



**RUTH ANDREA DOTTA MIRANDA**

**CRIAÇÃO DE UM SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE VULNERABILIDADE DE DOENÇAS CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS NO TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA DA UBSF PE. ERNESTO SASSIDA, NO PERÍODO 2015.**

**CAMPO GRANDE/MS  
2015**

**RUTH ANDREA DOTTA MIRANDA**

**CRIAÇÃO DE UM SISTEMA DE CLASIFICAÇÃO DE RISCO DE  
VULNERABILIDADE DE DOENÇAS CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS E  
NÃO TRANSMISSÍVEIS NO TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA DA  
UBSF PE. ERNESTO SASSIDA NO PERÍODO 2015.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como  
requisito para obtenção do título de Especialista em  
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof.<sup>(a)</sup> Cristiany Incerti de Paiva  
Rodrigues

**CAMPO GRANDE/MS  
2015**

## DEDICATÓRIA

Neste tempo Deus muda minha vida, faz uma reviravolta e por Sua Vontade, me encontro aqui, me permitindo tentar oferecer ajuda para dar complemento ao juramento que fiz nesta área de vocação.

Para minha filha que suportou a minha ausência e ficou ao meu lado pacientemente atravessando a passagem mais obscura deste caminho chamado VIDA. É ela que me dá a força para continuar a sua luta diariamente, ao seu lado aprendo a cada instante e valorizo o real....cada segundo agora torna-se sem preço pra mim.

Para meus Anjos ...que desde lá acompanham e cuidam de mim.

Pai! Sei que você me olha e cuida de mim desde lá ...tenho saudades e nostalgia.

Mãe! Sem você nada teria feito. As palavras ficam sem significado quando tento descrever o sentimento e o agradecimento por você ser parte da minha vida, sempre fazendo tudo por mim.

Para meu companheiro de mais de uma década, quem com real coragem, força, perseverança, tolerância e amor me apoiam e me traz quando eu preciso. Foi quem nos momentos de desenvolvimento do presente trabalho cuidou e cuida de nosso maior e prezado tesouro e ainda combate a dor, a tristeza e cultiva esperança.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, família e amigos pelo apoio e suporte, por acreditar em mim.

Ao Brasil e o Programa Mais Médicos que permitiu a mim e a minha família viver e recomeçar uma nova etapa, mesmo lidando com a tristeza e saudade dos meus filhos.

A tutora Profa. Cristiany que teve toda a paciência para compreender as situações vividas e a empatia para dar o estímulo e a orientação necessária.

A toda a equipe da Unidade de Saúde Padre Ernesto Sassida, pelo apoio e por me permitir uma oportunidade de desenvolver novas ações.

Célia, além do cargo você brindou mais, uma grande amizade.

## EPÍGRAFE

“A felicidade sensual consiste na saúde, a moral na virtude, a intelectual no estudo da natureza e a religiosa no amor e temor de Deus.”

Marques de Maricá

“Uma mudança repentina em nossa saúde pode ter a ver com o nosso comportamento. Analisar esse momento atual pode ser muito importante para acelerar a cura desejada.”

Jader Amadi

## RESUMO

O presente trabalho aponta para a criação de um sistema de classificação de risco de vulnerabilidade, que determinará o risco da presença ou desenvolvimento de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis (Hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus 2, hanseníase, tuberculose, leishmaniose, dengue), através de um questionário estruturado com formato de fluxograma dirigido para determinar o risco de adoecer de patologias crônicas e consideradas endêmicas do território nacional; promovendo o diagnóstico precoce e determinando o risco de vulnerabilidade das doenças descritas. A intervenção parte do desenho do território de abrangência da Unidade de Saúde da Família Pe. Ernesto Sassida, de forma detalhada; a criação e aplicação de fluxogramas, no momento do cadastramento da família, posteriormente a informação coletada e condensada é transpassada no mapa da área; dessa maneira pretenderá conhecer, mais detalhadamente a situação epidemiológica atual e futura da população da área; podendo a ferramenta ser aplicada variadas vezes. Baseados nessa informação a equipe de saúde da Unidade poderá planejar estratégias de abordagem para as famílias, ou microterritórios que apresentem alto risco para uma ou várias patologias, fazendo promoção da saúde e prevenção das doenças, por meio da visita domiciliar multidisciplinar, agendamento de consulta e outros; e posteriormente, poderá se confrontar os resultados das estratégias aplicadas e o grau de notificação de doenças, durante um período de tempo determinado. O trabalho com esse sistema procura detectar áreas de risco de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis específicas no território de abrangência da UBSF Padre Ernesto Sassida e se converter numa ferramenta no planejamento da atuação na prevenção e não só no tratamento das doenças já instaladas.

Palavras-Chave: Sistema de Classificação de Risco de vulnerabilidade – território - doenças.

## **ABSTRACT**

This study points to the creation of a system vulnerability risk rating, which will determine the risk of the presence or development of chronic diseases and non-communicable (systemic arterial hypertension, diabetes mellitus 2, leprosy, tuberculosis, leishmaniasis, dengue) through a structured questionnaire with a flow chart format directed to determine the risk of becoming ill from chronic disease and endemic of the country; promoting early diagnosis and determining the risk vulnerability of diseases described. The intervention of the territory covered the design of the Family Health Unit Father Ernesto Sassida in detail.; the creation and application of flow charts at the time of family registration, then the information is collected and condensed pierced the map of the area; this way meant to be known in more detail the current epidemiological situation and future of the area population; the tool may be applied various times. Based on this information the health team approach Unit can plan strategies for families, or microterritorial that present high risk for the various pathologies, making health promotion and disease prevention, through multidisciplinary home visits, consultation and scheduling other; and later, you can confront the results of the strategies and the degree of disease notification for a certain period of time.

Working with this system looks deteitar risk areas of communicable diseases and non-communicable specific in the territory spanning the BFHU Padre Ernesto Sassida and become a tool in the planning of activities in prevention and not only in the treatment of diseases already installed .

Key-words: Vulnerability risk rating system - territory - diseases.

## SUMÁRIO

<b>1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....</b>	<b>08</b>
<b>1.1 Introdução.....</b>	<b>08</b>
<b>1.2 Objetivos: Geral e Específicos.....</b>	<b>11</b>
<b>2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....</b>	<b>12</b>
<b>3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>26</b>
<b>APENDICES .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>46</b>

## 1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

### 1.1 Introdução

Vivemos em um ambiente em rápida mutação. Influência sobre a saúde humana em todo o mundo, como os fatores poderosos: o envelhecimento da população, a urbanização rápida e generalização de estilos de vida pouco saudáveis. Cada vez mais, os países ricos e pobres enfrentam os mesmos problemas de saúde. Um dos exemplos mais marcantes dessa mudança é que as doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças pulmonares crônicas terem ultrapassado as doenças infecciosas como causas principais de morte no mundo. “Os esforços globais para enfrentar o desafio colocado pela DNT ganharam impulso a partir da política da Declaração das Nações Unidas sobre a Prevenção e Controle de Doenças Não-Transmissíveis, de 2011”.

A Organização Mundial da Saúde desenvolveu um Plano de Ação Global 2013-2020, a fim de definir um roteiro para as ações lideradas pelos países na prevenção e controle de doenças não-transmissíveis. Os Estados- Membros da OMS estão concordando um quadro global de monitoramento para acompanhar os progressos na prevenção e controle dessas doenças e seus principais fatores de risco. Um dos objetivos é uma redução considerável no número de pacientes hipertensos.

O aumento da prevalência de hipertensão é atribuída ao aumento da população, o seu envelhecimento e fatores de risco relacionados ao comportamento, como dieta não saudável, uso nocivo do álcool, sedentarismo, excesso de peso ou exposição o estresse prolongado. As consequências adversas da hipertensão na saúde são complexas porque muitos afetados também têm outros fatores de risco que aumentam a probabilidade de ataque cardíaco, acidente vascular cerebral e insuficiência renal. Entre esses fatores de risco estão o consumo de tabaco, obesidade, hipercolesterolemia e diabetes mellitus. O consumo de tabaco, dieta pouco saudável, o uso nocivo do álcool e sedentarismo também são os principais fatores de risco de comportamento para todas as principais doenças não transmissíveis, ou seja, doenças cardiovasculares, diabetes, doença respiratória

crônica e câncer. Se não forem tomadas medidas adequadas, espera-se que as mortes por doença cardiovascular aumentem<sup>1</sup>.

O conceito epidemiológico de risco é parte de um sistema perito, cujo conhecimento está pautado nos avanços de técnicas estatísticas, que possibilitam seu monitoramento e a definição de medidas de regulação no campo da saúde. Vários métodos e técnicas sofisticadas são utilizados para estimar a probabilidade de ocorrência de eventos de saúde e doença associados a determinadas situações de exposição. Com isso, é possível estimar os efeitos do consumo de substâncias e alimentos, dos estilos de vidas e dos comportamentos das pessoas e de grupos populacionais, para que se tenha o controle e a vigilância sobre eles<sup>2</sup>.

Descrevendo um pouco a situação epidemiológica de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis no Brasil, a prevalência da hipertensão arterial, avaliada por estudos populacionais que possam refletir a situação da doença no país como um todo é ainda desconhecido. Estudos de prevalência, regionais e isolados, levam a crer que em torno de 30 % da população adulta apresenta hipertensão arterial sistêmica. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países<sup>3</sup>.

O país possui atualmente mais de 12 milhões portadores de diabetes<sup>3</sup>. Esse número foi encontrado depois do cruzamento de dados envolvendo um grande estudo do Ministério da Saúde na década de 80 até os dias atuais, o Censo de Diabetes. Enquanto a obesidade são 38,8 milhões de pessoas com 20 anos ou mais de idade que estão acima do peso, o que significa 40,6% da população total do país. E, dentro deste grupo, 10,5 milhões são obesos<sup>3</sup>.

Na estatística da dengue em 2014, foram registrados 591.080 casos prováveis de dengue no país até a semana epidemiológica (SE) 53 (28/12/14 a 03/01/15). A região Sudeste teve o maior número de casos prováveis (312.318 casos; 52,8%) em relação ao total do país, seguida das regiões Centro-Oeste (114.814 casos; 19,4%), Nordeste (90.192 casos; 15,3%), Norte (49.534 casos; 8,4%) e Sul (24.222 casos; 4,1%)<sup>3</sup>. Mato Grosso do Sul também tem a maior incidência da doença, 1.677,2 casos por 100 mil habitantes. <sup>3</sup>

O Brasil é o segundo país do mundo com maior número de casos de hanseníase. Em 2011, o país registrou perto de 34 mil novos casos da doença, número inferior apenas aos 127 mil casos na Índia, que tem uma população cinco vezes maior. Os casos de hanseníase diminuíram 26% entre 2001 e 2011. É o segundo país no ranking de novos casos, com 34 mil que corresponde ao 15,4% de todo o planeta e 796 municípios são considerados prioritários para alcançar a eliminação da Hanseníase<sup>4</sup>. Quase três mil pessoas são contaminadas pela leishmaniose anualmente. O país respondeu por 90% das 600 mil ocorrências registradas em toda a América Latina entre 1992 e 2011<sup>5</sup>.

