora Rádio Local | Enfermagem Coordenador de Equipe | Favorável | Contato mensal com Diretor Emissora radial |

| | | | | |
|--|--|---|-----------|--|
| Planejamento sistemático e cumprimento. Programas de atenção ao Idoso e Linhas de Cuidado. Reunir ESF e NASF avaliar casos pontuais. Visita coletiva com Assistência Social casos justificados, psicóloga e enfermagem. | Organizacional. Estrutural. Informativo. Mobilização social. Intersetor alidade. Interinstitucional. Financeiro. Legais | Enfermagem Coordenador de Equipe NASF Dentista | Favorável | Apresentar a Secretaria de Saúde suas novas estratégias para organização de consultas e de controle a todos HA e DM a cada três meses no mínimo. |
| Saber Mais. Refere-se a níveis de informação de sua patologia, seu controle, complicações, tratamento, monitoramento | Organizacional. Estrutural. Informativo. Mobilização social. Intersetor alidade, Politico. | Enfermagem Coordenador de Equipe | Favorable | Nao è imprescindible |

6.8 Elaborações do plano operativo

Neste ponto pode se definir os responsáveis de cada ação estratégica e execução do plano de ação, definindo o tempo para controlar o cumprimento dos objetivos propostos, que segue apresentados na tabela 11.

Tabela 11: Plano operativo. Município Rio Espera. Ano 2014.

| Operações | Resultados | Pró endemias e epidemias Adultos | Ações estratégicas | Responsável | Prazo |
|--|--|--|--|---|---------------------------------------|
| Mudar estilo de vida | Reducir 20 % obesidade, sedentarismo, tabagismo, estresse para próximo ano | Programa de controle de DCNT Programa Academia da Saúde Espaços urbanos saudáveis. | Planejar para o próximo ano suas atividades de lazer adequando ao TCC | Enfermagem Coordenador de Equipe | Trimestral com avaliação global anual |
| Alimentação saudável | Controle de peso, laboratorial, menor consumo de remédios. | Programa de Nutrição e Controle de DCNT Programa Saúde na Escola Plano Inter setorial de Obesidade | Não é necessário | Enfermagem Coordenador de Equipe Nutricionista NASF | Mensal com avaliação semestral |
| Reducir consumo de cigarro, álcool e café. | Reducir um 10 % por ano na população os vícios, evitar também o câncer. Economia familiar | Programa de controle de DCNT Atenção Adulto e Idoso Campanhas de comunicação Programa Saúde na Escola | Contato mensal com Diretor Emissora radial Apóio à intensificação de ações fiscalizatórias em relação à venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos. | Enfermagem Coordenador de Equipe | Trimestral com avaliação global anual |

| Operações | Resultados | Pró endemias e epidemias Adultos | Ações estratégicas | Responsável | Prazo |
|--|---|---|---|---|---------------------------------------|
| Planejamento sistemático e cumprimento. Programas de atenção a Idoso e Linhas de Cuidado. Reunir ESF e NASF avaliar casos pontuais. Visita coletiva com Assistência Social casos justificados, psicóloga e enfermagem. | Garantir consultas médicas. Cobertura 100 % de HTA e DM pelo menos trimestral. Esclarecer missão de cada integrante. Definir responsável. Resolver problemas assistências de saúde e legais. Possibilidade de internação no centro longa estadia local. | Atenção Adulto e Idoso Linha de cuidado para idoso acamado | Apresentar a Secretaria de Saúde sua nova estratégia para a organização de consultas de controle a todos HTA e DM cada três meses no mínimo | Enfermagem Coordenador de Equipe NASF Dentista | Trimestral com avaliação global anual |
| Saber Mais. Refere-se a níveis de informação de sua patologia, controle, complicações, tratamento, monitorado | Maior conscientização, participação, cooperação, controle, atuação se tem urgências, entre outras. | Programa de controle de DCNT Atenção Adulto e Idoso | Não é necessário | Enfermagem Coordenador de Equipe | Mensal com avaliação global semestral |

