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

**Lívia Amurim de Souza**

# PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO E DETERMINANTES SOCIAIS PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA DE SÁUDES TIJUCA, CONTAGEM – MINAS GERAIS

**Belo Horizonte**
**2020**

**Lívia Amurim de Souza**

# PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO E DETERMINANTES SOCIAIS PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA DE SÁUDES TIJUCA, CONTAGEM – MINAS GERAIS

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.
Orientador: Prof. Alexandre Ernesto Silva

**Belo Horizonte**

**2020**

**Lívia Amurim de Souza**

# PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO E DETERMINANTES SOCIAIS PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA DE SÁUDES TIJUCA, CONTAGEM – MINAS GERAIS

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.
Orientador: Prof. Alexandre Ernesto Silva

Banca examinadora

Professor Alexandre Ernesto Silva. Doutor. UFMG

Professora Dra. Maria Marta Amancio Amorim. Centro Universitário UNIFACVEST

Aprovado em Belo Horizonte, em – de ------ de2020.

Dedico este trabalho à minha família, meus colegas e professores, pelo carinho, pela compreensão, pela troca de experiências e conhecimentos, pelas dificuldades que juntos enfrentamos em nosso cotidiano, pelo trabalho em equipe e pela força nos momentos difíceis, porém gratificantes.

Agradeço aos meus pais, por toda a dedicação e carinho e por tudo que fizeram por mim, pelos momentos felizes, pelo apoio e dedicação.

À minha família, pelo incentivo nos momentos difíceis, pelo carinho, pelo apoio e por acreditarem em mim.

Aos meus amigos, que sempre lutaram do meu lado, acreditaram no meu potencial e na minha vitória, que compartilharam comigo experiências e torceram por mim.

Aos professores pelos ensinamentos, pela troca de conhecimentos e pelo incentivo.

Ao meu orientador, pelas palavras certas, pela contribuição em minhas atividades, pela troca de conhecimentos.

À equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Tijuca de Contagem, pela ajuda, pela troca de conhecimentos e pela experiência que adquirimos ao longo dos meses. Pelo mesmo ideal, pelas mesmas lutas e pelas mesmas dificuldades que passamos.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

Existem momentos em que olhamos para trás e vemos nossos sonhos que se perderam no tempo e nos caminhos que percorremos, mas lembre-se, se ficaram é porque não eram sonhos, eram apenas desejos. Os sonhos são eternos, e o sonho é o que viemos agora e o que levaremos para o futuro. Mahatma Gandhi

## RESUMO

Diante da alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em nossa comunidade, chegamos à conclusão de que necessitamos de intervenções, visando à implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde para melhorar o perfil dos pacientes no que diz respeito à exposição aos fatores de risco e aos determinantes sociais para essas doenças. Por isso, o objetivo deste projeto de intervenção é identificar os fatores de risco e determinantes sociais para as doenças crônicas não transmissíveis em pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde Tijuca da cidade de Contagem, Minas Gerais. Para a realização deste estudo foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes em busca para revisão bibliográfica, cujas bases de dados utilizadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online e Scientific Electronic Library Online. Os dados para o estudo foram colhidos através de observação e conversas informais com os pacientes, no intuito de poder verificar todos os problemas de saúde que o cercam, como também, os determinantes sociais que o envolvem em seu cotidiano. Espera-se que, com estas ações se consiga melhorias nas mudanças comportamentais e hábitos alimentares da população, aumento na adesão ao tratamento, prevenção de doenças crônicas não transmissíveis de pacientes em que estas doenças não estão instaladas e evolução positiva no tratamento dos já doentes.



**Palavras-chave:** Doenças não transmissíveis. Fatores de risco.

**ABSTRACT**

In view of the high prevalence of chronic non-communicable diseases in our community, we have come to the conclusion that we need interventions, aimed at implementing prevention and health promotion strategies to improve the profile of patients with regard to exposure to risk factors and to the social determinants for these diseases. Therefore, the objective of this intervention project is to identify risk factors and social determinants for chronic non-communicable diseases in patients treated at the Tijuca Basic Health Unit in the city of Contagem, Minas Gerais. To carry out this study, the Virtual Health Library of the Public Health Education Center and documents from public agencies (ministries, secretariats, etc.) and other sources in search of a bibliographic review were consulted, whose databases used were: Library Virtual Health, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online and Scientific Electronic Library Online. The data for the study were collected through observation and informal conversations with patients, in order to be able to verify all the health problems that surround them, as well as the social determinants that involve them in their daily lives. It is hoped that, with these actions, improvements will be achieved in the behavioral changes and eating habits of the population, increased adherence to treatment, prevention of chronic noncommunicable diseases in patients in whom these diseases are not present and a positive evolution in the treatment of the already sick.

**Keywords:** Non-communicable diseases. Risk factors.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| BH | Belo Horizonte |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| DATASUS | Departamento de informática do Sistema único de Saúde do Brasil |
| DCNT | Doença Crônica Não Transmissível |
| DER | Departamento de Estradas e Rodagens |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DRC | Doença Renal Crônica |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| HDL | High Density Lipoproteins – Lipoproteínas de alta densidade |
| HIPERDIA | Sistema Informatizado de cadastro e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes |
| IMC | Índice de Massa Corpórea |
| IST | Infecção Sexualmente Transmissível |
| LDL | Law Density Lipoproteins – Lipoproteína de baixa densidade |
| MEDLINE | Medical Literature Analysis and Retrieval System Online |
| MG | Minas Gerais |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PES | Planejamento Estratégico Situacional |
| SciELO | Scientific Electronic Library Online |
| SMS | Sistema Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema único de Saúde |
| TRANSCON | Transporte de Contagem |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES


| | | |
|---|---|---|
| Quadro 1 | Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Tijuca da cidade de Contagem – Minas Gerais | 20 |
| Figura 1 | Doenças crônicas Não Transmissíveis encontradas em pacientes da UBS Tijuca de Contagem – Minas Gerais | 27 |
| Quadro 2 | Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Dificuldade de se identificar os fatores de risco para as DCNT”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Azul da UBS Tijuca, do município de Contagem, estado de Minas Gerais | 35 |
| Quadro 3 | Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Dificuldade de se identificar os fatores de risco para as DCNT”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Azul, da UBS Tijuca, do município de Contagem, estado de Minas Gerais | 36 |
| Quadro 4 | Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Dificuldade de se identificar os fatores de risco para as DCNT”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Azul, da UBS Tijuca, do município de Contagem, estado de Minas Gerais | 37 |