No âmbito local, no município de Corumbá, até o ano 2013, das famílias cadastradas no SUS, 8% tem HAS, 2% têm diabetes mellitus; foram notificados 15 novos casos de hanseníase, e 7% da estatística nacional dos casos novos de leishmaniose foram do estado de Mato Grosso do Sul, das 4 mortes notificadas de leishmaniose, 3 ocorreram em Corumbá<sup>6</sup>.

A casuística das doenças apresentadas no sistema de informação de atenção básica (SIAB) não corresponde com a realidade do território da ESF Pe. Ernesto Sassida, onde o motivo de consulta e a prevalência de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis na faixa etária maior de 60 anos corresponde a mais de 90% das consultas<sup>7</sup>. Em contraste, doenças como leishmaniose, hanseníase e tuberculose tem uma maior taxa de incidência em confronto com a do município; porém, é necessário ter um sistema que permita um estudo epidemiológico da área feita pela equipe, para conhecer a realidade local, do risco de apresentar determinadas doenças e planejar ações de promoção e prevenção nas áreas de risco elevado.

As doenças crônicas não transmissíveis no Brasil têm incrementado a sua prevalência no tempo<sup>8</sup>; as distintas políticas de saúde atuais procuram controlar e diminuí-la, mas é preciso desenhar estratégias que procurem um estudo local das realidades baseadas no risco de vulnerabilidade local de apresentar ou adoecer essas patologias.

Existe uma necessidade evidente de controlar a progressão da prevalência de doenças endêmicas no Brasil, porém é preciso desenhar e aplicar estratégias de abordagem na população que procure captar informação real e precisa e assim ter

material de fundamentação de planejamento de ações determinadas numa área específica combatendo as vulnerabilidades locais.

A informação estatística do município de Corumbá e a realidade local no território de abrangência da UBSF Pe Ernesto Sassida são diferentes. Portanto, pretende-se criar um sistema de captação de informação que consiga melhorar o diagnóstico precoce e a notificação de doenças endêmicas no Brasil através do alto índice de suspeita e probabilidade de apresentar alguma ou várias doenças de situação endêmica no Brasil, neste caso focado especificamente em hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, dengue, hanseníase e leishmaniose.

## **1.2 Objetivos:**

### **Geral**

Criar um sistema de classificação de risco de vulnerabilidade para patologias crônicas transmissíveis e não transmissíveis (HAS, Diabetes mellitus 2, hanseníase, tuberculose, leishmaniose, dengue) através do uso de fluxogramas e marcação no território de abrangência da UBSF Pe. Ernesto Sassida no município de Corumbá, MS no ano 2015.

### **Específicos**

- Aplicar um sistema de captação de informação através fluxogramas de questões na população alvo pelo ACS.
- Determinar áreas de risco de doenças endêmicas específicas no território de abrangência da UBSF Padre Ernesto Sassida.
- Realizar um informe dos resultados da aplicação do sistema de classificação de risco de vulnerabilidade para patologias crônicas transmissíveis e não transmissíveis endêmicas do Brasil no território da UBSF Pe. Ernesto Sassida.

## 2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

Este projeto de intervenção procura alcançar uma descrição real que estratifique o risco de vulnerabilidade de patologias crônicas transmissíveis e não transmissíveis no território local da abrangência da UBSF Padre Ernesto Sassida.

O subdiagnóstico de doenças pode ter muitas causas, uma delas é a falta da elevada suspeita diagnóstica na hora do cadastramento da família, trabalho realizado pelo ACS. A realidade é que somente algum membro de cada família faz a consulta e o acompanhamento nas UBSF, porém fica a possibilidade de ter pacientes assintomáticos nesse momento; sendo estes portadores de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis.

O sistema de classificação de risco procura classificar a probabilidade de adoecer, nessa família, cada uma das patologias descritas; na hora de captar a informação a través do uso de fluxogramas obter um diagnóstico de risco de vulnerabilidade no território; e a informação obtida possa servir como ferramenta de planejamento de ações de promoção e prevenção em saúde desenhadas de acordo com o perfil local.

Risco é um conceito fundamental na epidemiologia, sendo um elemento central de cálculo racional na cultura moderna tardia. Sua importância científica e cultural é cada vez mais crescente na sociedade contemporânea. É por meio da análise de risco que se estabelecem as bases para a tomada de decisão racional em face da incerteza, cuja percepção é também crescente <sup>(9)</sup>.

As práticas, as políticas e os programas de saúde são subsidiados pelas análises obtidas, a partir do conhecimento sistematizado (sistemas peritos), na perspectiva de propor ações para a promoção, a proteção, a prevenção e a recuperação da saúde consideradas práticas voltadas para a gestão e gerenciamento de riscos. Portanto, identificar, minimizar e reduzir riscos tornou-se, na modernidade, o foco da saúde pública. O enfoque de risco ressignifica o processo saúde- doença- cuidado pela necessidade de incorporar em suas abordagens o paradigma da promoção da saúde, como uma opção adequada para reorientar as estratégias de intervenção para o setor <sup>(9)</sup>

As técnicas de avaliação de risco em epidemiologia baseiam - se na experimentação como critério básico de rigor e legitimação científica. É preciso controlar todos os fatores que possam interferir no trabalho experimental, para que sejam criadas as condições favoráveis à observação de uma provável relação de causas efeito. A situação ideal do experimento é poder comparar o fato ao contra - fato, estando todas as demais condições sob controle.

Para fazer a inferência causal de um risco exige-se a observação de cada um dos fatores de risco isolado dos demais. Portanto, para construir um modelo capaz de medir o efeito de uma causa ou de um conjunto de causas, faz-se necessário um processo de 'purificação', no qual algumas assertivas devem ser previamente assumidas, de modo a viabilizar a operacionalização do modelo e o isolamento do fenômeno a ser observado <sup>(9)</sup>.

A técnica de modelagem na análise de risco é uma simplificação da realidade, ou seja, à medida que o modelo se constrói, o fenômeno é abstraído em sua complexidade, sendo apreendido apenas como representação. É essa simplificação que permite e viabiliza a operacionalização do modelo na busca das respostas desejadas ao fenômeno observado. Na abordagem de risco, por mais complexos que sejam os modelos de análise, são sempre reduções do real, e alguns aspectos do fenômeno estudado são desconsiderados. <sup>(9)</sup>

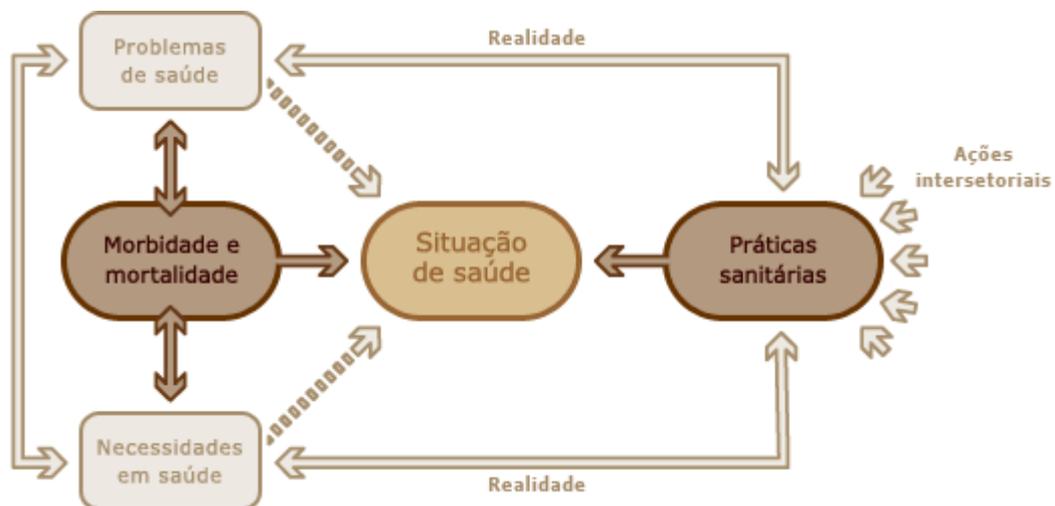
Uma medida de risco estima a necessidade de assistência promotora e preventiva que, ao conhecer a situação antes do evento previsto, proporciona o tempo necessário para uma resposta adequada. Portanto, o enfoque de risco deve ter como objetivo corrigir desigualdades em saúde, possibilitando que os recursos humanos, financeiros, tecnológicos sejam direcionados adequadamente para onde há de fato necessidade esta dimensionada a partir da avaliação da situação de saúde onde os riscos devem estar contextualizados. <sup>(9)</sup>

Existem, em epidemiologia, algumas dessas medidas que se referem apenas à probabilidade de ocorrência do evento, enquanto outras também denotam a força como um fenômeno ocorre na população ou em um grupo populacional específico. Dentre estas medidas, tem-se indicadores clássicos como a incidência de um evento, e a mortalidade infantil, dentre outros. As expressões matemáticas da incidência e da mortalidade infantil são respectivamente: O risco epidemiológico é

nuclear na configuração atual das práticas de saúde e das estratégias de promoção e prevenção; Prática sanitária é, reconhecidamente, a forma pela qual a sociedade estrutura e organiza as respostas aos problemas de saúde.

É relevante para esta argumentação o fato de que as respostas dadas pela sociedade aos problemas sanitários são decorrentes do conceito de saúde vigente, ou seja, do paradigma que institui esse conceito, o qual, por sua vez, responde ao contexto socioeconômico político e tecnológico em curso. A prática sanitária, portanto, é configurada e direcionada pelo paradigma vigente e pelo contexto<sup>9</sup>.

Figura 1. – Situação de saúde e práticas sanitárias (respostas sociais)



Fonte: adaptado de Castellanos, 1995.

A vigilância da saúde entendida como novo modelo de atenção ou como paradigma orientador de práticas sanitárias é uma das concepções que buscam ampliar a atuação do paradigma anterior (médico-assistencial), para atender à globalidade do processo saúde- doença e orientar as reformulações das práticas assistenciais e coletivas. Esse novo pensar e fazer requer o entendimento de saúde como resultado de um conjunto de fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, que, combinados de forma específica, em cada sociedade e em conjunturas singulares, podem resultar em comunidades mais ou menos saudáveis<sup>9</sup>.

