

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

RONISE ADRIANA SANTOS SIMÃO

Plano de intervenção para a melhoria das ações do Programa Hiperdia na
Estratégia Saúde da Família

Governador Valadares
2014

RONISE ADRIANA SANTOS SIMÃO

**Plano de intervenção para a melhoria das ações do Programa Hiperdia na
Estratégia Saúde da Família**

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

Orientadora: Kátia Ferreira Costa Campos

**Governador Valadares
2014**

**Plano de intervenção para a melhoria das ações do Programa Hiperdia na
Estratégia Saúde da Família**

Banca examinadora

Examinador 1: Kátia Ferreira Costa Campos

Examinador 2: Flávia Casasanta Marini

Aprovado em: 29/07/2014

**Governador Valadares
2014**

DEDICATÓRIA

A DEUS o dono da sabedoria que está presente ao meu lado em cada etapa de minha vida, guardando-me, protegendo-me, amparando-me. A ELE que me consagrou com sabedoria e inteligência no decorrer desta jornada.

Aos meus pais, demais familiares.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Geraldo e Imaculada, que me ensinaram a viver a vida com dignidade e tornaram possível a concretização desta etapa em minha vida. Pela presença e compreensão nos momentos difíceis desta caminhada, pelo incentivo e esforço.

Aos meus irmãos que torceram por mim, pelo companheirismo e amizade.

Aos meus familiares pelo incentivo nessa caminhada.

Aos meus amigos e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que essa vitória fosse alcançada. Muito obrigada!

A orientadora Kátia Ferreira Costa Campos, que com toda paciência me ajudou, apoiou e orientou cuidadosamente para que este trabalho fosse concretizado com sucesso. Muito obrigada!

“Seria maravilhoso não ter que encontrar dificuldades, no entanto da mesma forma que os exames estimulam os estudos de uma pessoa, sem as dificuldades não pode haver progresso ou desenvolvimento. Não agir pelo bem é o mesmo que corresponder ao mal. Não avançar é o mesmo que retroceder. Fugir perante a luta é o mesmo que abandonar a fé. Enquanto mantiverem a esperança, enquanto empreenderem ações corajosas para lutar, pode estar certo de que a primavera irá chegar novamente”.

Daisaku Ikeda.

RESUMO

A Diabetes Mellitus é uma patologia que está afetando a população de forma crescente como um problema de saúde pública, ocasionando morbi-mortalidade em grande parte da população. Atualmente a rede de atenção primária à saúde do Município de Timóteo é composta por dezesseis Unidades Básicas de Saúde (UBS's), com dezesseis Equipes de Saúde da Família em funcionamento. Timóteo é uma cidade que se preocupa com a saúde da população desde o início do século XX, com a implantação do atendimento na saúde, mas isso vem se corroborando nos tempos de hoje com a implantação de programas no município com apoio dos governantes nas esferas estaduais e federais para melhorar o atendimento da população com promoção a saúde e atendimento humanizado. Foi realizado um Diagnóstico Situacional da área de abrangência da ESF do bairro Primavera, com a finalidade de conhecer o perfil demográfico e as principais demandas da comunidade assistida. O objetivo deste trabalho foi elaborar plano de intervenção para a melhoria das ações do programa hiperdia do Bairro Primavera-Timóteo/MG. A partir da seleção do nó crítico foi elaborado então o projeto de intervenção e para tanto utilizou-se como metodologia o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) por ser um método de planejamento difundido na Reforma Sanitária Brasileira, como descreve Campos (2001), foi realizado pesquisas de artigos, monografias, teses e dissertações nacionais na internet (banco de dados), artigos científicos publicados em periódicos para leitura e então a contextualização do tema. Para a seleção das publicações alguns critérios de pesquisas foram seguidos como o período de publicação de 2000 a 2012 e o idioma português. O presente trabalho mostrou que, apesar do número alto de pessoas com a doença, eles não tinham um acompanhamento adequado na Unidade de Saúde como estabelece o programa Hiperdia do ministério da saúde o que agrava as complicações. O Programa Hiperdia tem o objetivo de cumprir metas e diretrizes para ampliar as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da patologia. Há aproximadamente seis meses cenário da situação mudou foi implantado na Unidade Básica de Saúde do bairro Primavera o Programa Hiperdia para a população com o objetivo da promoção da saúde através de palestras educativas, folhetos informativos, diálogo com profissionais da equipe multiprofissional referente aos cuidados necessários à sua saúde, esclarecer dúvidas dos pacientes acerca da patologia, que lhes garantirão uma melhor qualidade de vida