6.9 Gestões no Plano: Planilha para o acompanhamento do projeto

Tabela 12: Gestão no Plano. Rio Espera. 2014

| Operação: Mais Saúde. Coordenação: Enfermagem EBS. Avaliação após três meses do início do projeto. | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|---|---|-------------------|
| Produtos | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo Prazo |
| <ul style="list-style-type: none"> Controle de doenças clínicas HTA / DM | Enfermagem Coordenador de Equipe | Mensal com avaliação trimestral | Hipertensos e Diabetes com descontroles | Reducir Mortalidade Vital para saúde do usuário e qualidade de vida. Reduzir custos econômicos | Permanente |
| <ul style="list-style-type: none"> IMC adequado | Enfermagem Coordenador de Equipe | Mensal com avaliação trimestral | Obesidade Sedentarismo | Tratamento dietético Não medicamentoso. Menores complicações e internações. Economia e gastos com medicamento | Permanente |
| <ul style="list-style-type: none"> Planejamento consultas e visita domiciliar | Enfermagem Coordenador de Equipe | Mensal | Atendimentos por demanda espontânea. Urgências. Visitas domiciliar não agendadas. | Cobertura 100 % DCNT. Aproveitamento do Tempo. Efetividade uso de recursos. Programação do transporte. | Permanente |
| <ul style="list-style-type: none"> Educação Popular | Enfermagem Coordenador de Equipe | Diária | Desconhecimento. Falta de cooperação e participação no tratamento. | Controle, satisfação de pacientes, familiares e equipe de saúde | Permanente |

7. CONCLUSÃO

Foi ratificado que uma boa parte da população do município de Rio Espera apresenta doenças crônicas e fatores de risco como ocorrem em quase todas as regiões do país, com taxas elevadas de hipertensos, Diabéticos, Obesos, e Dislipemias além de estar por debaixo da prevalência nacional que acreditamos pode estar condicionado por subregistro estadísticos, dificuldade de acompanhamento, falta de médicos fixos para cada equipe primário, acessibilidade aos serviços pois a maior parte moram na zonas rurais periféricas distantes da urbanização, e que não todos os usuários foram entrevistados. Para as doenças cardiopatia isquêmica e cerebrovasculares precisam também de uma melhor avaliação e atualização das bases de dados e conhecer sua verdadeira prevalência e incidência para planejar objetivamente sua estratégia de acompanhamento. Foi evidente também como parte desta caracterização a inatividade, baixo consumo de frutas e hortaliças e excesso nas refeições de alto consumo calórico por massas e gorduras trans, tabagismo, álcool, entre outros fatores de risco cardiovascular.

Conclusões deste estudo demonstram que são usuários que tem já vários anos com seu diagnóstico, com acompanhamento principalmente na própria comunidade por sua equipe de saúde, que habitualmente toman os medicamentos indicados periodicamente, dentro deles diretóicos, betabloqueantes, IECA ou ARA II, muitas vezes associado com psicofármacos.

O levantamento dos problemas identificados facilita às três equipes de saúde programar e cumprimentar as tarefas de forma mais efetiva que garantir maior integralidade, melhor pesquisa, atendimento personalizado, avaliação de casos justificados conjuntamente com Núcleo de Apoio à Saúde na Família, de uma forma mais participativa e responsável de próprio usuário, sua família e comunidade geral.

Espera-se que através do plano de ação se consiga mudar o cenário da saúde no município de Rio Espera para os próximos meses e anos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of medical care in diabetes.** Care.36 Suppl 1:S11-66. 2013.

BRASIL. **Biblioteca Virtual em Saúde.** BVS. *Descritores em Ciências da Saúde.* Brasília [online], Disponível em: <http://decs.bvs.br>. 2014.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências.** *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** IBGE Cidades@. Brasília[online],
2014. Disponível em:<http://www.cidades.ibge.gov.br/extras/home.php>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília – DF, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica.** *Cadernos de Atenção Básica*, n. 28, v. 2, Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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).** *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 22 out, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 36, Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Cadernos de Atenção Básica. n.37. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, pag.128 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2013:** Renome 2013. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CERARIO C. B. et al. **Prevalência e Fatores Sociodemográficos em Hipertensos de São Jose do Rio Preto.** Arq Brás Card, 91:31-5. 2008.

DA SILVA SALDHANA, B. C. et al. **Obesidade: uma proposta de enfrentamento na região do Morro das Pedras.** BH, MG. 2014; 17.

DEEDWANIA PC. **Blood pressure control in diabetes mellitus: is lower always better and how low should it go?** Circulation. 123 (24):2776-8. 2011.

Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

HAFNER S.M. et al. **Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction.** N Engl J Med.; 339 (4):229-34.1998.

International Diabetes Federation Atlas SG: **Prevalence and Projections, 2010 and 2030.** [Cited in 2012 Jul 24]. Available from: <http://www.Diabetesatlas.org/content/diabetes-and-impaired-glucose-tolerance> 2010.

KANNEL W.B, et al. **Diabetes and cardiovascular risk factors: the Framingham study.** Circulation. 59(1):8-13. 1979;

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde.** Brasília. Organização Pan-americana da Saúde, 2011.

FERREIRA DE ALMEIDA, NUNES, et al. **Caracterização epidemiológica de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 de uma Unidade Básica de Saúde de Macapá - AP – Brasil.** 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - ENT Perfiles de países, 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles.** Resumen de orientación. Ginebra: OMS. 2010.

