

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MAIKEL ROQUE MORGADO

**INSTRUMENTANDO O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NA ATENÇÃO E NA
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE
SAÚDE**

BOM DESPACHO – MINAS GERAIS

2016

MAIKEL ROQUE MORGADO

**INSTRUMENTANDO O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NA ATENÇÃO E NA
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE
SAÚDE**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

BOM DESPACHO – MINAS GERAIS

2016

MAIKEL ROQUE MORGADO

**INSTRUMENTANDO O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NA ATENÇÃO E NA
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE
SAÚDE**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 17/03/2016

DEDICATÓRIA

Quero dedicar o presente trabalho sem ordem de prioridade

Minha mãe, uma mulher muito especial.

Minho pai, força e perseverança.

Minho irmão, por suas palavras acertadas.

Minha esposa, meu suporte espiritual.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer especialmente

Fabiana de Paula Teixeira, pelo apoio incondicional.

Alexandre Silva Guimarães, pela ajuda sempre que eu precisei.

Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, pela sua compreensão e oportunidade para a culminação da especialidade e deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como proposta implantar um projeto de intervenção com intuito de instrumentalizar os profissionais da equipe de saúde da família para o acompanhamento dos pacientes com condições crônicas não transmissíveis. O processo de acompanhamento será por meio de uma planilha de cálculo automatizada e dinâmica da avaliação de risco dos pacientes e projeção dos cronogramas de consulta embasados nesse cálculo de risco, na área de abrangência da equipe Estratégia de Saúde da Família III, São Sebastião do Oeste, Minas Gerais. Para contribuir na elaboração do projeto de intervenção foi feita uma revisão bibliográfica nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as publicações existentes sobre o tema deste trabalho. O projeto de intervenção foi elaborado seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional. Pretende-se com este projeto, além de atuar com pacientes portadores de doenças crônicas, fazer a capacitação dos profissionais de saúde das outras equipes de saúde da família do município de São Sebastião do Oeste para melhorar a qualidade de vida dos pacientes no município portadores de condições crônicas não transmissíveis instrumentalizando-os para o uso da planilha de cálculo automatizada.

Descritores: Doenças crônicas. Fatores de risco. Continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT

This paper aims to implement an intervention project aiming to orchestrate the family health team professionals for process monitoring of patients with chronic non-communicable conditions. The monitoring process will be through an automated spreadsheet and dynamics of patient risk assessment and projection of grounded consultation schedules in the calculation of risk, the coverage area of the Health Strategy Team family III, São Sebastião do Oeste, Minas Gerais. To contribute to the development of the intervention project was made a literature review in the databases of the Virtual Health Library to raise the existing publications on the subject of this work. The intervention project was designed following the steps of situational strategic planning. The aim of this project besides working with chronically ill patients, to the training of health professionals from other health teams in the municipality of São Sebastião do Oeste family to improve the quality of life of patients in the municipality bearing conditions chronic noncommunicable not instrumentalizing them for the use of automated spreadsheet.

Keywords: Chronic diseases. Risk factors. Continuity of patient care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22
APÊNDICE	24

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

O Município de São Sebastião do Oeste situa-se na região Centro Oeste de Minas Gerais, na microrregião de Divinópolis/Santo Antônio do Monte, e a região Geopolítica do Alto São Francisco tendo como Regional a Cidade de Divinópolis.

A população do município ampliou, entre os Censos Demográficos de 2000 e 2010, à taxa de 2,28% ao ano, passando de 4.633 para 5.805 habitantes. Essa taxa foi superior àquela registrada no Estado, que ficou em 0,93% ao ano e superior à cifra de 1,06% ao ano da Região Sudeste (SÃO SEBASTIÃO DO OESTE, 2014).

A taxa de urbanização apresentou alteração no mesmo período. A população urbana em 2000 representava 34,75% e em 2010 a passou a representar 55,93% do total. O aumento da população urbana é sempre um desafio para a gestão municipal que precisa garantir a infraestrutura de habitação necessária a maior qualidade de vida dessas pessoas que trocaram o campo pela cidade, impedindo o possível impacto negativo dos Determinantes Sociais da Saúde que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (SÃO SEBASTIÃO DO OESTE, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de São Sebastião do Oeste era de 0,626 em 2010, estando na 683^o posição no Estado e muito abaixo do IDH de Minas Gerais que era de 0,731 e do Brasil que era de 0,730, no mesmo ano. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano (IDHM) entre 0,600 e 0,699 que é considerado médio. Em municípios próximos como Pedra do Indaiá (0,708), Santo Antônio do Monte (0,724), Divinópolis (0,764) e Itapeçerica (0,713) os índices são mais elevados e essas cidades estão situadas na faixa de IDH considerada alta (0,700 a 0,799), com as seguintes posições no ranking estadual 185^o, 112^o, 21^o e 157^o, respectivamente. O município de São Sebastião do Oeste precisa de políticas públicas que busquem a reversão desse quadro e que o coloque

em posição de igualdade em relação aos outros municípios da mesma região (SÃO SEBASTIÃO DO OESTE, 2014).

Com a reforma sanitária iniciada há poucas décadas no Brasil a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), muito já se avançou na efetivação do direito humano à saúde, a população brasileira sabe e reconhece a importância do SUS. Hoje, 80% dos brasileiros se beneficiam exclusivamente do SUS na atenção à saúde, e 100% da população se beneficia das ações coletivas como a vigilância sanitária (controle dos alimentos, bebidas, remédios e ambientes de trabalho) e epidemiológica (vacinas e controle de epidemias) (SÃO SEBASTIÃO DO OESTE, 2014)

As doenças do aparelho circulatório ocupam a primeira posição das principais causas de morte sendo responsáveis por 26% das mortes em São Sebastião do Oeste na última investigação (SÃO SEBASTIÃO DO OESTE, 2014).