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Classificação da obesidade segundo IMC e risco de 28 comorbidades

**SUMÁRIO**


| | | |
|---|---|---|
| **1** | **INTRODUÇÃO** | **14** |
| 1.1 | Aspectos Gerais do Município | 14 |
| 1.2 | Sistema Municipal de Saúde | 15 |
| 1.3 | Aspectos da Comunidade | 16 |
| 1.4 | Unidade Básica de Saúde | 17 |
| 1.5 | Equipe de Saúde da Família | 18 |
| 1.6 | O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe | 18 |
| 1.7 | O dia a dia da equipe | 19 |
| 1.8 | Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade | 19 |
| 1.9 | Priorização dos problemas – a seleção de problemas para plano de intervenção | 20 |
| **2** | **JUSTIFICATIVA** | **21** |
| **3** | **OBJETIVOS** | **23** |
| 3.1 | Objetivo Geral | 23 |
| 3.2 | Objetivos Específicos | 23 |
| **4** | **METODOLOGIA** | **24** |
| **5** | **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA** | **25** |
| 5.1 | Doença Crônica Não Transmissível | 25 |
| 5.2 | Doença Crônica Não Transmissível encontradas na UNS Tijuca em Contagem – MG | 27 |
| 5.2.1 | Obesidade e Síndrome Metabólica | 27 |
| 5.2.2 | Diabete Melito | 28 |
| 5.2.3 | Dislipidemias | 29 |
| 5.2.4 | Doenças Cardiovasculares | 29 |
| 5.2.5 | Doença Renal Crônica | 30 |
| 5.2.6 | Câncer | 31 |
| **6** | **PLANO DE INTERVENÇÃO** | **32** |
| 6.1 | Descrição dos problemas selecionados | 32 |
| 6.2 | Explicação dos problemas selecionados | 33 |
| 6.3 | Seleção dos Nós Críticos | 34 |

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) 34

**7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 38**

**REFERÊNCIAS 39**

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Aspectos Gerais do Município

Contagem é um município do estado de Minas Gerais pertencente à Região Metropolitana de Belo Horizonte e é o terceiro município mais populoso do estado, reunindo 659. 070 habitantes segundo estimativa de 2018 (BRASIL, 2019).

Ao longo do tempo, os limites geográficos do município perderam-se em virtude do seu crescimento horizontal em direção à capital, ocasionando uma intensa conurbação com Belo Horizonte (BH). Contagem integra a Grande BH, sendo um dos mais importantes municípios dessa aglomeração urbana, principalmente pelo seu grande parque industrial. Seu sistema viário, planejado para comportar um fluxo intenso de veículos e de carga, é feito através das principais rodovias do país, a BR-381 (Fernão Dias, acesso a São Paulo), BR-262 (acesso a Vitória e ao Triângulo Mineiro) e a BR-040 (acesso a Brasília e Rio de Janeiro) (CONTAGEM, 2019).

A economia de Contagem é baseada, principalmente no comércio e na indústria. O município conta com 49 linhas de ônibus que percorrem toda a cidade, ligando a diversos pontos, em principal a região do Eldorado, além de contar com diversas linhas da Região Metropolitana, ligando a bairros e pontos importantes de Belo Horizonte (CONTAGEM, 2019).

Contagem conta hoje com uma estação da Linha 1 do metrô de Belo Horizonte, a Estação Eldorado, maior e mais movimentada estação da Grande BH. Nela também é feita a integração de diversas linhas das operadoras Departamento de Estradas e Rodagens (DER) e Transportes de Contagem (TRANSCON). Diariamente, 40 mil pessoas passam pela estação. A meta para 2019 é construir mais três estações (Novo Eldorado, Parque São João e Bernardo Monteiro) e um terminal de passageiros acoplado a Via Expressa de Contagem (CONTAGEM, 2019).

Para fortalecer o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde da Atenção Básica, porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS), a Prefeitura de Contagem, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), estruturou 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), espalhadas pelas oito regionais da cidade, para serem referência no atendimento aos casos suspeitos de dengue, zika, chikungunya e febre amarela, doenças conhecidas como arboviroses (CONTAGEM, 2019).

Essas unidades são denominadas de unidades Sentinelas, que, desde o início de março, vêm garantindo condições para coleta de sangue e hidratação no atendimento de pessoas com suspeita de dengue que têm condições clínicas especiais, como gestantes, idosos com mais de 65 anos, crianças com menos de dois anos, hipertensos, diabéticos, pacientes renais crônicos e portadores de outras doenças.

A SMS equipou as 30 Unidades Sentinelas – três Unidades Sentinelas no Eldorado, seis no Industrial, cinco no Nacional, duas no Petrolândia, quatro no Ressaca, duas no Riacho, quatro na Sede e quatro em Vargem das Flores – com insumos necessários a esse tipo de atendimento, como esfigmomanômetro e material para hidratação venosa e para teste de dengue (CONTAGEM, 2019).

Além disso, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem da Atenção Básica do município vêm sendo capacitados para o atendimento de pessoas com sinais de dengue, e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município seguem atuando junto à comunidade, informando sobre as arboviroses, seus sinais, sintomas e riscos de agravamento.

## 1.2 Sistema Municipal de Saúde

O município de Contagem possui 21 UBS espalhadas pelo município, e três hospitais, sendo um municipal.

Segundo o Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) em 2017 havia 0,51 enfermeiros, 0,54 dentistas e 1,5 médicos para cada mil habitantes, frente a médias nacionais de 0,69, 0,54, e 1,5, respectivamente.