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Hiperdia, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Diabetes Mellitus is a disease that is affecting the population increasingly as a public health problem, causing morbidity and mortality in a large population. Currently the network of primary health care Municipality Timóteo comprises sixteen Basic Health Units (UBS's), with sixteen Family Health Teams in operation. Timóteo is a city that cares about the health of the population since the beginning of the twentieth century, with the implementation of health care, but this has been supporting in today's times with the implementation of programs in the municipality with the support of the rulers in the state levels and federal to improve care of people with health promotion and humane care. Situational Diagnosis was made one of the area covered by the ESF's Primavera, in order to meet the demographic profile and the main demands of the community attended. The aim of this study was to develop a contingency plan for the improvement of program activities HIPERDIA Timóteo / MG. From the selection of the critical node was then prepared the design for both the intervention and was used as the method of methodology Situational Strategic Planning (ESP) to be a planning method widespread in Health Reform, describes as Fields (2001) was performed research articles, monographs, theses and dissertations national internet (database), scientific journal articles to read and then contextualize the topic. For the selection of some criteria Research publications were followed as the publication period from 2000 to 2012 and the Portuguese language. The present study showed that despite the high number of people with the disease, they had no proper monitoring at the Health Unit as set out by the ministry of health Hiperdia program which aggravates the complications. Hiperdia The program aims to meet targets and guidelines to expand the prevention, diagnosis, treatment and control of disease. About six months ago has changed the scenario was implemented in Basic Health Unit's Spring neighborhood Hiperdia the program for the population with the goal of promoting health through educational lectures, brochures, professional dialogue with the multidisciplinary team regarding the care necessary to their health, clarify doubts about the condition of the patients, which will give them a better quality of life.

Keywords: Diabetes Mellitus, Hiperdia, Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DST/AIDS	Doenças sexualmente transmissíveis/ <i>acquired immune deficiency syndrome</i> (síndrome da imunodeficiência adquirida)
HSVP	Hospital São Vicente de Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico em Saúde
SBD	Sociedade brasileira de Diabetes
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
TOTG	Teste de Tolerância a Glicose

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF do Bairro Primavera, da Cidade de Timóteo/MG.....28
- Quadro 2** – Descritores do problema “melhoria das ações do Programa Hiperdia na Estratégia Saúde da Família29
- Quadro 3** – Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “Alto índice de usuários diabéticos”. Nó crítico 1: Hábitos e estilo de vida inadequado.....33
- Quadro 1** – Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “Alto índice de usuários diabéticos”. Nó crítico 2: Baixo nível de informação sobre o diabetes mellitus.....34
- Quadro 2** - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “Alto índice de usuários diabéticos”. Nó crítico 3: Assistência inadequada quanto aos insumos ao paciente diabético.....35
- Quadro 3** - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema ”Alto índice de usuários diabéticos”. Nó crítico 4: Ausência de ações de promoção da saúde.36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	18
3 METODOLOGIA.....	19
4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	21
4.1 DIABETES MELLITUS	21
5 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	27
5.1 Diagnóstico situacional da Equipe de Saúde do Bairro Primavera.....	28
5.2 Plano de intervenção segundo ações relativas aos nós críticos	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
7 REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

Timóteo é um município brasileiro localizado no interior do estado de Minas Gerais. Pertencente à mesorregião do Vale do Rio Doce e microrregião de Ipatinga, localiza-se a nordeste da capital do estado, distando-se desta cerca de 216 km. A população é de 81.243 habitantes conforme o IBGE no ano de 2010 publicada no diário oficial da União, 48,56% da população eram homens, 51,44% mulheres, 99,76% viviam na zona urbana e 0,24 na zona rural. De acordo com os dados do IBGE de 2011, Timóteo possuía 58 876 eleitores em 2012, classificando-se assim como o quadragésimo município mais populoso do estado de Minas Gerais e o terceiro de sua microrregião. A cidade é banhada pelo rio Piracicaba e está localizada próximo ao encontro desse rio com o Doce.

A cidade é administrada atualmente pelo Prefeito Keisson Drumond (2013-2016). O secretário municipal de saúde é Ricardo Martins Araujo, a coordenadora da atenção básica é Juliana Ávila.

A história mais conhecida da cidade é que o nome seja uma homenagem ao tropeiro Manoel Timóteo, um conhecido comerciante da região que abriu uma vendinha nas proximidades da mineração de ouro, justamente onde se localiza a cidade de Timóteo hoje. Quando algum escravo conseguia fugir até a vendinha, dizia para seu parceiro, que tinha ido no “Timóteo”, nascendo aí o nome do lugar. A cidade foi emancipada de Coronel Fabriciano na década de 1960.

O conselho municipal de saúde é composto por 58 conselheiros, sendo assim: 50% conselheiros usuários, 25% trabalhadores da área da saúde e 25% representantes de gestor mais prestadores de serviços do SUS. As reuniões são realizadas quinzenalmente. O município possui 74 estabelecimentos de saúde, 51 privados e 23 municipais entre hospitais, pronto-socorros, postos de saúde, serviços odontológicos e centro de especialidade. Neles possui 46 leitos para internação. A cidade conta com um hospital geral (Hospital Maternidade Vital Brazil) que atende a rede pública e privada. Timóteo possui 288 médicos, 62 enfermeiros, 193 técnicos de enfermagem, 33 farmacêuticos, 25

técnicos em farmácia, 115 agentes comunitários de saúde, 9 nutricionistas, 32 fisioterapeutas, 76 cirurgiões dentistas e aproximadamente 10 psicólogos, sendo a forma de vínculo concursos e/ou contratos, conforme regime da CLT e a carga horária semanal varia entre 20, 30 e 40 horas. A estratégia de saúde da família em Timóteo foi implantada em 1998 e cobre 100% do município, sendo 16 unidades compostas por equipes multiprofissionais, e 03 Centros de especialidades médicas vigilância epidemiológica e sanitária e centro de zoonoses. O sistema de referência e contra referência funciona da rede de atenção básica primária (Estratégia saúde família) para rede de atenção secundária (centros de especialidades e hospitais). (PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMÓTEO, 2012).