1.2 O Sistema Municipal de saúde do município de São Sebastião do Oeste

Atualmente o Município de São Sebastião do Oeste dispõe de vários serviços de assistência à saúde compreendo um modelo de assistência básica e especializada ambulatorial, e atendimentos urgência e emergência 24 horas (SÃO SEBASTIÃO DO OESTE, 2014).

O município conta com três equipes de saúde da família cobrindo 100% da população com ações da atenção básica, duas equipes atendem a demanda de pacientes da área urbana e uma aos pacientes da área rural que tem sede própria na zona urbana e possui também sete unidades de apoio distribuídas na zona rural; conta também com uma equipe de Saúde Bucal, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta de um fisioterapeuta, um psicólogo, uma nutricionista e um educador físico.

A nossa equipe presta atendimento na zona urbana, e o nome da unidade é “Estratégia de saúde familiar III”. O horário de funcionamento é de 7:00 as 16:00horas e está composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de

enfermagem e três agentes comunitários de saúde. Os exames laboratoriais são realizados por laboratório terceirizado que atende todos os dias da semana, o município executa também exame de eletrocardiogramas e de Ultrassonografias, possui uma Farmácia Básica Municipal, e uma unidade de Pronto Atendimento 24 horas. O município oferece ainda, consulta para as seguintes especialidades médicas: Pediatria, Ginecologia e cirurgia geral. Conta com um profissional de fonoaudiologia e psicólogo para apoio as ESF e demanda escolar.

Pacientes que necessitam de consultas e cuidados especiais de atenção secundária e terciária são encaminhados conforme a PPI municipal, em média os municípios que atendem a esta demanda são: Divinópolis, Santo Antônio do Monte, Belo Horizonte e Santo Antônio do Amparo.

As demandas de Hipertensos e Diabéticos de Alto Risco, e gestantes de alto e muito alto risco são atendidos pelo Centro HIPERDIA/VIVA VIDA de Santo Antônio do Monte – MG; e a maternidade de referência é o Hospital São João de Deus em Divinópolis – MG.

Considerando que a maior demanda de atendimento na unidade ser as doenças crônicas não transmissíveis, justifica-se portanto a realização deste projeto de intervenção para efetivação de um melhor atendimento de saúde a esse segmento da população.

2 JUSTIFICATIVA

A classificação de risco das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), bem como o conhecimento do paciente e seu meio familiar e social, são medidas necessárias para avaliar o estado de saúde de cada paciente e traçar estratégias de controle. Mas para alcançar este objetivo, o processo de classificação deve ser dinâmico e atualizado, tendo em conta que as classificações de risco atuais exigem a análise de uma série de cálculos clínicos e laboratoriais complexos, que dificultam a capacidade da equipe de saúde para ter a avaliação de risco atualizado de cada paciente no momento em que este vem para consulta.

No município de São Sebastião do Oeste, o cenário não é diferente e por assim ser, aponta para a necessidade de uma intervenção para melhor acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas garantindo sua adesão ao tratamento. Dessa forma, propõe-se a elaboração de uma planilha para implementação das ações propostas pela linha guia HIPERDIA como instrumento para orientar o profissional e a equipe de saúde em relação ao manejo clínico adequado para os pacientes diabéticos e hipertensos.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para aplicação de uma planilha automatizada de avaliação de risco das doenças crônicas não transmissíveis com vistas a otimizar o acompanhamento dos pacientes diabéticos e hipertensos residentes na área de abrangência da Estratégia saúde da família III do município de São Sebastião do Oeste – Minas Gerais.

3.2 Específicos

Elaborar uma planilha embasada na Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto, que possibilite o monitoramento, classificação e acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Instrumentar o processo de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família, para utilizar a planilha de classificação de risco e de acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Implantar ações na assistência aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, através da implementação das diretrizes clínicas.

4 METODOLOGIA

Primeiramente, foi realizado o diagnóstico situacional do território da unidade através do método de estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foram utilizadas as bases de dados do município, em especial do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), DATASUS, dentre outros. Esses dados foram utilizados para fazer a avaliação da quantidade de pacientes com o diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Como ação para enfrentamento do problema “Dificuldade na classificação atualizada e sistemática das doenças crônicas não transmissíveis”; foi realizado um estudo através de uma revisão bibliográfica e posterior elaboração de uma ferramenta de cálculo automático e de fácil utilização para manter uma avaliação e controle atualizado do risco de doença cardiovascular, hipertensão, diabetes mellitus e insuficiência renal crônica.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Doenças crônicas.

Fatores de risco.

Continuidade da assistência ao paciente.

A ferramenta de cálculo automático foi construída numa planilha de Excel.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As quatro principais doenças crônicas não transmissíveis, ou seja, doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares crônicas e diabetes, causam a morte de três em cada cinco pessoas no mundo todo. América Latina e Caribe atualmente enfrentam uma alta proporção de doenças não transmissíveis, especialmente nas comunidades mais pobres. A transição demográfica e epidemiológica rápida na região trouxe uma maior prevalência de doenças não transmissíveis, especialmente as doenças cardiovasculares. As doenças crônicas são agora a principal causa de morte e doença na América Latina e no Caribe, uma vez que representam 68% das mortes e 60% dos anos de vida ajustados por incapacidade na região. Somente as doenças cardiovasculares são responsáveis por 35% das mortes na América Latina e Caribe (ABEGUNDE *et al.*, 2007).

Além disso, os custos econômicos e fiscais de doenças crônicas são elevados e crescentes. De acordo com um estudo das classes baixa e média, incluindo Brasil, Argentina, México e Colômbia, a produção econômica tem perca recorde de cerca de US 85 bilhões ao ano, como resultado de doença cardíaca, acidente vascular cerebral e diabetes, em 23 países analisados nas pesquisas de Bermudez; Barker (2005). Estima-se que só na América Latina e no Caribe os custos diretos com diabetes são de US 10 bilhões por ano (BERMUDEZ-TAMAYO *et al.*, 2004).