Em 2016, foram registrados 674 óbitos, sendo que as doenças do sistema circulatório representaram a maior causa de mortes (31,3%), seguida pelos tumores (17,7%), casos de violência teve uma porcentagem de 19% (DATASUS, 2018).

Atualmente, o município enfrenta sérios problemas na rede de saúde pública, pela falta de verbas e investimentos nos postos e unidades de atendimento.

1.3 Aspectos Gerais da Comunidade

A comunidade atendida nas UBS de Contagem é composta por mulheres (33%), homens (25%), idosos (24%) e crianças (18%). Percebe-se que as mulheres são as que mais procuram as UBS e os problemas mais detectados entre eles são: diabetes, hipertensão, obesidade, dengue, problemas cardiovasculares e depressão (grande número de casos) (CONTAGEM, 2019).

As crianças, em geral, são acometidas de viroses, resfriados, pneumonia e alguns casos de bronquite, asma e dengue. Ocorrem também alguns casos de acidentes com bicicletas, quedas na escola ou no futebol e alguns ferimentos (com perfurocortantes, vidro, etc.).

As mulheres se destacam no atendimento da área ginecológica, algumas com patologias como diabetes, hipertensão e obesidade. Há a presença de hipertireoidismo e depressão em alguns casos. Neoplasias são poucos casos, mas ocorrem. Alguns casos de lombalgia e enxaqueca.

A comunidade de Contagem procura as unidades de atendimento quando se sente doente, porém, não adere ao tratamento e orientações médicas. Percebe-se

o uso incorreto de medicamentos e não aceitação de mudanças no estilo de vida, como reeducação alimentar e prática de exercícios físicos. Poucos são os pacientes que marcam suas consultas regularmente ou fazem retorno e muitos não aderem ao tratamento farmacológico, principalmente, nos casos de diabete e hipertensão.

Na unidade são encontradas dificuldades nas ações de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, tabagismo e uso de álcool pelo público do sexo masculino.

## 1.4 A Unidade Básica de Saúde Tijuca

Esta UBS é específica para a realização de atendimento de atenção básica e integral a uma população de forma agendada (90%), que ocorre no período da tarde e de forma espontânea (10%), que ocorre no período da manhã, o que facilita oferecer uma assistência com classificação de risco e acolhimento, porém isto não ocorre com frequência porque a demanda é muito grande.

A UBS Tijuca em Contagem é bem estruturada para atender as necessidades das pessoas da região, porém, faltam alguns materiais necessários para certos procedimentos. Esta UBS funciona em uma casa alugada, não sendo, portanto, um ambiente propício para uma UBS, Não possui estrutura para colocar uma farmácia, não tem sala apropriada para vacinação. Funciona apenas atendimento médico. A unidade não tem lençóis suficientes e nem camisolas para o atendimento. Faltam produtos de limpeza e sabão para higienização das mãos após cada procedimento.

Nesta UBS é possível marcar consultas para as áreas de clínica geral, pediatria e ginecologia. Além disso, a UBS está preparada para fornecer cuidados relacionados à odontologia e enfermagem.

Em paralelo à prevenção de doenças, esta UBS atua em outras fontes primordiais para proteger a saúde dos cidadãos, como fornecer diagnóstico preciso e oferecer tratamento e reabilitação adequados aos pacientes.

A equipe procura atender toda a demanda espontânea e agendada da melhor forma possível com acolhimento com classificação de risco.

1.5 Equipe de Saúde da Família **"**Azul"

A equipe é composta por uma médica, quatro ACS, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, que acaba de entrar. A contribuição da equipe é muito importante e significativa para as campanhas de vacinação, com os projetos de prevenção contra doenças, com as palestras que incentivam o diagnóstico precoce e a adesão aos tratamentos das mais diversas doenças.

Nesta unidade não tem atenção especializada. Casos mais complexos são encaminhados para o hospital. Na unidade são desenvolvidas atividades com grupos operativos a gestantes, grupo de hipertensão e diabete (HIPERDIA), puericultura, pré-natal e visitas domiciliares. As visitas domiciliares são feitas todas as terças no período da tarde (são 4 ou 5 pacientes). A equipe atende um total de 3.948 usuários, que estão cadastrados.

Há uma grande preocupação com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que tem aumentando muito nos últimos anos. Há preocupação também com os jovens que usam tabaco e álcool. Há planejamento para grupos de gestantes, onde será incluído também planejamento familiar e gravidez precoce, cuidados com infecções sexualmente transmissíveis (IST) e puericultura.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe "Azul"

A Unidade de Saúde Tijuca funciona das 07:00 horas às 17:00 horas, necessitando o apoio dos ACS, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência que é feita mensalmente.

## 1.7 O dia a dia da equipe “Azul”

O trabalho da equipe é baseado no atendimento diário à população de Contagem. O fluxo de atendimento é muito grande, e o déficit de recursos financeiros e materiais dificultam as ações da equipe.

A equipe está sempre voltada para campanhas e ações que possam ajudar a população no entendimento do que seja doença e saúde, do que seja prevenção de doenças para a qualidade de vida de crianças, adultos, idosos e gestantes, como também no enfrentamento de algumas doenças que acabam limitando o paciente para algumas atividades da vida diária.

O atendimento a alguns programas está baseado na saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos. Há uma grande preocupação com gestantes menores de 18 anos e com portadores de doenças mentais.

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

O primeiro passo da equipe foi detectar os problemas de saúde encontrados na comunidade para em seguida, trabalhar com os cuidados individualizados. Desta forma os problemas de saúde do território e da comunidade encontrados foram muitos, porém, como alguns dependem de políticas públicas, a equipe de saúde da UBS Tijuca elaborou uma lista com os problemas dos quais podemos interferir parcialmente ou totalmente.