Atualmente a rede de atenção primária à saúde do município é composta por dezesseis Unidades Básicas de Saúde (UBS's), com dezesseis Equipes de Saúde da Família em funcionamento. O atendimento secundário de atenção à saúde é composto de um Centro de Saúde Mental, um Centro de Reabilitação e um Centro de Especialidades. O município expõe ainda com serviço de Pronto Atendimento vinte e quatro horas no Centro de Saúde João Otávio, Laboratório Municipal de Análises Clínicas, Serviço de RX, um Centro de Especialidades e Programas de Saúde e uma Farmácia Popular do Brasil.

A atenção odontológica possui dez consultórios odontológicos, sendo seis instalados em UBS's, um em escola municipal/estadual, um na APAE e um no Centro de Saúde João Otávio. Além disso, contamos com um Centro Odontológico com dois consultórios equipados para cirurgias e tratamento de canal, oito cadeiras odontológicas voltadas para o atendimento das especialidades de Endodontia, Periodontia, Cirurgia, Pacientes Especiais e Próteses. As ações de Vigilância em saúde são garantidas pela Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Zoonoses, Programas de DST/AIDS, Comitê de Mortalidade Materna Fetal e Infantil, Controle e Avaliação e o Fundo Municipal de Saúde.

Inicialmente na década de 1940, o distrito sofreu um surto de desenvolvimento impulsionado pela implantação da empresa Acesita (atual Aperam South America), com isso várias pessoas de cidades vizinhas e de vários lugares do Brasil, fixaram-se na

região para tentar a sorte, com a vinda dessas pessoas vários bairros foram surgindo, em 1972 iniciou-se o Bairro Primavera que esta situada na região Sul do Município.

No dia 19 de outubro de 1984 inaugurou-se o Centro Social Urbano na administração do prefeito Leonardo Rodrigues Lelé da Cunha, para atender a população timotense com aula de bordado, grupo humanizar, escola de artes, clube de mães, este local era usado para confraternização de casamentos e até tinha capela para a realização de velório. Em abril de 2009 mudou-se o nome de Centro Social Urbano para Centro de Especialidades Médicas pelo prefeito Geraldo Hilário Torres, com atendimento de médicos especialistas em dermatologista e urologista, mas em 2010 o Centro de Especialidades é transferido para o bairro Timotinho e devido a essa mudança o local transforma-se em 2010 em Programa Estratégia de Saúde da Família do bairro Primavera com apenas uma equipe, mas rapidamente é implantado uma segunda equipe por causa da demanda do bairro.

Nas administrações anteriores e na atual, têm existido alguns investimentos públicos na comunidade, por cobrança de algumas lideranças comunitárias para a população, há também alguns trabalhos coordenados pelas igrejas, mas esses trabalhos encontram-se no momento debandado.

No bairro estão presente alguns estabelecimentos para beneficiar a população, como a presença da Escola Estadual Juscelino Kubitschek de Oliveira, o Lar das Meninas, Grupo humanizar, Sociedade São Vicente de Paulo e no território esta inserido uma Unidade Prisional.

A comunidade no inicio de 2010 tinha somente uma equipe de estratégia de saúde da família para atender a população, mas no mesmo ano a Unidade foi contemplada com mais uma equipe formando assim a equipe azul (equipe I) e a equipe vermelha (equipe II) para ambas atenderem uma população de aproximadamente de 7000 pessoas, por isso as equipes foram dividas por micro - áreas, sendo que a equipe vermelha tem sete micros áreas e a equipe azul seis micros áreas.

A estratégia de saúde da família (ESF) do Bairro Primavera, esta situada em uma Avenida principal denominada Avenida Acesita nº1590, onde se concentra a maioria do

comércio local, e como recreação para a população tem a presença do campo de futebol no bairro, onde há escolinha de futebol para as crianças a partir de seis anos.

A Unidade básica está inserida em uma localização que possui via urbana com acessibilidade para as demais áreas de abrangência dos seguintes bairros: Primavera, Jonh Kennedy, Nossa Senhora das Graças e Primavera seis. Na Unidade são desenvolvidas as seguintes atividades como: Programa **hiperdia** (acompanhamento de pessoas hipertensas e diabéticas), saúde do idoso e do adulto, coleta de exame citopatológico, pré-natal (Saúde da mulher), Puericultura (Saúde da criança), consulta de enfermagem e consulta médica, vacinação, medicação, curativo, coleta de exames, exames de endoscopia, eletrocardiograma, visitas domiciliares, nebulizações, controle de tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, acompanhamento de desnutridos, planejamento familiar, dentre outros.

A equipe de profissionais tem dificuldades com as guias de referência para os demais níveis assistenciais, pois não existe um funcionamento adequado da referência-contrareferência entre profissionais, unidades de saúde e centros de referências. Devido a essa situação muitas informações de usuários que fazem tratamento especializado, ficam ao relento porque os profissionais que fazem parte da equipe não sabem como está à evolução clínica do paciente, após os atendimentos com os profissionais especialistas. Sendo assim, Timóteo é uma cidade que se preocupa com a saúde da população desde do início do século XX, com a implantação do atendimento na saúde. Mas isso vem se corroborando nos tempos de hoje com a implantação de programas no município com apoio dos governantes nas esferas estaduais e federais para melhorar o atendimento da população com promoção a saúde e atendimento humanizado.