A maior parte das mortes por doenças não transmissíveis podem ser prevenidas, podendo-se evitar até 80% das doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e diabetes tipo II, eliminando fatores comuns, tais como tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo e uso prejudicial do álcool (BILLINGS; PARIKH; MIJANOVICH, 2000).

O trabalho da atenção primária de saúde contribui para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis através de ações com intuito de diminuir os fatores de risco (promoção da atividade física, impedindo a iniciação do tabagismo, entre outras), prevenção secundária de complicações decorrentes de fatores de risco existentes e prevenção terciária (reabilitação e prevenção de complicações futuras resultantes de acidente vascular cerebral ou diabetes não controlada).

De acordo com Casanova e Starfield (1995), existe comprovação da eficácia dos cuidados de saúde primários na prevenção das possíveis complicações das condições crônicas não transmissíveis.

A maioria das evidências sobre a eficácia dos cuidados na Atenção Primária parece ser focada em prevenção secundária através do gerenciamento de fatores de risco e coordenação dos especialistas de cuidados e de entrega de fármacos e dos tratamentos hospitalares (CHEW *et al.*, 2011). Por exemplo, nos cuidados primários, o controle do diabetes requer um acompanhamento regular dos níveis de glicose no sangue abastecimento de medicamentos hipoglicemiantes, um controle eficaz dos fatores de risco cardiovasculares e coordenação com os outros níveis de cuidados e, medicamentos prescritos. Controle da hipertensão requer a monitorização da pressão arterial, prescrição e adesão ao tratamento com medicamentos anti-hipertensivos, em conjunto com outros cuidados e mudanças no estilo de vida como a redução do tabagismo, dieta e exercícios.

Para o controle e conhecimento adequado das doenças não transmissíveis, faz-se necessária uma vigilância e monitoramento constante.

A vigilância é a coleta sistemática, análise e interpretação de dados sobre resultados específicos, estreitamente integrados com a disseminação rápida de informações resultantes desse processo, para os responsáveis pela prevenção e controle de doenças e lesões (THACKER; STROUP, 1994).

Monitoramento e controle de doenças como a diabetes mellitus e hipertensão, exigem classificação adequada e avaliação sistemática para acompanhar ativamente as mudanças do estado de saúde dos pacientes e a exposição deles aos fatores de risco (FERREIRA, 2012).

O conhecimento da distribuição de fatores de risco em diferentes grupos sociais é importante para as políticas de prevenção de planejamento. Além disso, estes fatores de risco podem ser utilizados como intermediários resultados para avaliar a eficácia das intervenções preventivas. Quatro das principais doenças não transmissíveis, ou seja, cardiovascular, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes, estão associados a fatores de risco evitáveis comuns relacionados ao

estilo de vida. Portanto, a prevenção destas condições deve se concentrar em combater esses fatores de risco. Intervenções em nível familiar e comunitário são essenciais, pois os fatores de risco causais estão diretamente relacionados ao ambiente sociocultural (ÁLVAREZ, 2001).

O envelhecimento da população e a heterogeneidade demográfica, social e econômica observada no Brasil se refletem em diferentes padrões de mortalidade e de morbidade por doenças crônicas não transmissíveis, exigindo respostas que envolvam as especificidades locais e que sejam adequadas às suas realidades. (CASADO; VIANNA; THULER, 2009) Com este fim, o Ministério da Saúde tem implementado importantes políticas para o enfrentamento destas doenças, como a Organização da Vigilância de doenças crônicas não transmissíveis, com objetivos de conhecer os fatores de risco e melhorar o controle das doenças específicas (BECKER, 2013).

A vigilância dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis é reconhecida a nível mundial, como uma atividade de muita importância para melhorar a qualidade de vida das populações. A implantação de sistemas de vigilância de fatores de risco é considerada hoje uma ação prioritária para todos os países (COSTA, 2015).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção, foi guiado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES), para a formulação e implementação da proposta de intervenção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Segundo essa orientação são desenvolvidos dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, sendo eles:

- **Primeiro passo:** definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências).
- **Segundo passo:** priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios).
- **Terceiro passo:** descrição do problema selecionado (caracterização quanto à dimensão do problema e sua quantificação).
- **Quarto passo:** explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas).
- **Quinto passo:** seleção dos “nós críticos” (causas mais importante a serem enfrentadas).
- **Sexto passo:** desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações).
- **Sétimo passo:** identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação).
- **Oitavo passo:** análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição).
- **Nono passo:** elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações).

- **Décimo passo:** desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

O objetivo deste estudo foi desenvolver uma ferramenta de fácil manipulação capaz de realizar cálculos automatizados de avaliação de risco de condições crônicas não transmissíveis, e garantir um melhor atendimento baseado no estado de saúde dos pacientes na área de abrangência da ESF III no município de São Sebastião do Oeste – Minas Gerais.

Na elaboração do plano de intervenção utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional, após a definição do objetivo principal, foram implementadas ações para intervenção da deficiente atenção aos pacientes pela inadequada classificação das condições crônicas na falta de uma ferramenta acessível na equipe de saúde.

Desenho de operações

Quadro 1 - Operações sobre o “**nó**” **crítico 1** relacionado a deficiente classificação das condições crônicas dos pacientes.

Nó crítico 1	Ausência de uma ferramenta de classificação de risco nos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis
Operação	Processo de trabalho individual:
Projeto	Revisão da Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto
Resultados Esperados	Aplicar os sistemas de classificação de risco em uma planilha automatizada que facilite o trabalho da equipe com os pacientes.
Produtos Esperados	Ferramenta para classificar o risco dos pacientes.
Atores sociais/ Responsabilidades	Equipe de Saúde.
Recursos necessários	Cognitivo: Informações sobre as linhas guias. Material: Caderno da linha guia e computador.
Recursos críticos	Material: Computador.
Responsáveis	Médico, enfermeira.
Prazo	Três meses.