- Faltam medicamentos.
- Faltam recursos humanos para um atendimento mais especializado na região.
- Faltam investimentos em programas voltados para DCNT.
- Alta prevalência de pacientes com DCNT.
- Dificuldade de identificar os fatores de risco e determinantes sociais para as DCNT.

- Baixa adesão aos tratamentos propostos.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Dos problemas detectados, houve uma priorização para a dificuldade de se identificar os fatores de risco e determinantes sociais para as DCNT, visto que, em nossa UBS o número de pacientes atendidos com essas doenças é muito grande e requer um cuidado individualizado, com o intuito melhorar a qualidade de vida desta população.

O quadro abaixo apresenta a priorização dos problemas encontrados na comunidade atendida pela UBS Tijuca em Contagem – MG. De acordo com o quadro o problema mais agravante é a dificuldade de se identificar os fatores de risco para as DCNT. A alta prevalência de DCNT é grande e identifica-se também, a baixa adesão ao tratamento.

**Quadro 1 -** Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Tijuca da cidade de Contagem – Minas Gerais

| Problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/ Priorização**** |
|---|---|---|---|---|
| Alta prevalência de doenças DCNT | Alta | 6 | Parcial | 2 |
| Baixa adesão ao tratamento | Alta | 6 | Parcial | 3 |
| Faltam medicamentos | Alta | 5 | Parcial | 5 |
| Dificuldade de se identificar os fatores de risco para as DCNT | Alta | 7 | Total | 1 |
| Pacientes não retornam para controle da evolução da doença | Alta | 6 | Total | 4 |

Fonte: Autoria própria (2020)
*Alta, média ou baixa
** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30
***Total, parcial ou fora
****Ordenar considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, devido às mudanças nos perfis demográfico, epidemiológico e nutricional da população e ao controle conseguido em um número de enfermidades transmissíveis, vêm observando-se, nas últimas décadas, uma inversão do perfil epidemiológico com redução das doenças infecciosas e o aumento significativo da prevalência das DCNT. Essa mudança justifica o estudo dos fatores de risco e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no país (XAVIER; GAGLIARDI, 2015).

As doenças crônicas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível. A equipe de saúde deve reunir um conjunto de ações que possibilite conhecer sua distribuição, magnitude e tendência de exposição aos seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção e controle das mesmas (SANTOS *et al*., 2015).

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 DCNT, exigindo respostas que envolvam as especificidades locais e que sejam adequadas às suas realidades. O conhecimento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, principalmente os de natureza comportamental, isto é, os que podem ser modificados, é fundamental por serem sinais de alerta para o crescimento da morbimortalidade relacionada a essas doenças (CLAUDINO; ZANELLA, 2015).

Os inquéritos de saúde de base populacional constituem o principal instrumento utilizado para conhecer a prevalência dos fatores de risco para DCNT (NETO, 2012).

Desta forma, diante da alta prevalência de DCNT em nossa comunidade, chegamos à conclusão de que necessitamos de intervenções, visando à implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde para melhorar o perfil dos pacientes no que diz respeito à exposição aos fatores de risco e aos determinantes sociais para as DCNT.

# 3 OBJETIVOS

## 3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para identificar os fatores de risco e determinantes sociais para as doenças crônicas não transmissíveis em pacientes atendidos na UBS Tijuca da cidade de Contagem – Minas Gerais.

## 3.2 Objetivos específicos

Verificar em que extensão os fatores de risco continuam sendo importantes no desenvolvimento das DCNT.

Demonstrar como a modificação dos fatores de risco e determinantes sociais diminui o aparecimento de DCNT.

Falar do papel da modificação e redução destes fatores de risco na prevenção secundária e no tratamento dos já doentes.

# 4 METODOLOGIA

Para a realização deste estudo foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.). Outras fontes em busca para revisão bibliográfica, cujas bases de dados utilizadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para Gil (2016, p. 43):

> A revisão bibliográfica também é denominada de revisão de literatura ou referencial teórico. A revisão bibliográfica é parte de um projeto de pesquisa, que revela explicitamente o universo de contribuições científicas de autores sobre um tema específico.

Os artigos utilizados foram de estudos já efetuados sobre a temática proposta para embasamento teórico. Os artigos utilizados foram dos últimos cinco anos. Antes de se desenvolver o projeto, vários textos sobre a temática proposta foram lidos e, em seguida foi feita uma análise interpretativa.

Esta análise propiciou um levantamento de dados através dos artigos lidos, que propiciaram uma discussão a cerca da temática proposta. Após esta etapa, também foi feito uma pesquisa-ação, que, segundo Lakatos (2011, p. 36):

> A pesquisa ação é aquela que, além de compreender, visa intervir na situação, com vistas a modificá-la. O conhecimento visado articula-se a uma finalidade intencional de alteração da situação pesquisada. Assim, ao mesmo tempo em que realiza um diagnóstico e a análise de uma determinada situação, a pesquisa-ação propõe ao conjunto de sujeitos envolvidos mudanças que levem a um aprimoramento das práticas analisadas.

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

Para a coleta de dados dos pacientes foi usada uma pesquisa observacional dos pacientes atendidos pela Unidade Básica de Saúde da Família Tijuca da cidade de Contagem – Minas Gerais, no período de maio a julho de 2019.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e às orientações do módulo: Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.

# 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

## 5.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As DCNT têm aumentado muito nos últimos anos. Elas são representadas por um grupo de doenças caracterizadas por história natural prolongada, multiplicidade de fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos conhecidos e desconhecido, extenso período de latência, longo curso assintomático, lento e em geral prolongado e permanente com manifestações clínicas com graus variados de incapacidade e até mesmo óbito (BARRETO; SANTELLO, 2012).

As mudanças nos hábitos alimentares ao longo dos anos e no estilo de vida, como o aumento da expectativa de vida têm contribuído para o aumento na incidência de DCNT em todo o mundo (BARRETO; SANTELLO, 2012).

Seu tratamento é muito complexo e demanda de ações conjuntas de vários profissionais na área da saúde. As DCNT respondem por 66,3% da carga de doenças no Brasil. Por serem doenças de longa duração, as DCNT são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços em saúde (CUPPARI, 2015).