Para a vigilância da saúde, são as condições objetivas de vida das pessoas em interação com seu meio social, que vão moldar a forma de elas perceberem o risco. Essa percepção inclui valores básicos sociais e pessoais (tradições, crenças,

hábitos), bem como experiências anteriores que tenham apresentado risco ou ameaça às suas vidas (abertura de estradas, infestações ambientais de *Aedes aegypti*, usinas nucleares). Nessa perspectiva, para que uma avaliação de risco seja eficaz, do ponto de vista da identificação da ameaça, da mensuração da exposição, da caracterização e regulação do risco, é imprescindível levar em conta tanto o risco quantificado cientificamente quanto aquele percebido pela população

Na perspectiva da promoção da saúde, ou seja, no desenvolvimento de ações que se antecipem ao dano ou ao agravamento, o papel e a prática dos agentes comunitários de saúde (ACS) são fundamentais junto às comunidades e à equipe de saúde da família; dada a sua capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho no cotidiano. É do âmbito de sua competência o desenvolvimento de ações a partir do conceito ampliado de saúde, que a entende como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com os indivíduos, grupos e coletividades sociais.

Outra abordagem fundamental para a compreensão do risco e seus desdobramentos operacionais é a da vulnerabilidade, embora não haja ainda sobre ela consenso, no que tange aos enfoques voltados para os indivíduos e para o ambiente, quando relacionados aos riscos biológicos, físicos, químicos, tecnológicos e sociais. A idéia de vulnerabilidade, mesmo quando tomada em seu sentido comum, revela-se promissora na leitura de situações de perigo, em especial quando reportada a algum agravamento específico, como no caso da Aids<sup>9</sup>.

Em epidemiologia, o conceito de risco se incorpora gradativamente à descrição mais abrangente de 'vulnerabilidade'. Enquanto busca-se com o 'calcular a probabilidade de ocorrência' de um agravamento em um grupo qualquer com determinada característica, 'abstrair outras condições intervenientes', com a vulnerabilidade procura-se 'julgar a suscetibilidade' de 'cada indivíduo ou grupo' a esse agravamento, 'dado um certo conjunto de condições intervenientes'<sup>9</sup>.

Nesse escopo, a vulnerabilidade pode ser entendida como uma noção relativa, dado que está sempre referida ou associada à exposição aos riscos produzidos socialmente e denota a maior ou menor susceptibilidade de pessoas, lugares, infraestruturas ou ecossistemas virem a sofrer algum tipo particular de dano

ou agravo. Sendo a vulnerabilidade uma condição decorrente das relações históricas construídas entre diferentes segmentos sociais, para que ela venha a ser superada será necessário enfrentar as causas das privações sofridas pelas pessoas ou grupos sociais, objetivando uma mudança nas relações que os mesmos mantêm com o espaço social mais amplo em que estão inseridos<sup>9</sup>.

A vulnerabilidade a certo agravo no plano dos indivíduos está determinada por algumas circunstâncias que podem ser descritas em três ordens de fatores: 1) aqueles que dependem diretamente das ações individuais, conformados pelo comportamento do indivíduo, a partir de um determinado grau de consciência que ele manifesta; 2) aqueles que dizem respeito às ações desenvolvidas pelo poder público, iniciativa privada e agências da sociedade civil, no sentido de minimizar as chances de ocorrência do agravo; 3) um conjunto de fatores sociais, reportados à estrutura disponível de acesso a informações, financiamentos, serviços, bens culturais, liberdade de expressão, dentre outros<sup>9</sup>.

Figura 2 – Análise da vulnerabilidade

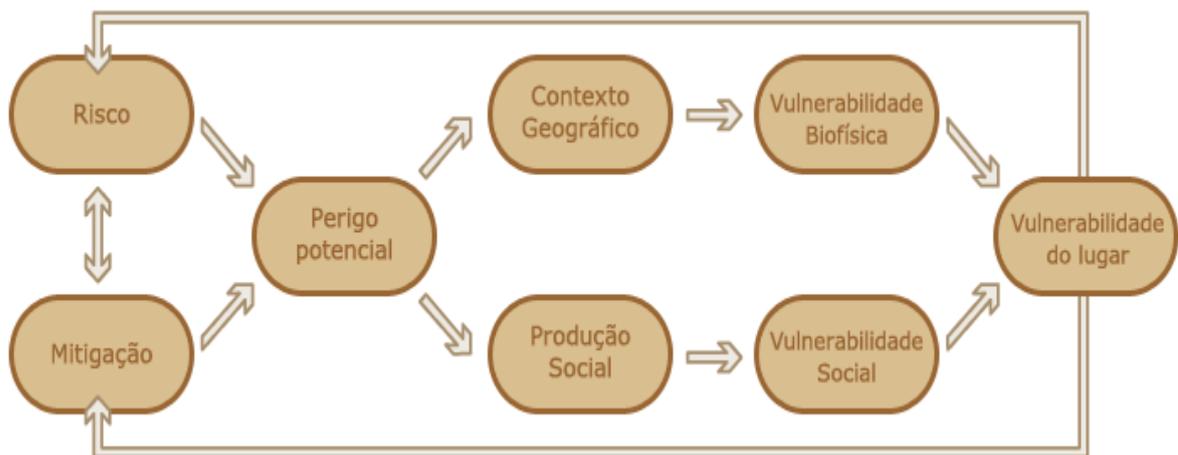


Fonte: Ayres, 2006

O conceito de vulnerabilidade não visa distinguir a probabilidade de um indivíduo qualquer se expor a um agravo, mas busca oferecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de sofrer dano pela exposição ao risco, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema<sup>9</sup>.

Quanto à vulnerabilidade ambiental (do lugar), é mensurada pelos aspectos e condições do meio ambiente, somados à vulnerabilidade sociodemográfica dos grupos sociais ali alocados. Os lugares conjugam diferentes condições de vida: “segregação espacial, crescimento de favelas e exclusão social são diferentes aspectos da não inclusão do estilo de vida dominante” (Hogan, 2001: 332). Deste ponto de vista, depreende-se que a vulnerabilidade ambiental em determinados contextos e circunstâncias pode ser significativamente maior para aqueles que, expostos aos riscos do ambiente, sofrem com as iniquidades sociais e se vêem com poucos recursos para mobilizar no enfrentamento dos riscos<sup>9</sup>.

Figura 3 – Modelo ‘perigos do lugar’ da vulnerabilidade



Fonte: adaptado de Cutter, 1996.

No esquema, os vários constituintes da vulnerabilidade interagem para produzir a vulnerabilidade de lugares específicos e dos habitantes desses lugares. Essa vulnerabilidade pode mudar ao longo do tempo com mudanças no risco, mitigação e contextos dentro dos quais perigos ambientais ocorrem.

A Figura 3, adaptada do modelo de Cutter, mostra que a vulnerabilidade do ponto de vista ambiental é uma característica intrínseca dos lugares definidos por um conjunto de condicionantes ambientais e sociais, o qual, na análise de risco, deve ser estudado caso a caso para que se possa mensurar a maior ou menor relevância e intensidade entre eles, na exposição das populações a riscos e perigos<sup>9</sup>.

O desenvolvimento das ações do projeto será efetuado pelos agentes comunitários de saúde, em primeira instância, onde aplicarão fluxogramas elaborados pelo médico da UBSF (Apêndice 1), com questões dirigidas as patologias alvo, sejam diabetes mellitus 2, hipertensão arterial sistêmica, hanseníase, tuberculose, dengue e leishmaniose através do interrogatório inserto nos fluxogramas na hora de fazer o cadastramento das famílias. Quando terminado, cada família provavelmente terá algum grau de risco para uma ou várias doenças, logo essa informação será transpassada no mapa do território, desenhado em conjunto pela equipe de Saúde da Família da Unidade.

A amostra será trabalhada com aproximadamente 70 famílias cadastradas na área da abrangência dos microterritórios, de cada um dos ACS, da UBSF Padre Ernesto Sassida. O objeto de estudo serão as famílias com o novo cadastro da ficha A atualizada do registro do SUS, de forma aleatória no território de abrangência da UBSF Padre Ernesto Sassida, realizado durante o primeiro mês de 2015.

A condensação da informação será realizada na UBSF Padre Ernesto Sassida e consistirão na marcação no mapa do território das famílias com alto risco nas doenças descritas. Ao concluir com a marcação no mapa, o resultado será uma descrição detalhada da estratificação de risco para doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis nas famílias do território da UBSF Padre Ernesto Sassida.

Essa ferramenta será usada como base para o planejamento de ações futuras na abordagem familiar pela equipe de saúde; para diagnóstico e tratamento; promoção e prevenção das doenças descritas. Os aspectos que tem relevância para o presente trabalho originam-se na casuística da realidade local, e são:

- A população com a faixa etária acima de 60 anos com uma prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus 2 maior que 90%.
- Notificações de doenças como dengue, hanseníase, leishmaniose, e tuberculose que não chega a 1%.

Porém o novo sistema permitirá obter dados de probabilidade e assim contar com uma descrição real do risco local para o grupo de doenças descritas<sup>10</sup>.

### 3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A implantação do projeto iniciou-se através do desenvolvimento de fluxogramas dirigidos, com o intuito de pesquisar a probabilidade de adoecimento das famílias acometidas pelas doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis caracterizadas como endêmicas (Apêndice 1). O conteúdo de cada um deles tem perguntas dirigidas a pesquisa de sinais ou dados relevantes que dirijam ou incrementem a vulnerabilidade de apresentar uma das doenças crônicas já descritas. Uma vez desenvolvidas foram criados quadros de centralização da informação (Apêndice 2), onde cada Agente Comunitário de Saúde marcou a estratificação de risco de cada uma das famílias do seu microterritório, depois de aplicados os fluxogramas. Paralelamente os ACS desenharam o mapa do território delimitando as micro áreas.

Dando continuidade, os dados foram transferidos para o quadro centralizador, marcando no mapa as famílias que tenham alto risco para uma ou mais doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis (Anexo 1).

O resultado apresentou uma estatística própria da área de abrangência da UBSF Pe. Ernesto Sassida. O material de base servirá para a análise detalhada e planejamento de ações futuras no âmbito de diagnóstico, promoção e prevenção da saúde dos moradores na área.

Os fluxogramas foram aplicados em 70 famílias, aproximadamente dez por cento de cada microrregião. A tabela abaixo descreve, cada etapa e os tempos do planejamento das ações de cada ação do projeto de intervenção:

Tabela 01: Passos do planejamento das ações de cada etapa do projeto de intervenção

Etapas	Maio 2014	Junho 2014	Julho 2014	Agosto 2014	Setembro 2014	Outubro 2014	Novembro 2014	Dezembro 2014	Janeiro 2015	Fevereiro 2015
Determinação do problema										
Elaboração dos fluxogramas										
Desenho do mapa do território										
Aplicação dos fluxogramas na amostra da população										
Marcação dos dados no mapa										
Condensação dos dados										
Elaboração dos resultados e considerações finais										

Fonte: Própria.