Quadro 2 - Operações sobre o **nó crítico 2** relacionado a deficiente classificação das condições crônicas dos pacientes

Nó crítico 2	Pessoal da Estratégia de Saúde da Família sem manejo adequado da planilha de classificação de risco
Operação	Processo de trabalho da equipe de saúde.
Projeto	Capacitação dos membros das equipes.
Resultados Esperados	Pessoal de saúde das equipes com conhecimento para trabalhar na planilha de classificação de risco.
Produtos Esperados	Equipe de saúde com capacidade para iniciar a classificação adequada e dinâmica dos pacientes na consulta do programa Hiperdia
Atores sociais/ Responsabilidades	Equipe de Saúde. Secretaria de Saúde.
Recursos necessários	Cognitivo: Informações sobre as linhas guias e o trabalho com o Excel. Material: Caderno da linha guia e computador.
Recursos críticos	Material: Computador.
Responsáveis	Gestor, médico, enfermeira.
Prazo	Uma semana.

Quadro 3 - Operações sobre o **nó crítico 3** relacionado a deficiente classificação das condições crônicas dos pacientes

Nó crítico 3	Deficiente trabalho de orientação em prevenção de complicações para os pacientes com condições crônicas e as suas famílias
Operação	Classificar as condições crônicas dos pacientes e proporcionar um melhor tratamento e orientação oportuno em correspondência com as avaliações de risco atualizadas.
Projeto	Mais Saúde.
Resultados Esperados	Melhora da qualidade de vida dos pacientes. Diminuir as recidivas e complicações das condições crônicas.
Produtos Esperados	Planilha com dados atualizados das variáveis clínicas e laboratoriais dos pacientes. Calendário de consulta para pacientes segundo a classificação de risco individual.
Atores sociais/ Responsabilidades	Equipe de Saúde.
Recursos necessários	Cognitivo: Informações sobre as linhas guias e o trabalho com o Excel. Material: Caderno da linha guia e computador.
Recursos críticos	Material: Computador.
Responsáveis	Médico e enfermeira.
Prazo	Seis meses.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho revelou que existiam dificuldades na organização eficaz da agenda do programa HIPERDIA. Os pacientes hipertensos e diabéticos, inicialmente, procuravam a unidade básica de saúde por livre demanda, para verificar a pressão arterial e fazer glicemia capilar e quando os resultados estavam alterados, estes eram encaminhados para consulta com o médico ou o enfermeiro.

Este trabalho proporcionou a capacitação das equipes de saúde no município na utilização da planilha demonstrando-se que apresenta uma interface didática e de fácil manejo.

Na atualidade as consultas são agendadas pelo enfermeiro e no dia agendado, o usuário realiza consulta de enfermagem e médica.

A planilha tornou-se um instrumento primordial para o processo de trabalho, uma vez que, de posse dos dados gerados a equipe tem mais possibilidade de monitorar o usuário com hipertensão e diabetes efetivando o controle dessas condições crônicas.

O uso da ferramenta de classificação possibilita um maior controle na busca ativa dos faltosos, facilitando o monitoramento pacientes e a adesão dos mesmos ao tratamento.

REFERÊNCIAS

ABEGUNDE, D.O. *et al.* The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet**. v. 370, n. 9603, p. 1929-38, 2007.

ÁLVAREZ, R. Temas de Medicina General Integral: Principales afecciones en los contextos familiar y social. **Editorial Ciencias Médicas**, v. 2, p. 472, Havana, 2001.

BECKER, L.T.N. Idosos hipertensos e diabéticos: aspectos que interferem na adesão ao tratamento. 2013. 43 f. Projeto (Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso) - **Centro De Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde**, Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

BERMUDEZ, D.; BARKER, L. The relationship between SCHIP enrollment and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in California. **J Health Care Poor Underserved**. v. 16, n. 1, p. 96-110, 2005.

BERMUDEZ-TAMAYO, C. *et al.* Organizational characteristics of primary care and hospitalization for to the main ambulatory care sensitive conditions. **Atenção Primaria**. v. 33, n. 6, p. 305-11. 2004.

BILLINGS, J.; PARIKH, N.; MIJANOVICH, T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? **Issue Brief (Commonw Fund)**. n. 433, p. 1-5. 2000.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG/Coopmed, 2010.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L.C.S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev Bra Cancerolog**. v. 55, n. 4, p. 379-388. 2009.

CASANOVA, C.; STARFIELD, B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. **Int J Health Serv**. v. 25, n. 2, p. 283-94. 1995.

CHEW, R.B. *et al.* Are smoking and alcohol misuse associated with subsequent hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions? **J Behav Health Serv Res**. v. 38, n. 1, p. 3-15. 2011.

COSTA, L.C. **Prevalência de fatores de risco para doenças não transmissíveis na população adulta de 18 capitais brasileiras: um inquérito domiciliar.** 2010. 85 f. Dissertação (Mestrado em Neurologia) -Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FERREIRA, G.D.S. **O perfil do paciente atendido por um programa de controle de hipertensão em uma unidade básica de Saúde de um município do Rio Grande do Sul.** 2012. 36 f. Projeto (especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde). Centro De Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. ICICT, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2012.

SÃO SEBASTIÃO DO OESTE. Plano Municipal de Saúde de São Sebastião do Oeste – MG, para o quadriênio de 2014-2017.

THACKER, S.B.; STROUP, D.F. Future directions for comprehensive public health surveillance and Health Information Systems in the United States. **Am J Epidemiol.** v.140, n. 5, p. 383-97, 1994.