As DCNT acometem a população adulta, com 75% dos casos ocorrendo entre 15 e 65 anos de idade. Acima dos 65 anos elas são mais frequentes. Essas doenças são consideradas, em sua maioria, preveníveis, pois, os riscos incluem fatores comportamentais como dieta, atividade física, uso de tabaco, consumo de álcool. Tem-se também, os riscos biológicos como dislipidemias, hipertensão, sobrepeso, hiperinsulinemia e, principalmente os fatores sociais, que incluem fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que se interagem (CUPPARI, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) três questões relativas ao adulto são cruciais:

1. Em que extensão os fatores de risco continuam sendo importantes no desenvolvimento das DCNT?

2. Em que proporção a modificação destes fatores de risco faz diferença no aparecimento das DCNT?
3. Qual o papel da modificação e redução destes fatores na prevenção secundária e no tratamento dos já doentes?

**5.2** Doenças crônicas não transmissíveis encontradas na comunidade atendida na UBS Tijuca de Contagem – MG.

Na UBS Tijuca localizada no município de Contagem – Minas Gerais consta um grande número de pessoas com DCNT, entre elas obesidade e síndrome metabólica; diabetes mellitus (DM), dislipidemia; doenças cardiovasculares, doença renal crônica e câncer (Figura 1), descritas em seguida.

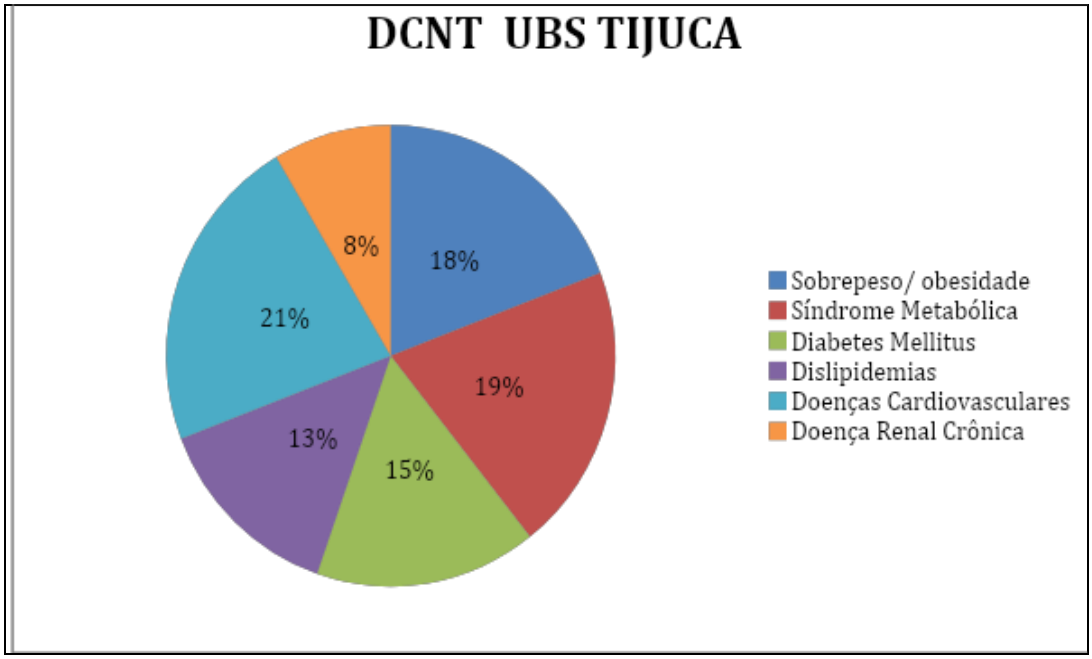


**Figura 1** – Doenças crônicas Não Transmissíveis encontradas em pacientes da UBS Tijuca de Contagem – Minas Gerais
Fonte: (UBS TIJUCA, 2018)

### 5.2.1 Obesidade e Síndrome Metabólica

A obesidade é uma enfermidade caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura nos órgãos e tecidos e está associada a condições como dislipidemias, DM,

hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre outros fatores. A obesidade representa riscos para várias outras doenças crônicas (SANTOS *et al*., 2015).

Seguindo a tendência mundial, a prevalência de sobrepeso e obesidade no Brasil está aumentando, o que pode ser comprovado graças à disponibilidade de dados nacionais. A classificação da obesidade é feita de acordo com o índice de massa corporal (IMC) e risco de comorbidades - Tabela 1 (CUPPARI, 2015).

**Tabela 1 –** Classificação da obesidade segundo o IMC e risco de comorbidades

| **Classificação** | **IMC (Kg m$^2$)** | **Risco de comorbidades** |
|---|---|---|
| Intervalo normal | 18,5 a 24,9 | |
| Excesso de peso | $\geq$25 | Médio |
| Pré-obeso | 25,1 a 29,9 | Aumentado |
| Obeso classe I | 30 a 34,9 | Moderado |
| Obeso classe II | 35 a 39,9 | Severo |
| Obeso classe III | $\geq$40 | Muito severo |

Fonte: (CUPPARI, 2015)

De forma ampla, especialistas apontam que as mudanças observadas na estrutura demográfica (urbanização e aumento da expectativa de vida), além do já conhecido estilo de vida moderno, caracterizado pela inatividade física e consumo de dieta hipercalórica e de baixo valor nutricional, contribuem para este quadro preocupante de dimensões nacionais e internacionais (ENES; SLATER, 2010).

A obesidade está associada a várias condições metabólicas e a distribuição de gordura corpórea exerce grande influência, especialmente no desenvolvimento da resistência à insulina, das dislipidemias e da hipertensão arterial (MARIATH *et al*., 2013).

### 5.2.2 Diabetes Mellitus

O DM é uma síndrome decorrente da falta ou incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica associada a distúrbios do metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas (XAVIER; GAGLIARDI, 2015).