PIMENTEL GOMES, MANUELE, et al. **Perfil epidemiológico de hipertensos y factores de riesgo en un municipio del Noroeste de Río Grande do Sul.** (2013).

PORTO SABINO PINHO, CLAUDIA. et al. **Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco.** Brasil, 2006. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(2):313-324, fev, 2013.

Scala Rosario. et al. **Prevalencia, controle e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, em Nobres. MT.** Arq Brás Card; 93: 672-8. 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. ***Health in Brasil. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges.*** The Lancet, n. 377, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia **VI Diretrizes brasileiras de hipertensão.** Arq Bras Cardiol;95(1 supl.1):1-51.2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Revista Hipertensão, [s.l.] v. 13, ano 13, jan./fev./mar. 2010.

UK Prospective Diabetes Study Group. Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes. UKPDS 39. BMJ; 317: 713-20. 1998.

Van Buren PN, et al. **The pathogenesis and management of hypertension in diabetic kidneydisease.** Med Clin North Am.; 97(1):31-51. 2013.

WHO. ***Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.*** Geneva: World Health Organization, 2009^a.

WHO. ***The global burden of disease: 2004 update.*** Genova: World Health Organization, 2009.

ANEXO:**QUESTIONARIO PARA COLETAR BASE DE DADOS:****Secretaria de Saúde Município Rio Espera.****Equipe:** _____ **Micro área:** _____**Idade:** seguem faixa etária publicada SIAB.**Sexo:** _____ Masculino _____ Feminino.**Ocupação:**

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trabalhador. | <input type="checkbox"/> Estudante. |
| <input type="checkbox"/> Ama de cassa. | <input type="checkbox"/> Aposentado. |

Moradia: _____ Rio espera centro _____ Rio espera periferia**Hábitos Tóxicos:**

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fumaça. | <input type="checkbox"/> Drogas. |
| <input type="checkbox"/> Álcool. | <input type="checkbox"/> Café. |

Hábitos alimentares:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Come com muita sal. | <input type="checkbox"/> Come muitas gorduras. |
| <input type="checkbox"/> Não como frutas. | <input type="checkbox"/> Come muita massa. |
| <input type="checkbox"/> Não como verduras. | |

Estilo de vida (atividade física)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vida sedentária, não faz exercícios físicos, não pratica esporte. | |
| <input type="checkbox"/> Faz caminhadas, aeróbicos, esporte 3 vezes x semana. | |
| <input type="checkbox"/> Faz atividade física cinco vezes o mas na semana. | |

Doenças:

- | | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HTA | <input type="checkbox"/> Dislipemias. |
| <input type="checkbox"/> DM | <input type="checkbox"/> Cardiopata |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Obesidade. |

Faz tratamento médico para sou controle? _____ Si _____ Não.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Regimen dietético, abandonar fumaça, atividade física, relaxação, etc. | |
| <input type="checkbox"/> Medicamentoso. Quantos tipos de remédios toma x dia | |
| <input type="checkbox"/> 1 tipo de medicamento | <input type="checkbox"/> 4 tipos de medicamentos. |
| <input type="checkbox"/> 2 tipos de medicamentos. | <input type="checkbox"/> 5 o mais tipo de medicamentos. |
| <input type="checkbox"/> 3 tipos de medicamentos | |

Consumo sistemático de Psicofarmacônicos: _____ Si _____ Não _____

¿ Quantos anos faz que sofre de essa doença crónica?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> menos de 3 meses. <input type="checkbox"/> entre 3 e 6 meses. <input type="checkbox"/> entre 6 meses e 1 ano. <input type="checkbox"/> entre 1 e 3 anos. | <input type="checkbox"/> entre 3 e 5 anos. <input type="checkbox"/> entre 5 e 10 anos. <input type="checkbox"/> mais de 10 anos. <input type="checkbox"/> Não precisa. |
|--|---|

¿ Onde faze o seguimento de sua doença?

- Medico e Enfermagem de sou área de atenção primaria.
- Só Médico de sou área de atenção primaria.
- Só Enfermagem de sou área de atenção primaria.
- Médico de Plantou em Hospital do município.
- Médico especialista de outro hospital.
- Médico particular.

¿ Cada que tempo faze controle de sua doença crónica?

- Cada três meses o menos.
- Entre 3 meses e 6 meses.
- Cada ano.

¿ Sua doença provoca sequela e atualmente é um paciente acamado / Prostrado? Sim_____ Não_____

¿ qual sequela?

- Motora por déficit neurológico.
- Psicológica.
- Respiratória.
- Audiovisual.
- Amputação.