APENDICE A – QUADROS EXPLICATIVOS DO FUNCIONAMENTO DA PLANILHA AUTOMATIZADA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Quadro 1- Identificação do paciente, micro área, prontuário e data de nascimento

No.	NOME	Microarea	No. prontuário	DN
1	Israel José de Barros	3	67	19/08/1949
2	Antonio Barbosa de Castro	3	11	24/10/1939
3	Divino Antonio Moraes	3	268	23/04/1935
4	Egredimar Delfina Santos	1	84	16/04/1956
5	Luís Ferreira Meireles	1	56	22/11/1953
6	Mario Lúcio Faria	2	33	28/04/1965
7	João Marciano de Moura Neto	2	225	26/12/1949
8	Sebastião Geraldo Pereira	2	143	05/12/1934
9	Walquiria Aparecida Dionizio	3	207	24/01/1981
10	Antonio Jacinto Albino	1	229	26/08/1945
11	Waldemar Correa Pugas	2	52	26/12/1937
12	Maria da Conceição Ribeiro	2	167	30/05/1940
13	Joaquim Marques Sobrinho	1	40	02/05/1928

Quadro 2 - Classificação de Risco cardiovascular conforme Escore de Framingham, todas as colunas com lista de parâmetros para a marcação conforme resultados de exames e avaliação clínica

Escore de Framingham									
SEXO	PAS não tratada	PAS tratada	HDL	Colesterol Total	Tabagismo	Diabetes	IDADE	Risco cardiovascular % (10 anos)	Categoria
Masculino		120	50-59	160-199	Não	Não	67 Anos	18,4	Moderado
Masculino		110	50-59	<160	Não	Sim	77 Anos	29,4	Alto
Masculino		120	<35	<160	Não	Não	81 Anos	> 30	Alto
Feminino		130	50-59	160-199	Não	Não	60 Anos	8,6	Baixo
Masculino		130	35-44	200-239	Sim	Não	62 Anos	> 30	Alto
Masculino		160	<35	160-199	Sim	Não	51 Anos	> 30	Alto
Masculino		110	60+	<160	Não	Não	66 Anos	9,4	Baixo
Masculino		130	50-59	<160	Sim	Não	81 Anos	> 30	Alto
Feminino	130		50-59	160-199	Não	Não	35 Anos	2	Baixo
Masculino		150	45-49	<160	Sim	Sim	71 Anos	> 30	Alto
Masculino		110	35-44	200-239	Não	Sim	78 Anos	> 30	Alto
Feminino		120	60+	240-279	Não	Sim	76 Anos	15,9	Moderado
Masculino	120		45-49	160-199	Não	Sim	88 Anos	> 30	Alto

Quadro 3 - Classificação da função renal conforme níveis de creatinina e filtração glomerular.

Função renal		
Creatinina	Estimativa da taxa de filtração glomerular	Estágio de função renal
0,9	88	2
0,82	86	2
1	71	2
0,75	90	1
0,86	91	1
0,75	103	1
0,82	93	1
1,39	47	3A
0,84	108	1
1,22	60	2
0,85	82	2
0,69	84	2
0,78	84	2

Quadro 4 - Classificação de Risco de Doença renal crônica baseada no função renal e capacidade de autocuidado.

Estratificação de risco de indivíduos com doença renal crônica		
Estágio de função renal	Capacidade de autocuidado	Risco
2	Suficiente	Baixo
2	Suficiente	Baixo
2	Suficiente	Baixo
1	Suficiente	Baixo
1	Suficiente	Baixo
1	Insuficiente	Moderado
1	Suficiente	Baixo
3A	Suficiente	Moderado
1	Suficiente	Baixo
2	Suficiente	Baixo
2	Suficiente	Baixo
2	Suficiente	Baixo
2	Insuficiente	Moderado

Quadro 5 - Classificação de risco referente a Hipertensão Arterial conforme aspectos da Linha Guia de Atenção ao Hipertenso, Diabético e Renal crônico.

Estratificação de risco de hipertensão arterial				
Hipertensão	Capacidade de autocuidado	Lesões de Órgãos-Alvo (LO)	Condições clínicas associadas	Risco
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Moderado
Sim	Suficiente	Não	Presença	Muito Alto
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Alto
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Baixo
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Alto
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Alto
Sim	Suficiente	Não	Presença	Muito Alto
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Alto
Não				
Sim	Suficiente	Não	Presença	Muito Alto
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Alto
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Moderado
Não				
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Alto
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Alto
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Moderado

Quadro 6 - Classificação de risco referente a Diabetes conforme aspectos da Linha Guia de Atenção ao Hipertenso, Diabético e Renal crônico.

Estratificação de risco de diabetes mellitus						
Glicemia de jejum	Sobrecarga de glicose	HbA1c	Capacidade de autocuidado	Internações comp. agudas (1)	Complicações crônicas	Risco
Normal	Tolerância					
		> 9%	Suficiente	Sim	Presença	Alto
Normal	Tolerância					
Normal	Tolerância					
Normal	Tolerância					
Normal	Tolerância					
Alterada	Tolerância					Baixo
Alterada	Tolerância					Baixo
Normal	Tolerância					
		Entre 7% e 9%	Suficiente	Não	Presença	Alto
		Entre 7% e 9%	Suficiente	Não	Ausência	Moderado
		< 7%	Suficiente	Não	Ausência	Baixo
		< 7%	Insuficiente	Não	Ausência	Moderado

Quadro 7 - Todos os cabeçalhos das colunas possuem uma janela explicativa com finalidade de tornar a planilha mais didática.