Foi realizado um Diagnóstico Situacional da área de abrangência da ESF do bairro Primavera, com a finalidade de conhecer o perfil demográfico e as principais demandas da comunidade assistida. Para a construção deste diagnóstico foram realizadas entrevistas direcionadas a informantes (usuários e funcionários), observação ativa e por meio dos indicadores do Sistema de Informações: SIAB (período de janeiro a dezembro de 2010/2011), e dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Diante dos resultados levantados, observou-se que muitos problemas estão relacionados a fatores psicossociais, econômicos e políticos. Vários foram os problemas identificados no diagnóstico entre eles os altos índices de usuários com hipertensão arterial e a diabetes, que são as doenças mais predominantes na população, ainda existe problemas devido ao acúmulo de lixo nos lotes vagos ocasionando a dengue, alimentação inadequada, cuidados com higiene corporal e bucal, drogas e demora no agendamento dos exames e consultas especializadas.

O problema escolhido deste plano de intervenção foi o alto índice de Diabetes Mellitus na área de abrangência, que totaliza 16,37% da população, pois, além de ser uma doença com consequências sociais e físicas para o portador e seus familiares, apresenta constantemente novos casos diagnosticados na Unidade de Saúde. Além disso, o manejo dessa doença envolve também o cuidado de outros problemas de saúde pública muito frequentes, relacionados tanto à incidência quanto ao controle e complicações associadas à mesma: sedentarismo, obesidade, alimentação inadequada, hipertensão arterial e tabagismo.

No momento não existe o grupo de Hiperdia em funcionamento para orientar os usuários quanto ao tratamento dessa doença. Os pacientes apresentam quando vão a Unidade de Saúde o cartão de controle de hipertensão e diabetes onde deveria ser registrado dados como peso, altura, pressão arterial, nível glicêmico e medicamentos em uso para acompanhamento, mas o cartão é utilizado apenas para anotar o valor da hipertensão arterial e os níveis glicêmicos e medicamentos em uso que são entregues na farmácia da Unidade. Além disso, às vezes a equipe de saúde procura encaminhar, quando possível, os casos mais complexos para atendimento secundário ou terciário.

No entanto, através do diagnóstico situacional, foi observado que não há um trabalho de promoção e prevenção voltado especificamente para essa patologia. Sendo que o Ministério da Saúde preconiza na Estratégia de Saúde da Família o funcionamento do grupo Hiperdia. Sendo que na Unidade de Saúde Primavera o programa não funciona corretamente, como o ministério da saúde estabelece, realizam-se apenas as trocas de receita médicas dos portadores, por isso que essas ações realizadas são insuficientes e inadequadas, por isso não ocorre uma elevação de melhora nos índices da patologia e com isso a demanda tende a crescer.

Sendo assim, com objetivo de modificar o quadro Risco aumentado para Diabetes, foi criado um plano de ação que visa não apenas orientar a equipe de saúde quanto suas causas e conseqüências, mas também direcionar os recursos necessários e estratégias de ações para o enfrentamento da doença.

O presente plano de intervenção justifica-se por sua importância para a mobilização da equipe em prol do controle do diabetes, bem como a promoção da saúde da família dos portadores, e da comunidade em geral, visando à diminuição dos índices da doença na área de abrangência. E como nós críticos, os fatores associados à mesma: sedentarismo, obesidade, alimentação inadequada, hipertensão arterial e tabagismo.

2 OBJETIVO

Elaborar plano de intervenção para a melhoria das ações do programa hiperdia do Bairro Primavera - Timóteo/MG.

3 METODOLOGIA

Para a realização do plano de intervenção foi realizada uma busca bibliográfica para fundamentação do problema diabetes e o programa Hiperdia serviu para fundamentar a elaboração do plano de intervenção, cuja seleção se deu de acordo com o interesse da autora no estudo.

Sobre isso Marconi e Lakatos (2005) dizem que a principal vantagem da pesquisa bibliográfica consiste no fato de permitir ao investigador uma cobertura de uma gama de fenômenos muito mais amplos do que aquelas que podem-se pesquisar diretamente. A pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo.

Para a elaboração do plano de intervenção, foi utilizado ainda a método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) por ser um método de planejamento difundido na Reforma Sanitária Brasileira, como descreve Campos (2001), Simplificado, reformulado ou em sua complexidade integral, o método foi introduzido nos vários núcleos de planejamento e gestão que começaram a se espalhar pelo país nos anos 80. Este modelo vem sendo utilizado na área da saúde por apresentar um planejamento econômico-social de elevação na saúde.

De início, foi realizado um levantamento de artigos, monografias, teses e dissertações nacionais na internet (banco de dados), artigos científicos publicados em periódicos para leitura e então a contextualização do tema. Para a seleção das publicações alguns critérios de pesquisas foram seguidos como o período de publicação de 2000 a 2012 e o idioma português (livros, artigos científicos, teses).

Após a busca pelos materiais, eles foram submetidos à leitura para avaliação do conteúdo e para verificar se haviam elementos que serviriam de base para análise conceitual pretendida. Posteriormente, realizou-se uma leitura criteriosa, objetiva nos artigos que constituíram a amostra para o trabalho, destacando-se, durante a leitura, os trechos que poderiam corresponder aos elementos de interesse, ou seja, os que referirem aos atributos críticos ou essenciais, a eventos antecedentes ou fatores que influenciariam no funcionamento do programa hiperdia como promoção a saúde na atenção primária.