O DM tipo 1 ocorre em todas as idades, mas surge predominantemente em crianças e adultos jovens, com um pico de incidência antes da idade escolar e outro perto da puberdade. Possui fatores genéticos e ambientais, que induz a uma reação autoimune contra as células beta pancreáticas e evolui com insulinoterapia relativa ou absoluta, resultando em hiperglicemia significativa (XAVIER; GAGLIARDI, 2015).

O DM tipo 2 resulta da combinação de diferenças na suscetibilidade genética e a sua interação com fatores de risco comportamentais, ambientais e sociais como mudanças no padrão alimentar, presença de obesidade, sobretudo central, e inatividade física (KANAAN *et al.,* 2016).

### 5.2.3 Dislipidemias

A elevação variada das concentrações plasmáticas de lipídios e de lipoproteínas caracteriza as diversas dislipidemias que podem ser classificadas em (CUPPARI, 2015):

- Hipercolesterolemia isolada: elevação do colesterol total e/ou da Low Density Lipoproteins – lipoproteínas de baixa densidade (LDL).
- Hipertrigliceridemia isolada: elevação isolada das triglicérides.
- Hiperlipidemia mista: elevação combinada do colesterol e das triglicérides.
- Diminuição da High Density Lipoproteins – lipoproteínas de alta densidade (HDL): redução isolada ou associada ao aumento das triglicérides ou da LDL.

### 5.2.4 Doenças cardiovasculares

O crescimento acelerado destas doenças nos países em desenvolvimento representa uma das questões de saúde pública mais relevante no momento. Essas doenças, no Brasil, são responsáveis por 76% de excesso de óbitos (MARTINS, 2012).

Entre as doenças cardiovasculares podemos citar a doença arterial coronária, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca, cujos fatores de risco são: tabagismo, sedentarismo, obesidade, DM, dislipidemias, HAS (HALPERN, 2014).

Entre os pacientes com doenças cardiovasculares atendidos na UBS Tijuca de Contagem – Minas Gerais tem-se como principais fatores de risco a obesidade, HAS e DM. Foi verificado que a maioria faz uso de tabaco, é sedentário e possui uma alimentação inadequada com alto valor energético e uso de produtos industrializados (KANAAN *et al.,* 2017).

A equipe busca um tratamento adequado com mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares e faz acompanhamento. Alguns necessitam de terapia medicamentosa. O maior problema enfrentado é a baixa adesão ao tratamento (KANAAN *et al.,* 2017).

A equipe de saúde está focando os planejamentos em saúde em prevenção destas doenças.

### 5.2.5 Doença Renal Crônica

Atualmente a doença renal crônica (DRC) é considerada um problema de saúde pública, pois estima-se que cerca de 1,4 milhão de brasileiros apresentam algum grau de disfunção renal. Esta doença é definida como uma síndrome clínica, caracterizada pela perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais (KETTYLE et al., 2017).

As principais causas da DRC incluem a HAS, o DM e as glomerulonefrites. Já as causas menos frequentes compreendem os rins policísticos, as pielonefrites, o lúpus eritematoso sistêmico e as doenças congênitas. A perda da função renal leva a uma série de distúrbios, resultantes da concentração inadequada de solutos, do acúmulo de substâncias tóxicas não eliminadas pela urina e da deficiência na produção de hormônios específicos (QUEIROZ, 2016).

### 5.2.6 Câncer

O aumento de casos de neoplasias pode ser atribuído à urbanização, ao incremento na expectativa de vida e aos melhores diagnósticos. Desse modo, o câncer vem se convertendo, nas últimas décadas, em um evidente problema de saúde pública mundial (SOUZA *et al*., 2015).

Examinando as causas responsáveis pelo desenvolvimento dessa doença, uma minoria de cânceres é causada por fatores que escapam realmente ao nosso controle. Por exemplo, os fatores hereditários (SOUZA *et al*., 2015).

Vários fatores diretamente ligados ao estilo de vida das pessoas, como o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade, a composição do regime alimentar, bem como o uso abusivo de álcool e de entorpecentes são a causa direta do desenvolvimento de cerca de 70% dos cânceres. Estima-se atualmente que 30% das mortes por câncer estão ligadas à natureza da alimentação (BERTOLAMI; FALUDI, 2015).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Dificuldades de identificar os fatores de risco e determinantes sociais para as DCNT em pacientes da UBS Tijuca de Contagem – Minas Gerais”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado – PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

A OMS (2018) reconhece que é necessário haver uma estratégia integrada que aborda três aspectos fundamentais para a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

1. É necessário identificar e atuar nos fatores de risco e nos determinantes sociais na idade adulta e, cada vez mais nos idosos. As modificações nos fatores de risco nesse grupo mostram seus efeitos em 3 a 5 anos.
2. As mudanças sociais na direção de ambientes saudáveis precisam ser expandidas, como parte indissociável de qualquer intervenção.
3. Devem ocorrer mudanças no ambiente de saúde onde crescem os indivíduos que estão em maior risco.

### 6.1 Descrição dos problemas selecionados (terceiro passo)

Dos problemas encontrados na unidade de atendimento, o que mais chamou a atenção foram os números de casos de pessoas com DCNT, cujos fatores de risco e os determinantes sociais não foram identificados.

É de suma importância identificar estes fatores de risco e estes determinantes sociais, porque, eles interferem no processo saúde/doença do indivíduo. Geralmente a junção de mais de três fatores de risco é que levam a uma determinada patologia, como por exemplo, obesidade, tabagismo e sedentarismo podem levar às doenças cardiovasculares, que são DCNT e que atualmente estão se tornando em uma epidemia no mundo todo.

Porém, a maioria dos fatores de risco são modificáveis, podendo, com isso, melhorar a qualidade de vida dos nossos pacientes.