Estratificação de risco de hipertensão				Estratificação		
Hipertensão	Capacidade de autocuidado	Lesões de Órgãos-Alvo (LOAs)	Complicações	Risco	Função Renal	Tolerância
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Moderado	Normal	Tolerância
Sim	Suficiente	Não	Presença	Muito Alto		> 9%
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Alto	Normal	Tolerância
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Baixo	Normal	Tolerância
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Alto	Normal	Tolerância
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Alto	Normal	Tolerância
Sim	Suficiente	Não	Presença	Muito Alto	Alterada	Tolerância
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Alto	Alterada	Tolerância
Não					Normal	Tolerância
Sim	Suficiente	Não	Presença	Muito Alto		Entre 7% e 9%
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Alto		Entre 7% e 9%
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Moderado		< 7%
Não						< 7%
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Alto		
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Alto	Normal	Tolerância
Sim	Suficiente	Não	Ausência	Moderado	Normal	Tolerância

Quadro 8 - Cálculo de Programação automática de intervalo das consultas conforme a classificação de risco personalizada.

Programação de consulta médica		Marque com uma "x" o dia da consulta médica											
		2016											
No.	NOME	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
1	Israel José de Barros			x				x					
2	Antonio Barbosa de Castro		x				x						
3	Divino Antonio Moraes		x				x						
4	Egredimar Delfina Santos		x		x								
5	Luis Ferreira Meireles		x				x						
6	Mário Lúcio Faria												
7	João Marciano de Moura Neto		x				x						
8	Sebastião Geraldo Pereira		x				x						
9	Walquiria Aparecida Dionizio			x						x			
10	Antonio Jacinto Albino			x				x					
11	Waldemar Correa Pugas		x			x				x			
12	Maria da Conceição Ribeiro		x				x						
13	Joaquim Marques Sobrinho		x				x						

Quadro 9 - Apresenta um resumo automático demográfico da população.

CICLO DE VIDA	CADASTRO INDIVIDUAL				
	FAIXA ETÁRIA	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	%
CRIANÇA	< 1 mês	0	0	0	0,0
	1 a 11 meses	0	0	0	0,0
	12 a 23 meses	0	0	0	0,0
	2 a 4 anos	0	0	0	0,0
	5 a 9 anos	0	0	0	0,0
	Subtotal crianças	0	0	0	0,0
ADOLESCENTE	10 a 14 anos	0	0	0	0,0
	15 a 19 anos	0	0	0	0,0
	Subtotal adolescentes	0	0	0	0,0
ADULTO	20 a 24 anos	1	0	1	0,7
	25 a 29 anos	2	2	4	2,8
	30 a 34 anos	5	1	6	4,3
	35 a 39 anos	9	5	14	9,9
	40 a 44 anos	10	6	16	11,3
	45 a 49 anos	21	10	31	22,0
	50 a 54 anos	17	9	26	18,4
	55 a 59 anos	29	14	43	30,5
Subtotal adultos	94	47	141	100,0	
IDOSO	60 a 64 anos	19	14	33	27,3
	65 a 69 anos	7	17	24	19,8
	70 a 74 anos	20	12	32	26,4
	75 a 79 anos	7	6	13	10,7
	≥ 80 anos	7	12	19	15,7
	Subtotal idosos	60	61	121	100,0
TOTAL		154	108	262	

Quadro 10 - Apresenta um resumo automático das classificações de risco e aspectos de interesse.

		FEMININO	MASCULINO	TOTAL	%
Tabagismo		5	15	20	7,6
Diabetes		33	23	56	21,4
Capacidade de autocuidado insuficiente		3	2	5	1,9
Lesões de Órgãos-Alvo (LOA)		2	1	3	1,1
Condições clínicas associadas		8	5	13	5,0
Risco cardiovascular % (10 anos)	Baixo	105	34	139	53,1
	Moderado	37	26	63	24,0
	Alto	12	48	60	22,9
Estratificação de risco de hipertensão arterial	Baixo	51	8	59	22,5
	Moderado	33	12	45	17,2
	Alto	10	36	46	17,6
	Muito Alto	9	7	16	6,1
HbA1c	< 7%	14	8	22	8,4
	Entre 7% e 9%	4	5	9	3,4
	> 9%	11	6	17	6,5
Estratificação de risco de diabetes mellitus	Baixo	24	15	39	14,9
	Moderado	5	5	10	3,8
	Alto	11	7	18	6,9
	Muito Alto	1	0	1	0,4
Estágio de função renal	1	55	23	78	29,8
	2	22	26	48	18,3
	3A	7	6	13	5,0
	3B	0	0	0	0,0
	4	0	0	0	0,0
	5	1	0	1	0,4
Estratificação de risco de doença renal crônica	Baixo	73	46	119	45,4
	Moderado	9	9	18	6,9
	Alto	0	0	0	0,0
	Muito Alto	1	0	1	0,4

Quadro 11 - Vista geral da planilha.