A equipe está composta por 7 agentes comunitários de saúde. Os resultados foram captados por cada microrregião do território. Após descrever os resultados de cada um deles (Anexo 3) se condensou a informação marcando no mapa (Anexo 4).

Segue os resultados por microáreas:

Tabela 02: ACS 1, 90 famílias.

RISCO	DBTM2	HAS	TBC	Leishmaniose	Hanseníase	Dengue
-------	-------	-----	-----	--------------	------------	--------

Baixo	6	7	10	4	9	5
Moderado	3	3	0	6	0	5
Alto	0	0	0	0	0	0

Fonte: Própria.

Tabela 03: ACS 2, 102 famílias.

RISCO	DBTM2	HAS	TBC	Leishmaniose	Hanseníase	Dengue
Baixo	4	1	9	9	9	5
Moderado	3	6	1	1	1	5
Alto	2	2	0	0	0	0

Fonte: Própria.

Tabela 04: ACS 3, 105 famílias.

RISCO	DBTM2	HAS	TBC	Leishmaniose	Hanseníase	Dengue
Baixo	7	5	10	10	10	10
Moderado	3	5	0	0	0	0
Alto	0	0	0	0	0	0

Fonte: Própria.

Tabela 05: ACS 4, 100 famílias.

RISCO	DBTM2	HAS	TBC	Leishmaniose	Hanseníase	Dengue
Baixo	4	5	10	10	10	8
Moderado	4	2	0	0	0	2
Alto	2	3	0	0	0	0

Fonte: Própria.

Tabela 06: ACS 5, 124 famílias.

RISCO	DBTM2	HAS	TBC	Leishmaniose	Hanseníase	Dengue
Baixo	12	9	11	12	12	4
Moderado	1	1	0	1	0	4
Alto	2	3	1	0	0	4

Fonte: Própria.

Tabela 07: ACS 6, 130 famílias

RISCO	DBTM2	HAS	TBC	Leishmaniose	Hanseníase	Dengue
Baixo	8	6	12	13	13	13
Moderado	5	6	1	0	0	0
Alto	0	1	0	0	0	0

Fonte: Própria.

Tabela 08: ACS 7, 110 famílias.

RISCO	DBTM2	HAS	TBC	Leishmaniose	Hanseníase	Dengue
Baixo	5	2	7	6	5	1
Moderado	4	6	1	4	3	3
Alto	2	3	1	1	2	6

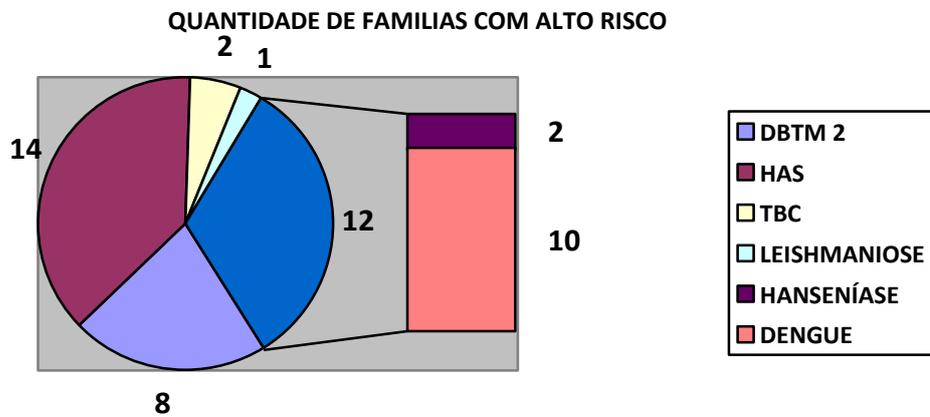
Fonte: Própria.

Tabela 09: Amostra total da população da área de abrangência da UBSF Padre Ernesto Sassida, 70 famílias

RISCO	DBTM2	HAS	TBC	Leishmaniose	Hanseníase	Dengue
Baixo	41	32	64	37	63	41
Moderado	21	24	04	12	04	19
Alto	8	14	2	1	2	10

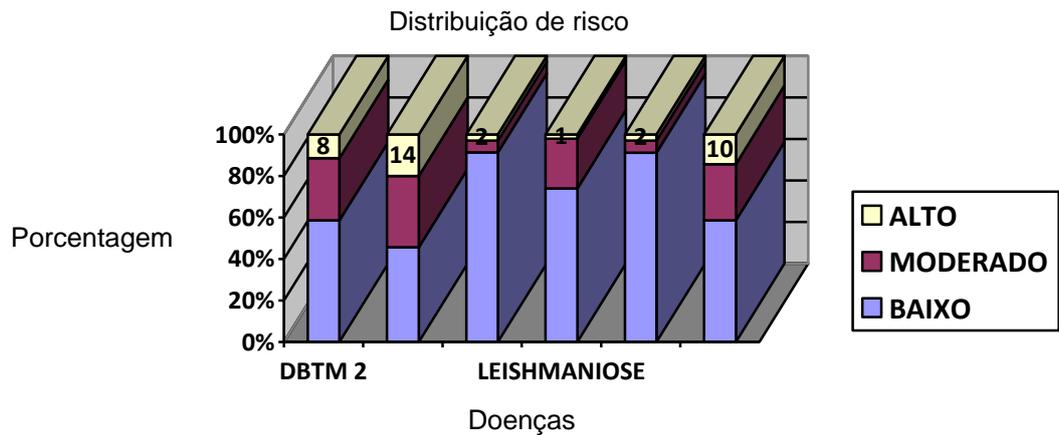
Fonte: Própria.

Gráfico nº1: Número de famílias com alto risco



Fonte: Própria.

Gráfico 2: Distribuição de risco



Fonte: Própria.

As tabelas com os dados mostram uma probabilidade diferenciada para cada família em cada uma das doenças descritas o que demonstra o objetivo específico do projeto completado.

Durante o desenvolvimento das diferentes etapas do projeto se vivenciaram várias experiências, onde se constatou uma fragilidade do PI, a dificuldade de conferir a veracidade da aplicação dos fluxogramas na população, ação feita pelos ACS; por falta de planejamento ou da visão da necessidade de realizar essa ação.

Inserindo uma etapa de controle cruzado dos resultados a qualidade e grau de veracidade poderia ser maior tendo a atual possibilidade de incrementar essa fase após conclusão do projeto.

Fazendo um confronto entre o quadro de planejamento e a realidade do desenvolvimento do mesmo, se tiveram várias circunstâncias que diminuía a velocidade de conclusão das etapas, as férias escalonadas do pessoal da unidade, a ausência temporal de afastamento por saúde foram as principais causas do atraso da conclusão nas datas previstas.

Recebemos visitas do pessoal da Prefeitura da cidade e dos supervisores do Programa Mais Médicos para o Brasil na unidade, onde comentaram sobre a utilidade do projeto e parabenizaram a proposta. Uma das vantagens encontradas pela equipe de saúde da unidade foi o pouco custo da implantação pelo material mínimo de uso.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Objetivo geral do projeto foi alcançado totalmente, conseguiu-se criar, implantar e obter resultados respondendo o conceito de sistematização no território de abrangência da UBSF Pe. Ernesto Sassida no município de Corumbá, no ano 2015, para a classificação de risco de vulnerabilidade de adoecer, patologias crônicas transmissíveis e não transmissíveis (HAS, Diabetes mellitus 2, hanseníase, tuberculose, leishmaniose, dengue), através do uso de fluxogramas e marcação no território.

Através da criação e aplicação de um sistema de captação de informação da população alvo, pelos ACS conseguiu-se determinar áreas de risco de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis específicas no território de abrangência da UBSF Padre Ernesto Sassida. A partir das informações obtidas elaborou-se um informe dos resultados da aplicação do sistema de classificação de risco de vulnerabilidade, para patologias crônicas transmissíveis e não transmissíveis no território da UBSF Pe. Ernesto Sassida.

Como proposta para superar a fragilidade encontrada no projeto de Intervenção, com respeito ao controle sob a aplicação dos fluxogramas, recomendou-se inserir a etapa de avaliação da veracidade dos resultados, antes de realizar o informe final.

Uma vez desenvolvidas ações de abordagem para intervir na vulnerabilidade familiar ou territorial pode-se repetir o processo e confrontação dos resultados como mecanismo de avaliação de medidas de diagnóstico, promoção e prevenção da saúde da família, do território estudado.

Este Projeto de Intervenção apontou uma necessidade da equipe intensificar as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e outros agravos, através de atividades educativas e de monitoramento, haja vista uma ineficiente responsabilidade dos indivíduos participantes do projeto em cuidar da sua saúde e de sua família, ou entender que cada um é responsável pelo seu bem estar.

O sistema de classificação de risco desenvolvido e aplicado na área facilitou o conhecimento das vulnerabilidades da população atendida, permitindo uma visão mais focada no principal problema de cada família e região.

Permitiu que fosse possível visualizar mais facilmente as famílias que devem ser priorizadas nas visitas ou encaminhadas para uma avaliação criteriosa pela equipe da unidade e pelos serviços de apoio.

O trabalho com esse sistema permite principalmente a atuação na prevenção das doenças já que pode se visualizar os riscos de possíveis adoecimentos da população e não só no tratamento das doenças já instaladas.

A utilização do roteiro nas visitas permitiu identificar mais facilmente os pontos que deveria se enfatizar e priorizar em cada família e os temas que devem ser trabalhados de forma interna.

## REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup> Organização Mundial da Saúde, Informação geral sobre a hipertensão no mundo. Número de documento: WHO/DCO/WHD/2013.2 Disponível em : [www.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf) - 304k ( Acesso na internet , jun 2014.)
- <sup>2</sup> Gondim GM .Artigo. Do Conceito de Risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas, Educação profissional e Docência em saúde, FIOCRUZ . 2008 Disponível em :[http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s\\_livro\\_id=6&area\\_id=2&capitulo\\_id=77&autor\\_id=&sub\\_capitulo\\_id=509&arquivo=ver\\_conteudo\\_2](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s_livro_id=6&area_id=2&capitulo_id=77&autor_id=&sub_capitulo_id=509&arquivo=ver_conteudo_2) (acesso na internet, jul 2014)
- <sup>3</sup>Ministério da saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde – Boletim epidemiológico Volume 46 N° 3 – 2015 ISSN 2358-9450. 2012 Disponível em: [lproweb.procempa.com.br/.../usu\\_doc/vol46\\_num\\_3\\_2015.pdf](http://proweb.procempa.com.br/.../usu_doc/vol46_num_3_2015.pdf) (Acesso na internet, jul 2014)
- <sup>4</sup> Organização Mundial da Saúde, Lepra Nota descritiva N°101 Enero de 2014 . Disponível em : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/> (Acesso na internet jul 2014)
- <sup>5</sup>Gonçalves C. Agencia Brasil Artigo, Brasil registra 3 mil novos casos de leishmaniose por ano. Ed Pimentel C.2013 Disponível em: <http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2013/05/brasil-registra-3-mil-novos-casos-de-leishmaniose-por-ano> (Acesso na internet jul 2014.)
- <sup>6</sup>Ministério de Saúde- Sistema de informação de Atenção Básica ; SIAB. Home Page: [siab.datasus.gov.br](http://siab.datasus.gov.br) 2012.(acesso na internet ago 2014)
- <sup>7</sup>SIAB -Sistema de Informação de atenção Basica, Ficha A e D de cadastro familiar na consulta da UBSF Padre Ernesto Sassida, ano 2014.
- <sup>8</sup> Passos de AzeredoVM, AssisTD,Barreto SM. Artigo de revisão. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional, Epidemiologia e Serviços de Saúde - Volume 15 - N° 1 - jan/mar de 2006 Disponível

em :

[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.elsa.org.br%2Fdownloads%2FArtigos%2520em%2520PDF%2Fhipertensao\\_arterial\\_estimativas\\_de\\_prevalencia\\_Valeria\\_Azeredo.pdf&ei=FTvYVKzRBobGsQTCvIHYDQ&usq=AFQjCNG9Zb7s5Oj22UZyUVNDhjlRyM7cDA](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.elsa.org.br%2Fdownloads%2FArtigos%2520em%2520PDF%2Fhipertensao_arterial_estimativas_de_prevalencia_Valeria_Azeredo.pdf&ei=FTvYVKzRBobGsQTCvIHYDQ&usq=AFQjCNG9Zb7s5Oj22UZyUVNDhjlRyM7cDA) (Acesso na internet ago 2014)

<sup>9</sup>Gondin GM. Artigo Acadêmico: Risco epidemiológico e novas práticas sanitárias.2012 Disponível em :

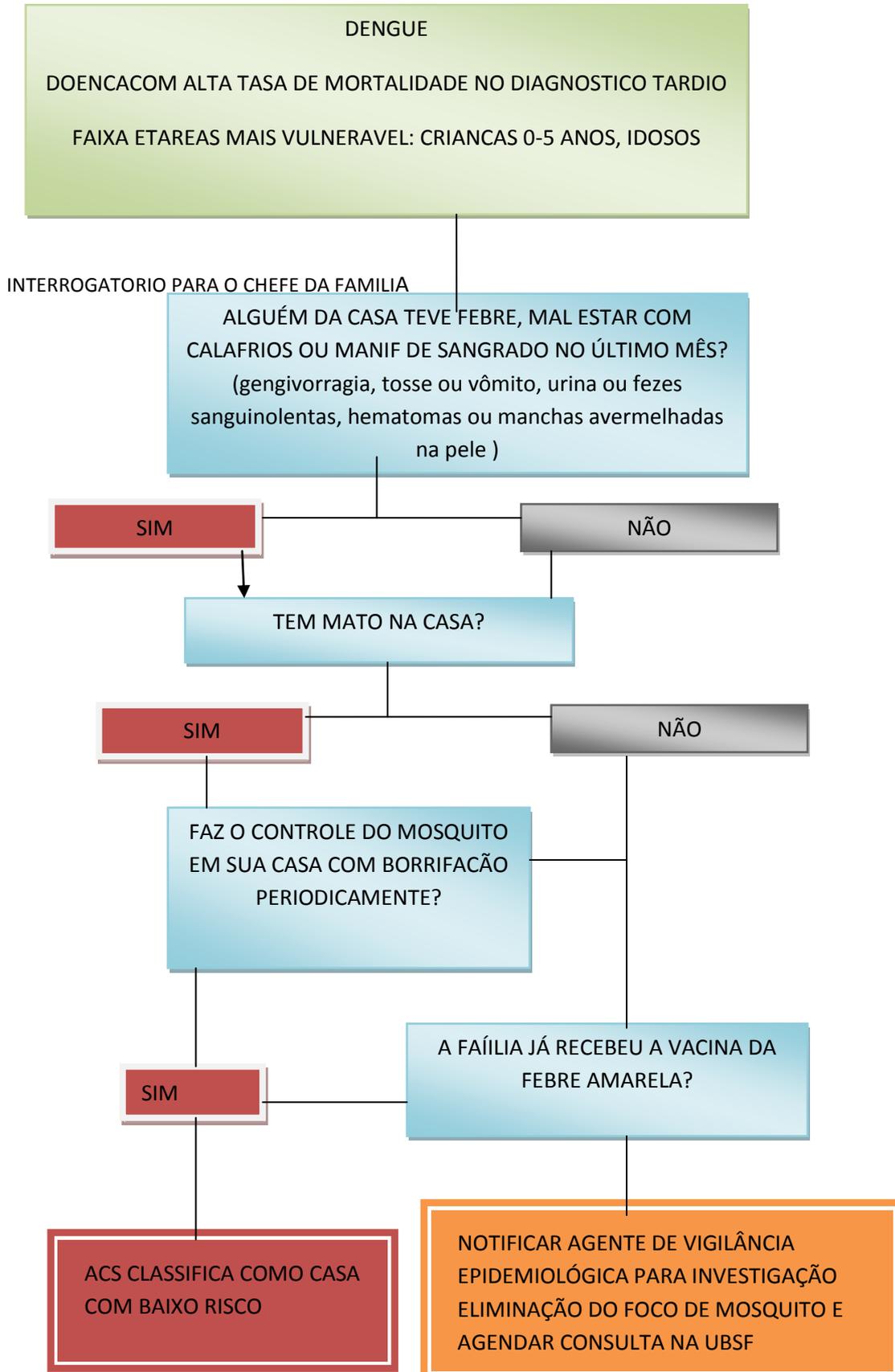
[http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s\\_livro\\_id=6&area\\_id=2&capitulo\\_id=77&autor\\_id=&sub\\_capitulo\\_id=509&arquivo=ver\\_conteudo\\_2](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s_livro_id=6&area_id=2&capitulo_id=77&autor_id=&sub_capitulo_id=509&arquivo=ver_conteudo_2) .

<sup>10</sup> Fonte Própria da estatística local da Unidade Basica de Saude Pe. Ernesto Sassida. 2014.

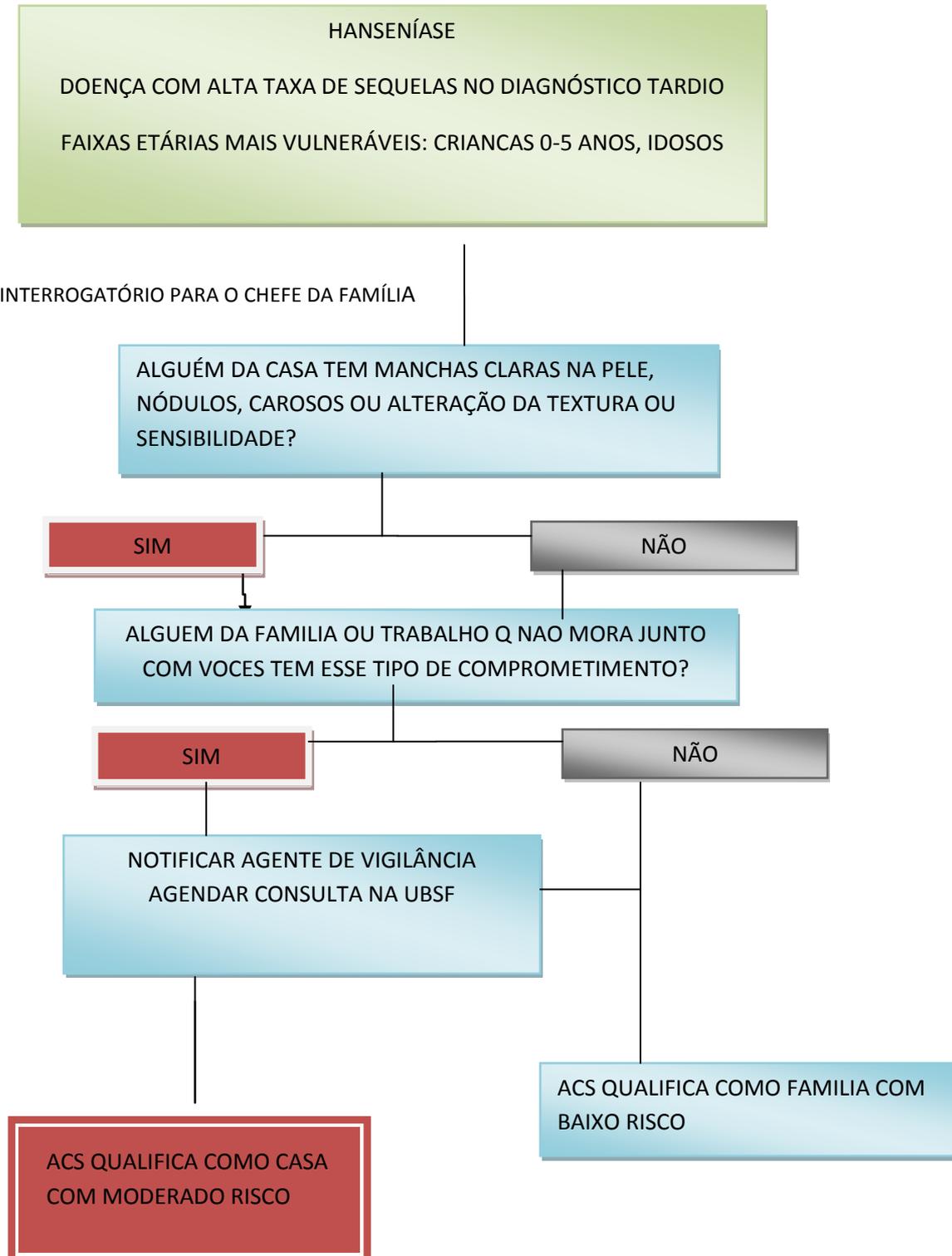
## APÊNDICES

### APÊNDICE 1

#### FLUXOGRAMA PARA O AGENTE COMUNITARIO



## FLUXOGRAMA PARA O AGENTE COMUNITARIO



FLUXOGRAMA PARA O AGENTE COMUNITARIO

TUBERCULOSE  
DOENÇA COM ALTA TAXA DE SEQUELAS NO DIAGNÓSTICO TARDIO  
FAIXAS ETÁRIAS MAIS VULNERÁVEIS: CRIANÇAS 0-5 ANOS, IDOSOS

INTERROGATÓRIO PARA O CHEFE DA FAMÍLIA

ALGUÉM DA CASA TEM TOSSE HA MAIS DE 3 SEMANAS?

SIM

NÃO

ALGUÉM DA FAMÍLIA TEM EMAGRECIDO NOTORIAMENTE NOS ÚLTIMOS 3 MESES?