Os fatores de risco mais encontrados para as DCNT foram: sedentarismo, obesidade, HAS, estresse, colesterol alto, triglicerídeos elevados, consumo de alimentos altamente calóricos; tabagismo e inatividade física.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Muitas vezes, as DCNT estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também podem estar associadas a hábitos de vida indevidos, tais como: alimentação inadequada, uso abusivo de álcool, tabagismo, sedentarismo e obesidade, que são denominados fatores de risco. As desigualdades sociais, baixa qualidade de vida, baixa escolaridade, falta de acesso à informação e o fato de pertencer a grupos vulneráveis são condições que também devem ser consideradas na abordagem às DCNT, que são denominados de determinantes sociais.

Segundo Malta (2011) o impacto dos fatores de risco e de proteção na mortalidade por DCNT pode ser percebido pelo número de mortes atribuíveis ou evitadas por cada fator.

De acordo com estimativas da OMS, publicadas em 2014, o consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras é responsável, anualmente, por 2,7 milhões de mortes e por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cerebrovasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos em todo o mundo (OMS, 2014).

A HAS, principal fator de risco para doenças cardiovasculares, causa cerca de 7,5 milhões de mortes/ ano (12,8% de todas as mortes). Ao tabagismo são atribuídas 6 milhões de mortes/ano, ao passo que a inatividade física, sobrepeso/obesidade, níveis sanguíneos elevados de colesterol e consumo abusivo de álcool são responsáveis, respectivamente, por 3,2; 2,8; 2,6 e 2,3 milhões de mortes/ano.

Entretanto, a prática regular de atividade física reduz o risco de doenças cardiovasculares, incluindo HAS, DM diabetes, câncer de mama e de colo/reto e depressão, além de auxiliar no controle do peso. O consumo adequado de frutas e hortaliças reduz o risco para doenças cardiovasculares e câncer de estômago, colo e reto (CUPPARI, 2015).

Desta forma, o conhecimento da distribuição dos fatores de risco e determinantes sociais é fundamental para atuar sobre o processo saúde-doença da população de Contagem – Minas Gerais, devido ao grande número de casos de DCNT.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Dos nós críticos encontrados, foram selecionados três:

1. Comunicação deficitária entre equipe e paciente (omissão de informações) quanto às informações necessárias para diagnóstico.
2. Nível de informação da população insuficiente quanto aos problemas causados pelas DCNT.
3. Dificuldades para mudanças comportamentais e culturais, principalmente em relação à atividade física e hábitos alimentares.

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

Para o desenho das operações foi elaborado o diagnóstico situacional, a identificação e a priorização dos problemas e a construção do plano de ação que segue nos quadros 2 a 4, de acordo com cada nó crítico encontrado:

**Quadro 2 –** Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o "nó crítico 1" relacionado ao problema "Dificuldade de se identificar os fatores de risco para as DCNT", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Azul da UBS Tijuca, do município de Contagem, estado de Minas Gerais

| | |
|---|---|
| **Nó crítico 1** | Comunicação deficitária entre equipe e paciente quanto às informações necessárias para diagnóstico. |
| **6º passo. Operação** | Melhorar a comunicação entre a equipe e os pacientes com o intuito de criar vínculos. |
| **6º passo. Projeto** | Comunicação/ informação |
| **6º passo. Resultados esperados** | Melhorando a comunicação e criando vínculos de amizade ou de confiança com o paciente a equipe conseguirá obter as informações necessárias para o diagnóstico. |
| **6º passo. Produtos esperados** | Melhorar o atendimento, troca de informações e experiências entre a equipe durante as reuniões; troca de experiências e informações para diagnóstico preciso; qualidade no atendimento. . |
| **6º passo. Recursos necessários** | Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo;<br>Estrutural: conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas contra as DCNT;<br>Financeiro: Para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; minicursos. |
| **7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos** | Estrutural: conseguir espaço para as palestras;<br>Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos e minicursos;<br>Político: Conseguir investimento nos programas de saúde e adesão do gestor local nas ações de prevenção. |
| **8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas** | Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável)<br>Secretário Municipal de Educação (motivação favorável);<br>Diretor das UBS (motivação favorável).<br>Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade. |
| **9º passo. Acompanhamento do plano. Responsável (eis) e prazos** | Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem/ Nutricionistas.<br>Três meses para o início das atividades |
| **10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das ações** | Reuniões quinzenalmente com toda a equipe de saúde para verificar os resultados alcançados; visitas domiciliares para verificar melhorias dos pacientes com dificuldade de locomoção; avaliação das melhorias alcançadas em relação aos pacientes durante as consultas de retorno. |

Fonte: Autoria própria (2020)

**Quadro 3 –** Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o "nó crítico 2" relacionado ao problema "Dificuldade de se identificar os fatores de risco para as DCNT", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Azul, da UBS Tijuca, do município de Contagem, estado de Minas Gerais

| | |
|---|---|
| **Nó crítico 2** | Nível de informação da população insuficiente quanto aos problemas causados pelas DCNT. |
| **6º passo. Operação** | Modificar hábitos alimentares e estilos de vida; promover informações quanto às doenças através de visitas domiciliares. |
| **6º passo. Projeto** | Trabalhar a reeducação alimentar para diminuir os índices de doenças crônicas não transmissíveis e diminuir os casos de diabetes e doenças cardiovasculares com a redução do peso. Trabalhar atividade física para a redução de calorias no organismo. |
| **6º passo. Resultados esperados** | Compreensão e força de vontade |
| **6º passo. Produtos esperados** | Reeducação alimentar; Campanhas educativas sobre boa alimentação e perigos da obesidade, das doenças cardiovasculares e do diabetes; programa de atividade física. |
| **6º passo. Recursos necessários** | Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo;<br>Político: conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas contra o diabetes e dislipidemias; fazer palestras nas escolas sobre boa alimentação<br>Financeiro: Para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; minicursos. |
| **7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos** | Político: Conseguir espaço para as palestras;<br>Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos; cartilhas para serem distribuídas nas escolas para conscientizar as crianças quanto à importância da boa alimentação e da atividade física. |
| **8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas** | Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável)<br>Secretário Municipal de Educação (motivação favorável);<br>Diretor das UBS (motivação favorável).<br>Diretora da escola rural da região (motivação favorável).<br><br>Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade; reuniões com os educadores e direção das escolas da região e associação de moradores. |
| **9º passo. Acompanhamento do plano. Responsável (eis) e prazos** | Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem.<br><br>Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias. |
| **10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das ações** | Reuniões quinzenalmente com toda a equipe de saúde para verificar os resultados alcançados; verificar durante as consultas de retorno o nível de conhecimento dos pacientes em relação às DCNT. |