Após esta análise, foi elaborado um plano de ação propondo a implantação do Programa Hiperdia para a promoção a saúde da ESF do Bairro Primavera. A elaboração do plano de ação envolveu a seleção dos nós críticos dentro dos problemas identificados no diagnóstico situacional elaborado no módulo de planejamento, e então o desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

4.1 DIABETES MELLITUS

Almeida, (1997) “a diabetes mellitus é uma patologia que vêm afetando a população Segundo de forma crescente como um problema de saúde pública no Brasil”. Trata-se de uma síndrome resultante de deficiência de insulina, por dificuldade absoluta ou relativa de produção de insulina pelo pâncreas. Podendo se manifestar como tipo 1 e tipo 2, que serão detalhadas a seguir:

Diabetes Tipo 1

Conhecida também como insulino dependente, a diabetes tipo 1, atinge as pessoas até os trinta anos, principalmente crianças e adolescentes, podendo afetar as pessoas em qualquer idade. Segundo Smeltzer e Bare (2002), “diabetes tipo 1 caracteriza-se por destruição das células betas pancreáticas”, que necessita do uso constante de insulina.

Os indivíduos afetados em geral são magros ou de peso normal e bastante instável, sendo difícil o controle metabólico da doença, (Almeida, 1997).

A diabetes tipo 1 pode ser ocasionada por uma suscetibilidade genética, como afirma Smeltzer e Bare, (2002):

Embora os eventos que levam à destruição das células beta não sejam plenamente compreendidos, se aceita, em geral, que uma suscetibilidade genética constitua um fator subjacente comum no desenvolvimento do diabetes tipo um. As pessoas não herdam o diabetes do tipo um em si; em vez disso, elas herdam uma predisposição genética, ou tendência, no sentido do desenvolvimento do diabetes tipo 1.

Diabetes Tipo 2

Conhecida também como não-insulino dependente, a diabetes tipo 2 acomete pessoas acima de quarenta anos, obesos, sendo que esta às vezes é assintomática até levar a um diagnóstico. Como afirma Smeltzer e Bare, (2002, p.1201) “a diabetes está associada a uma intolerância à glicose lenta (durante anos) e progressiva, o início do diabetes do tipo dois pode permanecer oculto por muitos anos”.

As principais causas que desencadeiam a diabetes são os fatores genéticos, ou seja, história familiar de diabetes tipo dois, que são responsáveis por 95% dos casos, a obesidade que ocasiona a hipertrofia das células adiposas, que ocorrerá uma resposta menor à insulina, à inatividade física. (ARONE e PHILIPPI, 1994).

De acordo com Almeida, (1997), as manifestações clínicas se desenvolvem na descompensação do diabetes. Elas aparecem a partir dos distúrbios metabólicos ocorridos pela deficiência de insulina; pela proteína acelerada, aumento dos lipídios, diminuição do aproveitamento da glicose pelos tecidos sensíveis à insulina, onde essas descompensações diabéticas irão manifestar com mais frequência quando o paciente apresentar os seguintes sinais e sintomas:

- 1) Poliúria: elevação do volume urinário diário, por vezes noturno, causada pela osmolaridade urinária determinada pela presença de glicosúria. A glicose passa a ser eliminada pela urina, juntamente com água e eletrólitos.
- 2) Polidipsia: sedes excessivas do paciente, causando desidratação hipertônica ocasionada pela diurese.
- 3) Polifagia: sensação de fome exagerada para a qual não se tem explicação satisfatória.
- 4) Emagrecimento: ocorre à perda de tecido gorduroso pela aceleração da lipólise, diminuição da massa muscular, ocorrido pelo catabolismo protéico e pela excreção de grandes volumes de água pelo rim.
- 5) Astenia: apresenta sinal de fraqueza do paciente, sonolência excessiva, indisposição para o trabalho. A partir do acentuado estado catabólico, pelo desequilíbrio hidroeletrólítico em que o portador apresenta, são observados distúrbios visuais, como diplopia, pela grande alteração da osmolaridade plasmática, observa-se também processos inflamatórios, pela grande alteração da osmolaridade plasmática como (furunculose, erisipela, micoses), infecções do trato urinário vulvovaginites (candidíase), com isso o aumento do metabolismo orgânico diminui os efeitos da insulina.

O mesmo autor, afirma que para efetuar o diagnóstico são realizados alguns métodos, como a glicemia plasmática em jejum o teste de tolerância à glicose (TOTG), na presença de sinais e sintomas (poliúria, polidipsia, polifagia, entre outros).

A glicemia plasmática é realizada em jejum de oito horas, com sangue venoso do paciente sendo esse o exame que confirma o diagnóstico do diabetes mellitus. “Esse exame pode ser solicitado pelos profissionais de saúde para fazer a dosagem de glicose no sangue”, Hospital São Vicente de Paulo (HSVP, 2006).

De acordo com o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP, 2006) existem algumas indicações para a dosagem da glicemia de jejum citadas a seguir:

Todos os indivíduos com mais de 45 anos devem fazer a glicemia de jejum, se o resultado for menor que 110mg/dl, é, portanto normal, sendo que o exame deve ser repetido a cada 3 anos; pessoa com menos de 45 anos deve fazer glicemia de jejum se: - tiver obesidade; algum familiar de primeiro grau, for mulher e tiver dado a luz a filho com peso de nascimento maior que 4 kg, se a pessoa for hipertensa. (HSVP, 2006, p 01).