SIM

NÃO

ALGUÉM DA FAMÍLIA SUA MUITO A NOITE QUANDO DORME OU TEM FEBRE NO FINAL DA TARDE

SIM

NÃO

ALGUÉM DA FAMÍLIA NÃO TEM A MARCA DA VACINA NO BRACO DIREITO OU NÃO RECEBEU A VACINA DO PRIMERO DIA DE VIDA

SIM

ACS QUALIFICA COMO FAMÍLIA COM BAIXO RISCO

ACS QUALIFICA COMO CASA COM ALTO RISCO

ACS QUALIFICA COMO CASA COM MODERADO RISCO

FLUXOGRAMA PARA O AGENTE COMUNITARIO

HAS - HIPERTENSAO ARTERIAL  
 DOENÇA COM ALTA TAXA DE SEQUELAS NO DIAGNÓSTICO TARDIO  
 FAIXAS ETÁRIAS MAIS VULNERÁVEIS: 40 ANOS, IDOSOS

INTERROGATÓRIO PARA O CHEFE DA FAMÍLIA

ALGUÉM DOS ADULTOS DA CASA ACORDA DE MANHÃ  
 OU A TARDE COM DOR DE CABEÇA

SIM

NÃO

ALGUÉM DA FAMÍLIA TEM DOR DE CABEÇA  
 FREQUENTEMENTE

SIM

NÃO

ALGUÉM DA FAMÍLIA QUE NÃO MORA NA  
 CASA TEM HAS OU DBTM2?

SIM

NÃO

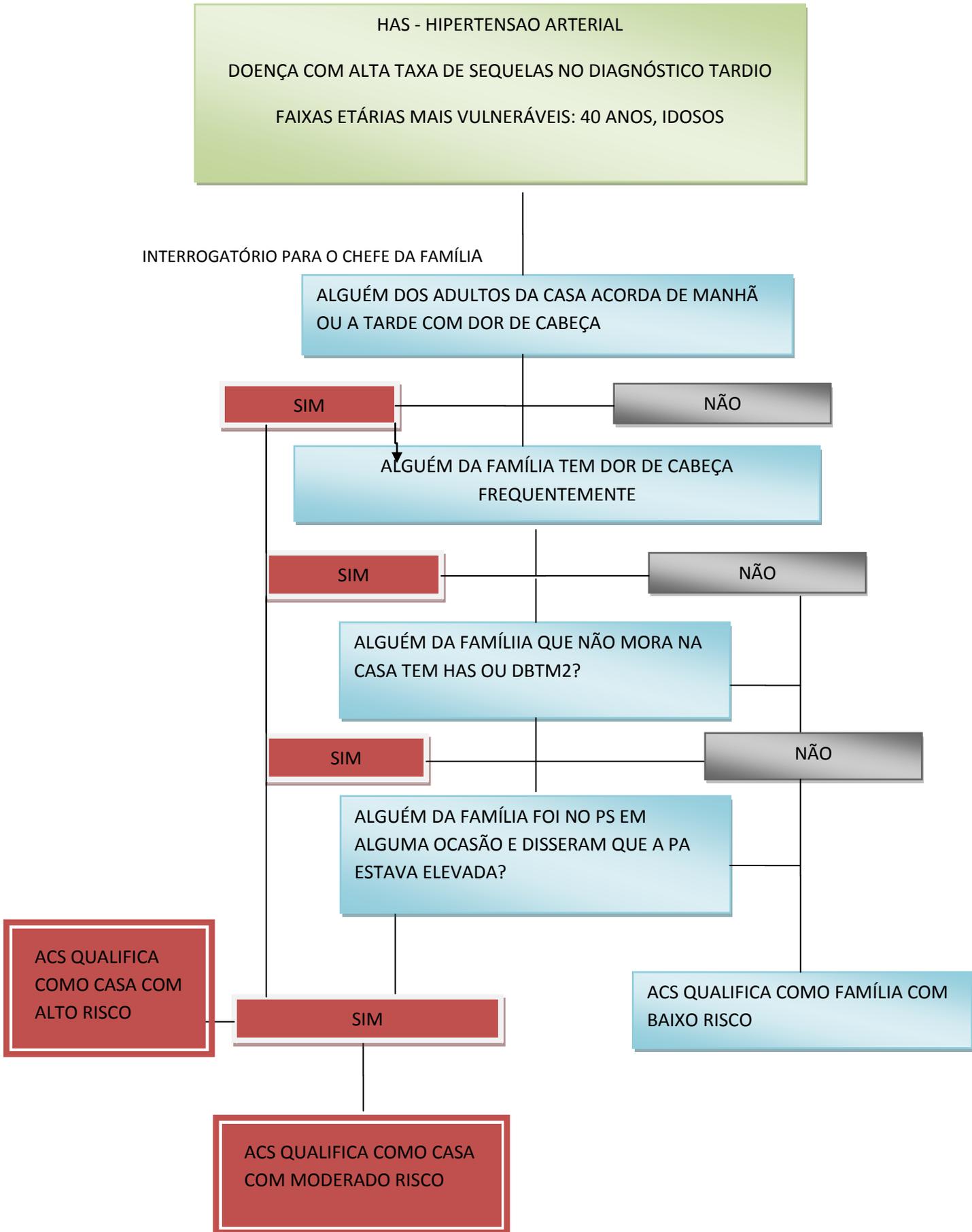
ALGUÉM DA FAMÍLIA FOI NO PS EM  
 ALGUMA OCASÃO E DISSERAM QUE A PA  
 ESTAVA ELEVADA?

SIM

ACS QUALIFICA COMO FAMÍLIA COM  
 BAIXO RISCO

ACS QUALIFICA  
 COMO CASA COM  
 ALTO RISCO

ACS QUALIFICA COMO CASA  
 COM MODERADO RISCO



FLUXOGRAMA PARA O AGENTE COMUNITARIO

DIABETES - OBESIDADE  
DOENÇA COM ALTA TAXA DE SEQUELAS NO DIAGNÓSTICO TARDIO  
FAIXAS ETÁRIAS MAIS VULNERÁVEIS: A PARTIR DE 35 ANOS, IDOSOS

INTERROGATÓRIO PARA O CHEFE DA FAMÍLIA

ALGUÉM DA CASA TEM PESO ELEVADO NOTORIAMENTE?

SIM

NÃO

NOTOU SE ALGUÉM DA FAMÍLIA ACORDA VÁRIAS VEZES A NOITE PARA URINAR?

SIM

NÃO

ALGUÉM DA FAMÍLIA QUE NÃO MORA NA CASA TEM HAS OU DBTM2?

SIM

NÃO

ALGUÉM DA FAMÍLIA QUE NÃO MORA NESTA CASA TEM DBT M2, AÇUCAR LEVADO NO SANGUE?

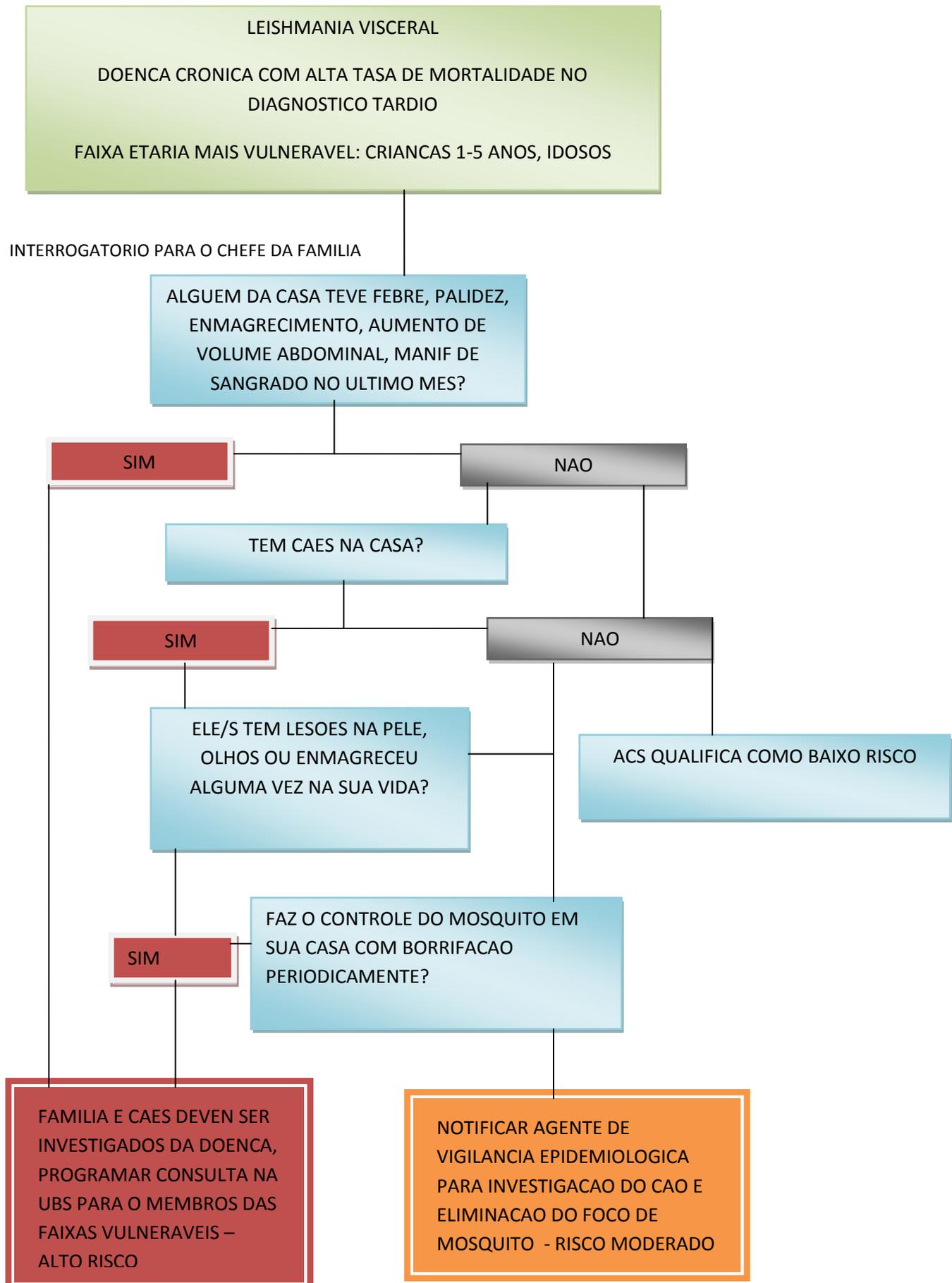
SIM

ACS QUALIFICA COMO CASA COM BAIXO RISCO

ACS QUALIFICA COMO CASA COM ALTO RISCO

ACS QUALIFICA COMO CASA COM MODERADO RISCO

## FLUXOGRAMA PARA O AGENTE COMUNITARIO



APÊNDICE 2

TABELAS CENTRALIZADORAS DA INFORMAÇÃO POR MICROAREA

FOTOGRAFIAS 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18.