Fonte: Autoria própria (2020)

**Quadro 4 –** Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o "nó crítico 3" relacionado ao problema "Dificuldade de se identificar os fatores de risco para as DCNT", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Azul, da UBS Tijuca, do município de Contagem, estado de Minas Gerais

| | |
|---|---|
| **Nó crítico 3** | Dificuldades para mudanças comportamentais e culturais, principalmente em relação à atividade física e hábitos alimentares. |
| **6º passo. Operação** | Modificar hábitos alimentares e estilos de vida. Conscientizar a comunidade dos perigos existentes em não aderir à pratica atividade física e mudanças nos hábitos alimentares. |
| **6º passo. Projeto** | Saúde Total |
| **6º passo. Resultados esperados** | Saúde total: Diminuir IMC para 25kg\m$^{2;}$ reduzir Kg de peso dos pacientes, pois a cada 10Kg reduzidos, reduz 26% o risco de doenças cardiovasculares; diminuir número de tabagistas; reduzir ingestão calórica e aumentar gasto calórico com atividades físicas. |
| **6º passo. Produtos esperados** | Programa de atividade física. Panfletos com regras práticas de boa alimentação e qualidade de vida, incentivo à prática de exercícios para evitar complicações do diabetes. |
| **6º passo. Recursos necessários** | Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo;<br>Político: conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas contra o diabetes;<br>Financeiro: Para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; minicursos. |
| **7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos** | Cognitivo: Falta de informação e de estratégias de comunicação;<br>Político: Conseguir espaço para as palestras;<br>Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos; minicursos. |
| **8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas** | Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável)<br>Secretário Municipal de Educação (motivação favorável);<br>Diretor das UBS (motivação favorável).<br><br>Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade. |
| **9º passo. Acompanhamento do plano. Responsável (eis) e prazos** | Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Nutricionistas.<br><br>Três meses para o início das atividades. |
| **10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das ações** | Reuniões quinzenalmente com toda a equipe de saúde para verificar os resultados alcançados; visitas domiciliares para verificar melhorias dos pacientes com dificuldade de locomoção; avaliação das melhorias alcançadas em relação aos pacientes durante as consultas de retorno. |

Fonte: Autoria própria (2020)

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto foi realizado com a intenção de propor ações voltadas para as melhorias na qualidade de vida da população da UBS Tijuca de Contagem – Minas Gerais, pois os problemas identificados foram muitos, mas tivemos como prioridade identificar os fatores de risco e determinantes sociais para as DCNT.

Espera-se que, com estas ações se consiga melhorias nas mudanças comportamentais e hábitos alimentares da população, aumento na adesão ao tratamento, prevenção de DCNT de pacientes em que estas doenças não estão instaladas e evolução positiva no tratamento dos já doentes.

## REFERÊNCIAS


BARRETO, A. C. P.; SANTELLO, J. L. **Manual de Hipertensão**: entre a evidência e a prática clínica. São Paulo: Lemos, 2012.

BERTOLAMI, M. C.; FALUDI, A. A. **Dislipidemias**. São Paulo: Atha Editora, 2015.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Censo demográfico de 2019**. Dados referentes ao Município de Coronel Fabriciano. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/coronel-fabriciano/panorama. Acesso em: 31 janeiro 2020.

CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, T. M. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2015.

CUPPARI, L. **Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis**. Barueri, São Paulo: Manole, 2015.

CONTAGEM, Prefeitura Municipal. Disponível em www.contagem.mg.gov.br Acesso em 30 de julho de 2020.

BRASIL. DATASUS. Ministério da Saúde. **Sistema de informação sobre saúde/doença**, 2017 Disponível em www.datasus.gov.br, Acesso em 20 jun, 2019.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Brasileira Epidemiológica**. v.13, n.1, p. 163-171, 2010.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca. Acesso em: 15 dez. 2019.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2016.

HALPERN, A. **Conhecer e enfrentar a obesidade**. São Paulo: Contexto, 2014.

KANAAN, S. *et. al.* **Bioquímica clínica**. São Paulo: Editora Atheneu/ Universidade Federal Fluminense, 2016. p. 225-227.

KETTYLE, W. M. *et al.* **Endocrinologia e Metabologia**. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas Ltda, 2017. p. 27-29, 33.

LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 9 ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

MARIATH, A. B. *et al*. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 897-905, 2013.

MARTINS, H.S. **Emergências Clinicas**: Uma Abordagem Prática. 2012.

NETO, F. T. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

OMS, Brasil. Controle de doenças crônicas no Brasil. Disponível em: https://nacoesunidas.org/oms-controle-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-gera-retornos-financeiros-e-de-saude/ 2018.

QUEIROZ, E. R. **Síndrome metabólica**: o mal da vida moderna. Mostra da Pontífica Universidade Católica de Goiás, 2016.

SANTOS, R. E *et al.* Obesidade, síndrome metabólica e atividade física: estudo exploratório realizado com adultos de ambos os sexos, da Ilha de S. Miguel, Região Autônoma de Açores, Portugal. **Revista Brasileira Educ. Fis. Esp**. v. 19, n. 4, 112p, 2015.

SOUZA, M. D. G. *et al.* **Prevalência de obesidade e síndrome metabólica em frequentadores de um parque**. ABCD, **Arquivo Bras. Cir. Dig**. v. 28, n. 1, 147p, 2015.

XAVIER, H. T.; GAGLIARDI, A. R. T. **Cardiometabolismo**: uma visão prática da síndrome metabólica. São Paulo: BBS Editora, 2015.