Data de nascimento separada por barra		Aceita valor pré estabelecido na lista da célula			Escore de Framingham										Função renal		Estratificação de risco de hipertensão arterial					Estratificação de risco de diabetes mellitus				Estratificação de risco de indivíduos com doença renal crônica							
No.	NOME	Microarea	No. pontos	DN	SEXO	PAS não trat.	PAS trat.	HDL	Coletor de líp.	Tabagismo	Diabetes	IDADE	Risco cardiovascular (10 anos)	Categoria	Creatinina	Estimativa da taxa de filtração glomerular	Hipertensão	Capacidade de autocuid.	Lesões de Órgão Alvo	Condicion. clínic. assoc.	Risco	Glicemia de jejum	Sobrecarga de glic.	HbA1c	Capacidade de autocuid.	Interações com outras med.	Complicações crônicas	Risco	Estimativa de função renal	Capacidade de autocuid.	Risco		
1	Izrael José de Barros	3	67	19/08/1949	Masculino	120	50-59	160-199	Não	Não	Não	67 Anos	15,4	Moderado	0,9	88	2	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Muito Alto	Normal	Tolerância				2		2	Suficiente	Baixo	
2	Antonio Barbosa de Castro	3	11	24/10/1953	Masculino	110	50-59	<160	Não	Sim	Sim	71 Anos	29,4	Alto	0,52	66	2	Sim	Suficiente	Não	Presença	Muito Alto	Normal	Tolerância	> 3%	Suficiente	Sim	Presença	Alto	2	Suficiente	Baixo	
3	Divino Antonio Moraes	3	268	23/04/1955	Masculino	130	<35	<160	Não	Não	Não	81 Anos	> 30	Alto	1	71	2	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Alto	Normal	Tolerância				2		2	Suficiente	Baixo	
4	Egredimir Dullius Santos	1	94	16/04/1956	Feminino	130	50-59	160-199	Não	Não	Não	60 Anos	9,5	Baixo	0,75	90	1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	Normal	Tolerância				1		1	Suficiente	Baixo	
5	Luis Ferraz Moraes	1	56	22/11/1953	Masculino	130	35-44	200-239	Sim	Não	Não	62 Anos	> 30	Alto	0,86	91	1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Alto	Normal	Tolerância				1		1	Suficiente	Baixo	
6	Marta Lízio Faria	2	33	28/04/1965	Masculino	160	<35	<160	Sim	Não	Não	51 Anos	> 30	Alto			1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Alto	Normal	Tolerância				2		2	Suficiente	Baixo	
7	João Marciano de Moura Neto	2	225	26/12/1943	Masculino	110	60+	<160	Não	Não	Não	66 Anos	3,4	Baixo	0,82	93	1	Sim	Suficiente	Não	Presença	Muito Alto	Alterado	Tolerância				2	1	Suficiente	Baixo		
8	Sebastião Geraldo Pereira	2	143	05/12/1934	Masculino	130	50-59	<160	Sim	Não	Não	81 Anos	> 30	Alto	1,39	47	3A	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Alto	Alterado	Tolerância				3A		3A	Suficiente	Moderado	
9	Valquíria Aparecida Dionizio	3	207	24/01/1981	Feminino	120	50-59	200-239	Não	Não	Não	35 Anos	1,7	Baixo				Sim	Suficiente	Não	Asplética	Alto	Normal	Tolerância				2		2	Suficiente	Baixo	
10	Antonio Jacinto Albino	1	223	26/08/1945	Masculino	150	45-49	<160	Sim	Sim	Sim	71 Anos	> 30	Alto	1,22	60	2	Sim	Suficiente	Não	Presença	Muito Alto	Normal	Tolerância	Entre 7% e 9%	Suficiente	Não	Presença	Alto	2	Suficiente	Baixo	
11	Valdemar Correa Pugas	2	52	26/12/1937	Masculino	110	35-44	200-239	Não	Sim	Sim	78 Anos	> 30	Alto	0,85	82	2	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Alto	Normal	Tolerância	> 3%	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	2	Suficiente	Baixo	
12	Marta da Conceição Fiebrão	2	167	30/05/1940	Feminino	120	60+	<160	Não	Sim	Sim	76 Anos	15,3	Moderado			1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	Normal	Tolerância	< 7%	Suficiente	Não	Asplética	Baixo		1	Suficiente	Baixo
13	Joaquim Marques Sobrinho	1	40	02/05/1928	Masculino	120	45-49	160-199	Não	Sim	Sim	88 Anos	> 30	Alto	0,78	84	2	Não	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	Normal	Tolerância	< 7%	Insuficiente	Não	Asplética	Moderado	2	Insuficiente	Moderado	
14	Marta José de Melo			15/03/1932	Feminino	130	60+	200-239	Não	Sim	Sim	84 Anos	23,5	Alto			1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Alto	Normal	Tolerância				2		2	Suficiente	Baixo	
15	João Díaz de Castro	2	117	03/11/1942	Masculino	120	60+	160-199	Não	Não	Não	73 Anos	21,6	Alto	1,05	66	2	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Alto	Normal	Tolerância				2		2	Suficiente	Baixo	
16	Geórgia Tavares de Castro	2	147	13/11/1944	Feminino	120	50-59	200-239	Não	Não	Não	71 Anos	13,7	Moderado	0,64	92	1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	Normal	Tolerância				1		1	Suficiente	Baixo	
17	Gerardo de Souza Paulino	3	224	09/07/1956	Masculino	120	45-49	<160	Não	Não	Não	60 Anos	15,6	Moderado			1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	Normal	Tolerância	Entre 7% e 9%	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	3A	Suficiente	Moderado	
18	Geil Maria Alves	3	33	15/08/1942	Feminino	110	<35	<160	Não	Sim	Sim	74 Anos	15,9	Moderado	1,24	45	3A	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	Normal	Tolerância	> 3%	Insuficiente	Não	Asplética	Muito Alto	2	Insuficiente	Moderado	
19	Marta de Lourdes Gomides	1	60	06/12/1951	Feminino	150	60+	240-279	Não	Sim	Sim	64 Anos	2,30	Alto	0,77	69	2	Sim	Insuficiente	Não	Asplética	Muito Alto	Normal	Tolerância	< 7%	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	1	Suficiente	Baixo	
20	Dinaldo Lopes de Melo	3	593	20/03/1976	Masculino	140	45-49	160-199	Não	Sim	Sim	40 Anos	15,6	Moderado	0,77	112	1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	Normal	Tolerância	< 7%	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	2	Insuficiente	Moderado	