Quadro síntese de estratificação de risco UNIF PADRE ERNESTO SASSIDA  
ACS: *Alameda Fernandes*

Número família	Endereço	DBT M2 OB			IAS			TUBERCULOSE			LEISHMANIOSE			HANSENIOSE			DENGUE		
		RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO
166	Am <i>terreno baldio</i>																		
167	ER <i>comércio</i>																		
168	ER <i>comércio</i>																		
169	ER <i>comércio</i>																		
170	ER <i>368 casa desocupada - 5 m<sup>2</sup>s</i>																		
171	ER <i>388 casa desocupada (abandonada) 2 anos</i>																		
172	ER <i>332 Salão comercial desocupado</i>																		
173	ER <i>332 Salão comercial e residência p/ aluguel (desocupado)</i>																		
174	ER <i>- terreno baldio</i>																		
175	ER <i>- Comércio - Mercado Patani</i>																		
176	ER <i>338 Salão comercial</i>																		
177	ER <i>338A Salão comercial</i>																		
178	ER <i>398B</i>																		
179	CB <i>Salão comercial desocupado</i>																		
180	CB <i>Salão comercial desocupado</i>																		

Am Rua América  
ER Rua Edue Rocha

Fonte: Própria.

Quadro síntese de estratificação de risco UNIF PADRE ERNESTO SASSIDA  
ACS: *Alameda Fernandes*

Número família	Endereço	DBT M2 OB			IAS			TUBERCULOSE			LEISHMANIOSE			HANSENIOSE			DENGUE		
		RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO
121	LA <i>1104 B</i>																		
122	LA <i>1104 c</i>																		
123	LA <i>1109</i>																		
124	LA <i>terreno baldio</i>																		
125	LA <i>1114</i>																		
126	Am <i>terreno baldio</i>																		
127	Am <i>2322</i>																		
128	Am <i>1101</i>																		
129	Am <i>1101B</i>																		
130	Am <i>imóvel desocupado (esquina América com José Figueira)</i>																		
131	FF <i>690</i>																		
132	FF <i>690B</i>																		
133	FF <i>660</i>																		
134	FF <i>65B</i>																		
135	FF <i>imóvel em obra</i>																		

LA = Alameda Luis Augusto  
Am: Rua América

Fonte: Própria.







Quadro síntese de estratificação de risco UBSF PADRE ERNESTO SASSIDA  
ACS: Adriano Fernandes

Número família	Endereço	DBT M2 CB			HAS			TUBERCULOSE			LEISHMANIOSE			HANKENIASE			DENGUE		
		RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO
076	2357E casa desocupada																		
077	2357D																		
078	2510																		
079	2509 falta cadastro																		
080	2459																		
081	2449																		
082	2435																		
083	11183A falta cadastro																		
084	11183B																		
085	2575																		
086	2575																		
087	2577																		
088	recede ACS																		
089	2583																		
090	2584																		
EB - Rua Cuiabá		1 1 7 3 9 1 0 11 0 0 10 0 10 1 0 2 4 0																	

Fonte: Própria.

Quadro síntese de estratificação de risco UBSF PADRE ERNESTO SASSIDA  
ACS: Adriano Fernandes

Número família	Endereço	DBT M2 CB			HAS			TUBERCULOSE			LEISHMANIOSE			HANKENIASE			DENGUE		
		RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO
001	570																		
002	574																		
003	576																		
004	585 A																		
005	585 B																		
006	594 A																		
007	594 B																		
008	654 A																		
009	654 B																		
010	620																		
011	620 B comércio Escritório contábil																		X
012	684 A																		
013	684 B casa desocupada																		
014	Am 2132																		
015	Am 2132B																		
		5 5 2 0 3 6 9 1 0 9 1 6 8 0 0 0 0 0																	

Fonte: Própria.

Formulário contendo a distribuição de risco 1984 PAVEL ERNESTO SASSARI  
ACS: Marcos Ferrnandez

Número família	Endereço	DBT M2 CB			HAS			TUBERCULOSE			LEISHMANIOSE			DENGUE		
		RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO
016	Am 2136 A															
017	Am 2136 B															
018	Am 2136 C															
019	TC 17															
020	TC 08															
021	TC 08 B															
022	TC casa desocupada há 08 anos.															
023	TC 09															
024	TC 79															
025	TC terreno baldio															
026	TC S/N															
027	TC 43															
028	TC 49 A															
029	TC 49 B															
030	TC 49 C															

Fonte: Própria.

ACS

Número família	Endereço	DBT M2 CB			HAS			TUBERCULOSE			LEISHMANIOSE			DENGUE		
		RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO
031	CB															
032	CB 2417A															
033	CB 2417B															
034	CB 2343A															
035	CB 2343B															
036	CT 644A															
037	CT 644B															
038	CT 560															
039	TC 06															
040	TC 44															
041	TC 50															
042	TC 10															
043	TC S/N															
044	TC 20 C11															
045	TC 20 C12															

5 7 1 6 7 8 3 4 3 3 3 2 4 2 3 4 7

CB = Rua Curitiba  
CT = Rua Lincoln Toledo  
TC = Adm. da Igreja Cristina.

Fonte: Própria.

Quadro síntese da estratificação de risco UBSF PADRE ERNESTO SASSIDA  
 ACS: *Robson Misonoda*

Número família	Endereço	DBT M2 OB			HAS			TUBERCULOSE			LEISHMANOSE			HANSEIASE			DENGUE		
		RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO
	<i>R. Combina 1626</i>			X			X	X			X			X					
3	<i>R. Luis Saldos 359</i>			X			X	X			X			X					X
	<i>R. Luis Saldos 396</i>		X			X		X			X			X					X
2	<i>R. Luis Saldos 390</i>		X			X		X			X			X					X
	<i>R. Luis Saldos 402</i>	X			X			X			X			X					X
1	<i>R. Luis Saldos 374</i>		X			X		X			X			X					X
		9	3	1	1	6	2	9	10	9	1	0	9	1	0	5	5	0	

Fonte: Própria.

Quadro síntese da estratificação de risco UBSF PADRE ERNESTO SASSIDA  
 ACS: *Sora da S. Pereira*

*mercado 08*

Total cadastrado = 100

Número família	Endereço	DBT M2 OB			HAS			TUBERCULOSE			LEISHMANOSE			HANSEIASE			DENGUE		
		RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO
7	<i>cuabó 172</i>	*				*		*			*		*						*
4	<i>cuabó 194</i>	*				*		*			*		*						*
	<i>Alameda 1847</i>	*				*		*			*		*						*
	<i>Americo José casa 02</i>	*				*		*			*		*						*
6	<i>21 de setembro nº 172 B</i>		*			*		*			*		*						*
7	<i>21 de setembro nº 172 A</i>		*			*		*			*		*						*
10	<i>21 de setembro nº 602</i>		*			*		*			*		*						*
9	<i>América nº 1854</i>		*			*		*			*		*						*
7	<i>Luis Pedrosa Rodriguez 205 A</i>	*				*		*			*		*						*
	<i>Luis Pedrosa Rodriguez 205 B</i>	*				*		*			*		*						*
5	<i>Luis Pedrosa Rodriguez 215 A</i>	*				*		*			*		*						*
	<i>América nº 2118</i>			*		*		*			*		*						*
3	<i>Firmino de matos 652</i>			*		*		*			*		*						*
	<i>21 de setembro nº 204</i>		*			*		*			*		*						*
1	<i>AV. Cuabó nº 172</i>		*			*		*			*		*						*
		4	4	2	5	2	3	10	0	0	10	0	0	10	0	0	9	2	0

Fonte: Própria.

M.A → 03 Total → 324

Quadro síntese da estratificação de risco UESF PADRE ERNESTO SASSIDA  
ACS: Barra

Número família	Endereço	DFT M2 D8			HAS			TUBERCULOSE			LEISHMANOSE			HANGENIASI			DENGUE				
		RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO		
1	rua marçal deoliveira 885	X						X			X			X					X		
2	rua marçal deoliveira 887	X					X			X			X						X		
3	rua marçal deoliveira	X						X		X			X						X		
4	rua marçal deoliveira	X						X		X			X						X		
5	rua marçal deoliveira	X				X				X			X						X		
6	rua marçal deoliveira	X				X				X			X						X		
7	rua marçal deoliveira 305	X				X				X			X						X		
8	rua marçal deoliveira			X				X		X			X								X
9	rua marçal deoliveira		X			X				X			X							X	
10	rua marçal deoliveira	X				X				X			X							X	
11	rua marçal deoliveira	X				X				X			X							X	
12	rua marçal deoliveira	X				X				X			X							X	
13	rua marçal deoliveira	X				X				X			X							X	
14	rua marçal deoliveira	X				X				X			X							X	
15	rua marçal deoliveira	X				X				X			X							X	
16	rua marçal deoliveira	X				X				X			X							X	
17	rua marçal deoliveira	X				X				X			X							X	
18	rua marçal deoliveira	X				X				X			X							X	
19	rua marçal deoliveira	X				X				X			X							X	
20	rua marçal deoliveira	X				X				X			X							X	

Fonte: Própria.

Quadro síntese da estratificação de risco UESF PADRE ERNESTO SASSIDA  
ACS: Barra

103 famílias

Número família	Endereço	DFT M2 D8			HAS			TUBERCULOSE			LEISHMANOSE			HANGENIASI			DENGUE				
		RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO		
1	R. 1915 1915/1	X					X			X			X						X		
2	R. 1915 1915/2			X				X				X							X		
3	R. 1915 1915/3	X					X			X			X						X		
4	R. 1915 1915/4	X					X			X			X						X		
5	R. 1915 1915/5	X					X			X			X						X		
6	R. 1915 1915/6	X					X			X			X						X		
7	R. 1915 1915/7	X					X			X			X						X		
8	R. 1915 1915/8	X					X			X			X						X		
9	R. 1915 1915/9	X					X			X			X						X		
10	R. 1915 1915/10	X					X			X			X						X		
11	R. 1915 1915/11	X					X			X			X						X		
12	R. 1915 1915/12	X					X			X			X						X		
13	R. 1915 1915/13	X					X			X			X						X		
14	R. 1915 1915/14	X					X			X			X						X		
15	R. 1915 1915/15	X					X			X			X						X		
16	R. 1915 1915/16	X					X			X			X						X		
17	R. 1915 1915/17	X					X			X			X						X		
18	R. 1915 1915/18	X					X			X			X						X		
19	R. 1915 1915/19	X					X			X			X						X		
20	R. 1915 1915/20	X					X			X			X						X		

Fonte: Própria.