Os níveis glicêmicos de pessoas saudáveis se encontram entre 70mg/dl a 99mg/dl, esses valores encontram dentro dos valores normais. Para o diagnóstico são utilizados três os critérios para o diabetes mellitus. (SBD, 2013-2014).

Os três critérios atualmente aceitos pela diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes(SBD) são:

Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual > 200 mg/dl. Compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições. Glicemia de jejum \geq 126 mg/dl (7mmol/l). Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia. Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose > 200 mg/dl.(SBD, 2013-2014, p 09).

Ainda de acordo com a mesma literatura, depois de examinado, se diagnosticar glicemia acima do nível crítico 140mg/dl, deve-se solicitar para o paciente o exame de curva glicêmica ou teste de tolerância à glicose com a ingestão 75g de dextrosol (TOTG). O teste oral de tolerância à glicose irá ser feito com coletas de sangue em jejum de 30, 60, 90, 120 minutos após a ingestão de 75 g de glicose, ou seja, dextrosol dissolvidos em 350 ml de água para os adultos e 1,75g para as crianças, Sociedade Brasileira de Diabetes, (2013-2014).

Os valores para o teste de tolerância à glicose, segundo Sociedade Brasileira de Diabetes, (2013-2014, p.09) mostram que:

Pacientes com valores glicêmicos nos seguintes critérios: normal: glicemia de jejum entre 70 mg/dl e 99mg/dl e inferior a 140mg/dl 2 horas após sobrecarga de glicose. Intolerância à glicose: glicemia de jejum entre 100 a 126mg/dl. Diabetes: 2 amostras colhidas em dias diferentes com resultado igual ou acima de 126mg/dl ou quando a glicemia aleatória (feita a qualquer hora), estiver igual ou acima de 200mg/dl na presença de sintomas. Teste de tolerância à glicose aos 120 minutos igual ou acima de 200mg/dl.

O teste de tolerância a glicose deve ser efetuado com os cuidados preconizados pela OMS, com coleta para diferenciação de glicemia em jejum e 120 minutos após a ingestão de glicose, conforme afirma a Sociedade Brasileira de Diabetes (2013-2014).

Para Smeltzer e Bare (2002, p 1223), “os componentes para o tratamento dos diabetes são: tratamento nutricional, exercício, monitorização, terapia farmacológica, educação”. A seguir serão explicados os tratamentos para manter o nível glicêmico normal.

Dentre as formas de tratamento, de acordo com Smeltzer e Bare (2002, p.1224) o tratamento nutricional do paciente com diabetes é voltado para as seguintes metas:

(...) fornecer todos os constituintes alimentares essenciais, - atingir e manter um peso razoável, - satisfazer às necessidades de energia, - evitar as amplas flutuações diárias nos níveis sanguíneos de glicose, mantendo-os o mais próximo possível da normalidade de forma segura e prática, - diminuir os níveis de lipídios séricos, quando elevados.

Logo, o tratamento para os portadores de diabetes está relacionado com o tratamento dietético. A alimentação adequada permite um bom controle metabólico, mas só acontece a partir da cooperação do paciente. A má alimentação e as baixas condições socioeconômicas e culturais são “os fatores que mais influem na falta de cumprimento das orientações sobre a dieta e deve ser considerado ao se fazer o planejamento da mesma”. (ALMEIDA, 1997).

Acrescenta-se aqui o tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais e insulina, os pacientes diabéticos do tipo um que não realizam o uso regularmente de hipoglicemiantes orais fazem uso de insulina, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2003) “Alguns destes pacientes provavelmente não são do tipo 2, mas do tipo 1 de início tardio e, portanto, são dependentes de insulina”.

O tratamento para diabetes mellitus tipo 2, se faz com uso dos medicamentos orais, segundo SBD (200, p.05) “os medicamentos antidiabéticos devem ser empregados quando não se tiver atingido os níveis glicêmicos desejáveis após o uso das medidas dietéticas e do exercício”. Mas existem alguns casos de quando a glicose não é controlada com a dieta, hipoglicemiantes orais e exercícios físicos a necessidade do uso de insulina, para diminuir ou controlar os níveis glicêmicos dos portadores dessa patologia.

O tratamento com medicamentos se faz através das sulfoniluréias e as biguanidas, como afirma Lucchese (2002) sulfoniluréias e as biguanidas são os hipoglicemiantes orais mais utilizados pelos pacientes. As sulfoniluréias tende a estimular o pâncreas a secretar insulina, e a diminuir a produção de glicose pelo fígado, já as biguanidas diminuem a produção glicose no fígado, diminui a absorção de glicose no intestino e realiza o aumento da ação da insulina. De acordo com Smeltzer e Bare (2002, p. 1225) “as biguanidas podem ser usadas somente na presença de insulina”.

Ainda de acordo com Smeltzer e Bare (2002, p. 1225), as insulinas são administradas na via subcutânea, podendo ser de ação curta e ação rápida. De acordo com os autores, “as insulinas de ação curta tem aspecto límpido e as de ação prolongada são turvas e esbranquiçadas”. Existem quatro tipos de insulina que são as insulinas rápidas, insulinas regulares, insulinas intermediárias e as insulinas de longa duração. Afirmam ainda, que as insulinas de ação prolongada devem ser misturadas (homogeneizadas suavemente) antes do uso.