21	Marta dos Anjos Moraes	1	134	12/05/1941	Feminino	150	60+	280+	Não	Não	Não	75 Anos	> 30	Alto	0,71	85	2	Sim	Insuficiente	Não	Presença	Muito Alto	Normal	Tolerância				2		2	Insuficiente	Moderado	
22	Cécilia Maria Dionizio	1	136	12/08/1967	Feminino	110	60+	200-239	Não	Não	Não	49 Anos	2,8	Baixo	0,64	107	1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	Alterado	Tolerância				2	1	Suficiente	Baixo		
23	Gelciete Aparecida Pugas Santos	1	105	07/02/1963	Feminino	130	60+	<160	Não	Sim	Sim	53 Anos	8,6	Baixo	0,55	104	1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	Normal	Tolerância	> 3%	Suficiente	Não	Asplética	Alto	1	Suficiente	Baixo	
24	Albertina Maria dos Santos Moraes	3	189	18/02/1946	Feminino	110	50-59	160-199	Não	Sim	Sim	70 Anos	11,7	Moderado	1	57	3A	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	Normal	Tolerância	< 7%	Insuficiente	Não	Asplética	Baixo	3A	Suficiente	Moderado	
25	Marta Paula Pereira	3	146	17/06/1940	Feminino	110	60+	200-239	Não	Sim	Sim	76 Anos	15,9	Moderado	0,87	78	2	Sim	Suficiente	Não	Presença	Muito Alto	Normal	Tolerância	< 7%	Insuficiente	Não	Asplética	Moderado	2	Suficiente	Baixo	
26	Joaquim Dimas Primo	1	276	30/04/1947	Masculino	110	50-59	200-239	Sim	Sim	Sim	69 Anos	> 30	Alto	0,72	96	1	Não	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	Normal	Tolerância	Entre 7% e 9%	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	1	Suficiente	Baixo	
27	Marta de Fatima Monteiro	3	210	23/03/1958	Feminino	110	60+	<160	Não	Sim	Sim	58 Anos	5,9	Baixo	0,75	92	1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	Normal	Tolerância	> 7%	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	1	Suficiente	Baixo	
28	Marta Helena Muzozzi	3	5	01/01/1967	Feminino	120	60+	240-279	Não	Sim	Sim	49 Anos	10	Moderado	0,78	98	1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	Normal	Tolerância	> 3%	Suficiente	Não	Asplética	Alto	1	Suficiente	Baixo	
29	João Zefreino Tavares	2	347	26/08/1933	Masculino	150	60+	280+	Não	Não	Não	83 Anos	> 30	Alto	0,84	84	2	Sim	Insuficiente	Não	Asplética	Muito Alto	Normal	Tolerância				2		2	Insuficiente	Moderado	
30	Ely Olga de Moura Tavares	2	347	25/11/1953	Feminino	110	60+	240-279	Não	Não	Não	62 Anos	6,3	Baixo	0,75	89	2	Sim	Suficiente	Não	Presença	Muito Alto	Normal	Tolerância				2		2	Suficiente	Baixo	
31	Lazara dos Graças Marques	2	126	01/05/1951	Feminino	120	50-59	160-199	Não	Sim	Sim	65 Anos	15,9	Moderado	0,86	84	2	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	Normal	Tolerância	Entre 7% e 9%	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	2	Suficiente	Baixo	
32	Marta de Lourdes Melo Miranda	1	56	23/10/1957	Feminino	130	60+	<160	Não	Sim	Sim	59 Anos	10	Moderado	0,88	89	2	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	Normal	Tolerância	< 7%	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	1	Suficiente	Baixo	
33	Iraci Gomes da Costa	1	191	22/02/1953	Feminino	120	50-59	160-199	Não	Sim	Sim	63 Anos	13,7	Moderado	0,66	90	1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	Normal	Tolerância	< 7%	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	1	Suficiente	Baixo	
34	Marta de Rozara Sousa Tavares	3	193	22/05/1964	Feminino	120	60+	200-239	Não	Não	Não	52 Anos	8,0	Baixo	0,65	100	1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	Normal	Tolerância				1		1	Suficiente	Baixo	
35	Silvia Aparecida de Melo Moraes	2	433	04/07/1967	Feminino	120	60+	240-279	Não	Sim	Sim	49 Anos	10	Moderado	0,86	94	1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	Normal	Tolerância	< 7%	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	1	Suficiente	Baixo	
36	Leoni Pereira Diaz	1	186	21/07/1978	Masculino	200	60+	160-199	Não	Sim	Sim	38 Anos	7,8	Baixo	0,77	113	1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	Normal	Tolerância	< 7%	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	1	Suficiente	Baixo	
37	Katia Doralina Francisca de Carvalho	2	61	16/05/1978	Feminino	160	60+	160-199	Não	Sim	Sim	38 Anos	4,5	Baixo	0,74	110	1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	Alterado	Tolerância				1		1	Suficiente	Baixo	
38	Tereza Geraldo de Castro	2	117	23/01/1946	Feminino	140	50-59	<160	Não	Não	Não	70 Anos	13,7	Moderado	0,63	93	1	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	Normal	Tolerância				1		1	Suficiente	Baixo	
39	Alberto Geraldo Pereira	1	149	13/02/1943	Masculino	120	50-59	200-239	Não	Não	Não	73 Anos	23,4	Alto	1,51	46	3A	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Alto	Normal	Tolerância				3A		3A	Suficiente	Moderado	
40	Anteônia Cândida Freitas de Castro	3	11	06/12/1941	Feminino	110	60+	200-239	Não	Sim	Sim	74 Anos	7,3	Baixo	1,12	50	3A	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	Alterado	Tolerância				3A		3A	Suficiente	Moderado	
41	Ilda Tavares Moreira	3	197	02/02/1948	Feminino	110	60+	200-239	Não	Sim	Sim	68 Anos	11,7	Moderado	0,67	89	2	Sim	Suficiente	Não	Asplética	Moderado	Normal	Tolerância	< 7%	Suficiente	Não	Asplética	Baixo	2	Suficiente	Baixo	
42	Marta Lúcia Pereira	2	143	26/03/1936	Feminino	110	60+	240-279	Não	Não	Não	80 Anos	10	Moderado	0,8	79	2	Sim	Suficiente	Não	Presença	Muito Alto	Normal	Tolerância				2		2	Suficiente	Baixo	