Quadro síntese da estratificação de risco UBSF PADRE ERNESTO SASSIDA  
 ACS: Amélia  
 micro área 04

130 Famílias cadastradas

Número família	Endereço	DFT M2-08			HAS			TUBERCULOSE			LEISHMANOSE			HANSINIASE			DENGUE			
		RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	
072	Rua Aquino 2060		X			X		X			X			X				X		
073	Rua Aquino 2060	X			X			X			X			X				X		
037	Eduí Pacheco 39	X			X			X			X			X				X		
004	Rua 13 Junho 205	X			X			X			X			X				X		
023	Rua 13 Junho 2131	X			X			X			X			X				X		
010	Rua 13 J. 2089	X			X			X			X			X				X		
095	Rua Linco 463	X			X			X			X			X				X		
112	Rua Linco 2234	X			X			X			X			X				X		
111	Rua Linco 2236	X			X			X			X			X				X		
056	Rua D. Aquino 2112	X			X			X			X			X				X		
045	Rua Eduí Pacheco 109	X			X			X			X			X				X		
135	Rua D. Aquino 2274	X			X	X		X			X			X				X		
080	Rua 21 de Setembro 310	X					X	X			X			X				X		
034	Rua Eduí Pacheco 2197		X				X	X			X			X				X		
006	Rua Eduí Pacheco 37	X			X			X			X			X				X		

Fonte: Própria.

Quadro síntese da estratificação de risco UBSF PADRE ERNESTO SASSIDA  
 ACS: PATRICIA HOLANDA

TOTAL DO CANTÃO DA SANTARÉM 105

Número família	Endereço	DFT M2-08			HAS			TUBERCULOSE			LEISHMANOSE			HANSINIASE			DENGUE			
		RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	RISCO BAIXO	RISCO MOD.	RISCO ALTO	
1	R. João Francisco 420		X			X		X			X			X				X		
2	R. João Francisco 422	X				X		X			X			X				X		
3	R. João Francisco 424		X			X		X			X			X				X		
4	R. João Francisco 426	X				X		X			X			X				X		
5	R. João Francisco 428	X				X		X			X			X				X		
6	R. João Francisco 430	X				X		X			X			X				X		
7	R. João Francisco 432	X				X		X			X			X				X		
8	R. João Francisco 434	X				X		X			X			X				X		
9	R. João Francisco 436	X				X		X			X			X				X		
10	R. João Francisco 438	X				X		X			X			X				X		
11	R. João Francisco 440	X				X		X			X			X				X		
12	R. João Francisco 442	X				X		X			X			X				X		
13	R. João Francisco 444	X				X		X			X			X				X		
14	R. João Francisco 446	X				X		X			X			X				X		
15	R. João Francisco 448	X				X		X			X			X				X		
16	R. João Francisco 450	X				X		X			X			X				X		
17	R. João Francisco 452	X				X		X			X			X				X		
18	R. João Francisco 454	X				X		X			X			X				X		
19	R. João Francisco 456	X				X		X			X			X				X		
20	R. João Francisco 458	X				X		X			X			X				X		
21	R. João Francisco 460	X				X		X			X			X				X		
22	R. João Francisco 462	X				X		X			X			X				X		
23	R. João Francisco 464	X				X		X			X			X				X		
24	R. João Francisco 466	X				X		X			X			X				X		
25	R. João Francisco 468	X				X		X			X			X				X		
26	R. João Francisco 470	X				X		X			X			X				X		
27	R. João Francisco 472	X				X		X			X			X				X		
28	R. João Francisco 474	X				X		X			X			X				X		
29	R. João Francisco 476	X				X		X			X			X				X		
30	R. João Francisco 478	X				X		X			X			X				X		
31	R. João Francisco 480	X				X		X			X			X				X		
32	R. João Francisco 482	X				X		X			X			X				X		
33	R. João Francisco 484	X				X		X			X			X				X		
34	R. João Francisco 486	X				X		X			X			X				X		
35	R. João Francisco 488	X				X		X			X			X				X		
36	R. João Francisco 490	X				X		X			X			X				X		
37	R. João Francisco 492	X				X		X			X			X				X		
38	R. João Francisco 494	X				X		X			X			X				X		
39	R. João Francisco 496	X				X		X			X			X				X		
40	R. João Francisco 498	X				X		X			X			X				X		
41	R. João Francisco 500	X				X		X			X			X				X		
42	R. João Francisco 502	X				X		X			X			X				X		
43	R. João Francisco 504	X				X		X			X			X				X		
44	R. João Francisco 506	X				X		X			X			X				X		
45	R. João Francisco 508	X				X		X			X			X				X		
46	R. João Francisco 510	X				X		X			X			X				X		
47	R. João Francisco 512	X				X		X			X			X				X		
48	R. João Francisco 514	X				X		X			X			X				X		
49	R. João Francisco 516	X				X		X			X			X				X		
50	R. João Francisco 518	X				X		X			X			X				X		
51	R. João Francisco 520	X				X		X			X			X				X		
52	R. João Francisco 522	X				X		X			X			X				X		
53	R. João Francisco 524	X				X		X			X			X				X		
54	R. João Francisco 526	X				X		X			X			X				X		
55	R. João Francisco 528	X				X		X			X			X				X		
56	R. João Francisco 530	X				X		X			X			X				X		
57	R. João Francisco 532	X				X		X			X			X				X		
58	R. João Francisco 534	X				X		X			X			X				X		
59	R. João Francisco 536	X				X		X			X			X				X		
60	R. João Francisco 538	X				X		X			X			X				X		
61	R. João Francisco 540	X				X		X			X			X				X		
62	R. João Francisco 542	X				X		X			X			X				X		
63	R. João Francisco 544	X				X		X			X			X				X		
64	R. João Francisco 546	X				X		X			X			X				X		
65	R. João Francisco 548	X				X		X			X			X				X		
66	R. João Francisco 550	X				X		X			X			X				X		
67	R. João Francisco 552	X				X		X			X			X				X		
68	R. João Francisco 554	X				X		X			X			X				X		
69	R. João Francisco 556	X				X		X			X			X				X		
70	R. João Francisco 558	X				X		X			X			X				X		
71	R. João Francisco 560	X				X		X			X			X				X		
72	R. João Francisco 562	X				X		X			X			X				X		
73	R. João Francisco 564	X				X		X			X			X				X		
74	R. João Francisco 566	X				X		X			X			X				X		
75	R. João Francisco 568	X				X		X			X			X				X		
76	R. João Francisco 570	X				X		X			X			X				X		
77	R. João Francisco 572	X				X		X			X			X				X		
78	R. João Francisco 574	X				X		X			X			X				X		
79	R. João Francisco 576	X				X		X			X			X				X		
80	R. João Francisco 578	X				X		X			X			X				X		
81	R. João Francisco 580	X				X		X			X			X				X		
82	R. João Francisco 582	X				X		X			X			X				X		
83	R. João Francisco 584	X				X		X			X			X				X		
84	R. João Francisco 586	X				X		X			X			X				X		
85	R. João Francisco 588	X				X		X			X			X				X		
86	R. João Francisco 590	X				X		X			X			X				X		
87	R. João Francisco 592	X				X		X			X			X				X		
88	R. João Francisco 594	X				X		X			X			X				X		
89	R. João Francisco 596	X				X		X			X			X				X		
90	R. João Francisco 598	X				X		X			X			X				X		
91	R. João Francisco 600	X				X		X			X			X				X		
92	R. João Francisco 602	X				X		X			X			X				X		
93	R. João Francisco 604	X				X		X			X			X				X		
94	R. João Francisco 606	X																		

## ANEXOS

### Anexo 1

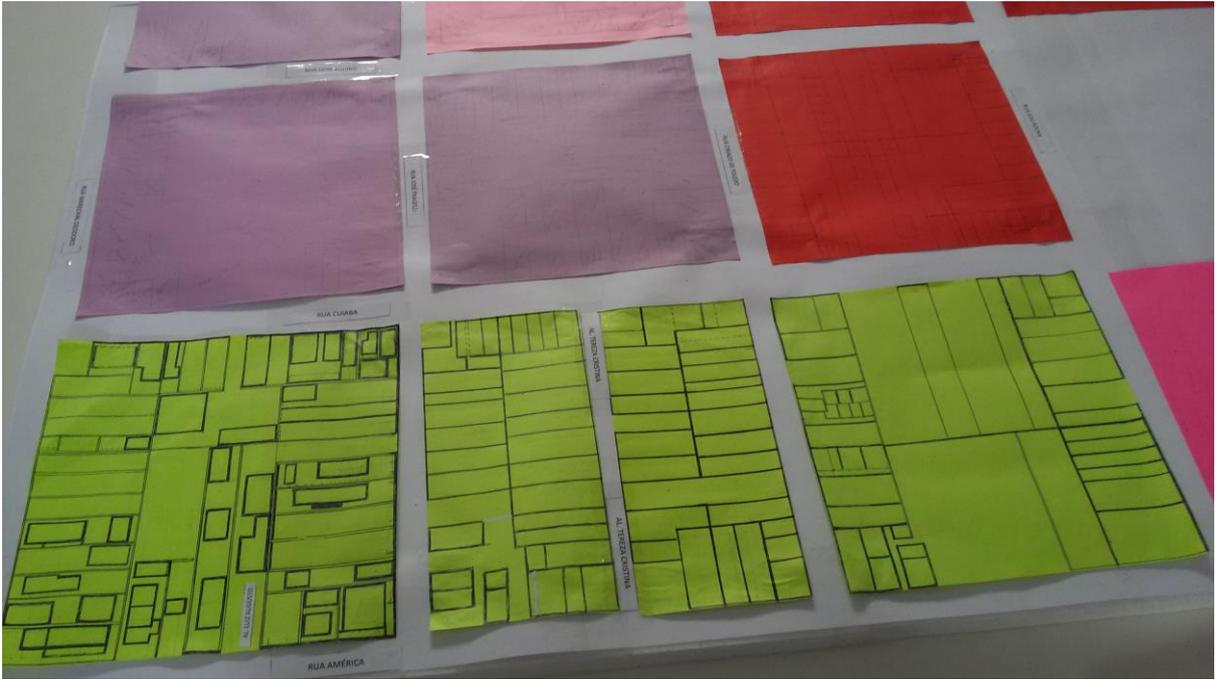
Fotografia no 1,2,3,4,5. Desenho do mapa da área.



Fonte: UBSF Padre Ernesto Sassida, ano 2015.



Fonte: UBSF Padre Ernesto Sassida, ano 2015.



Fonte: UBSF Padre Ernesto Sassida, ano 2015.



Fonte: UBSF Padre Ernesto Sassida, ano 2015.



Fonte: UBSF Padre Ernesto Sassida, ano 2015.





---