As insulinas podem ser armazenadas em temperatura ambiente ou podem ser mantidas no refrigerador quando estão em uso, Smeltzer e Bare (2002) e Lucchese (2002) afirmam que algumas fontes especificam que os frascos de insulina em uso sejam refrigerados e outras sugerem que elas devem ser mantidas em temperatura ambiente, caso haja vencimento e passa de trinta dias abertas os frascos devem ser desprezados.

Acerca dos exercícios físicos, essa prática demonstra contribuir para a qualidade de vida para os portadores dessa patologia, mas antes de serem praticados, os diabéticos devem participar de uma avaliação física, para avaliar qual atividade deverá ser seguida. Os

exercícios mais recomendados para os adultos são as atividades aeróbicas, hidroginástica e caminhada, pois com esses exercícios ocorre gasto de energia pelo organismo. Como relata Almeida (1997), irá haver um aumento do consumo de energia (glicose) no organismo.

Os exercícios como já foram discutidos acima só são praticados quando os estados metabólicos estiverem razoavelmente compensados. Mas se não conseguir controlar a glicemia irá ocorrer a elevação do nível da glicose e produção de corpos cetônicos de forma indesejável. Os pacientes que apresentarem algumas complicações crônicas ou agudas devem evitar a realização dessas atividades. (FRANCO 2002).

No que diz respeito à abordagem nutricional no tratamento do diabetes mellitus os portadores diabéticos necessitam ter uma alimentação controlada, por isso devem fazer uso de alimentos ricos em carboidratos, são fundamentais na dieta do diabético, mas devem lembrar em consumi-los com muita moderação, leguminosas e fibras. Alguns indivíduos não toleram grandes quantidades de fibras sendo que seu aumento na dieta deve ser feito gradativamente para que não ocorram efeitos como cólicas abdominais, desconforto, flatulência e aumento das evacuações, sendo que estes ajudam a controlar os valores glicêmicos, devido à redução dos níveis de glicemia pós-prandial, diminuição dos níveis de colesterol total e do colesterol LDL, proteínas (leite desnatado ou semi-desnatado, carnes com moderação, entre outros). (ALMEIDA 1997).

Os portadores de diabetes devem ficar atentos nas suas refeições, realizando-a em horários adequados para que a insulina possa chegar a coincidir com sua ação máxima, no caso do paciente tipo 2 que toma a insulina. Os pacientes diabéticos devem evitar sempre os sinais de hipoglicemias, lembrando nunca estender o horário de uma refeição a outra por um período longo. Os portadores devem pensar que com uma dieta balanceada será possível o controle glicêmico, mas há alguns que não mantêm uma dieta balanceada necessitam da administração dos hipoglicemiantes orais e até a insulina. (ARONE, 1994).

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

O ato de planejar é inerente ao ser humano, As pessoas traçam metas e planejam algo ao longo da vida. A forma de planejar permite à pessoas aproveitarem melhor o tempo e os recursos disponíveis, aumentando as oportunidades delas alcançarem os objetivos estimados (CAMPOS *et al.*, 2010). O planejamento permite espaço para o diálogo, o compartilhamento e a participação de todos envolvidos na formulação e na operação de um plano.

O Planejamento Estratégico Situacional, a partir dos seus fundamentos, propõe desenvolvimento de um planejamento através da incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo (CAMPOS *et al.*, 2010).

Todo método de planejamento apresenta no seu desenvolvimento passos ou etapas numa sequência lógica de ações ou estratégias. Matus, (1993) *apud* Campos *et al.*, (2010, p. 30-31), identifica quatro momentos que caracterizam o processo de PES, citados abaixo:

- Momento explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas.
- Momento normativo: são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo.
- Momento estratégico: busca-se analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados.
- Momento tático-operacional: é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para o acompanhamento e avaliação do plano.

Apesar de suas especificidades, esses momentos identificados por Matus encontram-se interligados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementariedade.

5.1 Diagnóstico situacional da Equipe de Saúde do Bairro Primavera

Todo método de planejamento apresenta, no seu desenvolvimento, passos ou etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades, das quais devem ser seguidas de forma cronológica para que seus resultados finais não saiam prejudicados (CAMPOS *et al.*, 2010).

Deste modo, uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência, é necessário que desenvolva um plano de ação para o problema escolhido, seguindo passo a passo conforme descrito abaixo (CAMPOS *et al.*, 2010).

Primeiro Passo: definição dos problemas

Foram levantados os principais problemas apresentado no diagnóstico situacional da área de abrangência, são eles: acúmulo de lixo nos lotes vagos, alto índice de usuários diabéticos, alto índice de usuários hipertensos, população com pensamentos e atitudes de caráter curativo, demora no agendamento dos exames e consultas especializadas, drogas, alimentação inadequada.

Segundo Passo: priorização de problemas

Nesse momento, foi realizada a prioridade dos problemas, sendo necessária a seleção dos problemas encontrados.

Para a seleção dos problemas, a Equipe de Saúde estabeleceu alguns critérios como: a importância do problema, sua urgência e a capacidade para enfrentá-los. Como mostra o quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF do Bairro Primavera, Timóteo/MG, 2014.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Prioridades
Acúmulo de lixo nos lotes vagos	Alta	3	Parcial	4

Demora no agendamento dos exames e consultas especializadas	Alta	2	Parcial	2
Cuidados com higiene corporal e bucal	Alta	5	Fora	5
Drogas	Alta	6	Parcial	3
Alimentação inadequada	Alta	4	Parcial	6
Alto índice de usuários diabéticos	Alta	1	Dentro	1
Alto índice de usuários hipertensos	Alta	1	Parcial	1

Fonte: Autoria própria

Após seleção, ao “Alto índice de usuários diabéticos” foi selecionado como prioridade 1 para a equipe.

Terceiro Passo: descrição do problema selecionado

No terceiro momento, após a escolha do problema, houve a necessidade da caracterização e descrição para que fosse realizada uma melhor definição das intervenções.

Quadro 2 – Descritores do problema “melhoria das ações do Programa Hipertensão na Estratégia Saúde da Família”.

Descritores	Valores (1)	Fontes
Hipertensos cadastrados (2)	1662	SIAB
Hipertensos acompanhados (3)	Nenhum	Registro da equipe
Diabéticos cadastrados (2)	427	SIAB
Diabéticos acompanhados (3)	Nenhum	Registro da equipe
Complicações de problemas cardiovasculares (2)	15	SIAB
Internações por causas cardiovasculares (2)	12	SIAB

Óbitos por causas cardiovasculares (2)	22	SIAB
--	----	------

Fonte: (1) dados relativos ao ano de 2011. (2) Dado obtido pelo sistema de informação da prefeitura (SIAB). (3) Dado realizado pelas ACS.

Diante dos dados apresentados verifica-se que a quantidade de diabéticos cadastrados nenhum deles são acompanhados como é recomendado pelo programa hiperdia.

Pelo fato de não haver atividades e programas que visem à prevenção do diabetes na área de abrangência da UBS Primavera, pode-se esperar casos de hospitalizações, complicações, novos óbitos e futuramente um aumento desta patologia.

Quarto Passo: explicação do problema

Esta etapa tem a finalidade de abranger a origem do problema a partir da identificação das suas causas.

Causas relacionadas aos pacientes:

- ✓ Baixa escolaridade, dificultando o entendimento do tratamento;
- ✓ Abandono do tratamento
- ✓ Falta de tempo para participar de grupos;
- ✓ Alcoolismo e tabagismo.

Causas relacionadas à equipe de saúde:

- ✓ Dificuldade dos profissionais para abordar os pacientes idosos diabéticos;
- ✓ Falta de uma equipe multiprofissional; neste caso do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- ✓ Falta de incentivos para ações preventivas.
- ✓ Horários rígidos quanto à consulta médica.

Quinto Passo: seleção dos “nós críticos”

A análise neste passo , será capaz de identificar varias causas consideradas importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise é necessário utilizar o conceito de “nó crítico” proposto pelo PES.

Nó critico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó critico” traz também a idéia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando. (CAMPOS *et al.*,2010,p.63).

A Equipe de Saúde do Primavera selecionou situações para as quais existe alguma possibilidade de ação direta e que podem impactar sobre o problema escolhido. São eles:

- ✓ Hábitos e estilo de vida inadequado;
- ✓ Nível de informação;
- ✓ Funcionamento adequado dos programas ofertados pelo Ministério da Saúde;
- ✓ Melhorar a estrutura dos serviços de saúde.

Sexto Passo: desenho das operações

Nesta etapa é realizado o esboço das operações, que consiste em relatar operações/projetos para enfrentar os “nós críticos”, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e por último identificar os recursos necessários para a realização das operações.

Sétimo Passo: identificação dos recursos críticos

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser utilizados em cada operação.

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a

equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS *et al.*, 2010, p.67).

Oitavo Passo: análise de viabilidade do plano

O quadro abaixo mostra as ações estratégicas criadas para realizar os projetos, os atores que estão ligados diretamente ao controle dos recursos críticos e a motivação desses quanto à possibilidade de exercê-los.

Nono Passo: elaboração do plano operativo

Esboça o esquema do plano operativo propriamente dito. Expondo para cada operação desenvolvida, os resultados e produtos esperados, as ações estratégicas a serem realizadas, os responsáveis para coordená-las e o prazo estimado para criá-las e colocá-las em andamento.

Décimo Passo: gestão do plano

Nessa parte é realizado um modelo de gestão do plano, no qual consiste em discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5.2 Plano de intervenção segundo ações relativas aos nós críticos

Seguem-se os quadros 3 a 6, apresentando o plano de intervenção sobre os quatro nós críticos, planejados conforme os dez passos citados.

Quadro 4 – Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “Alto índice de usuários diabéticos”. Nó crítico 1: Hábitos e estilo de vida inadequados

Nó crítico 1	Hábitos e estilo de vida inadequados.
Operação	Modificar os hábitos alimentares e estilo de vida (dieta e atividades físicas)
Projeto	Hábito saudável
Resultados esperados	Diminuir o índice de diabéticos sedentários e obesos no prazo de um ano. Conscientizar a população da importância de hábitos saudáveis. Prevenir diabetes mellitus.
Produtos esperados	Campanha educativa de nutrição balanceada através de folder. Implantar programa de atividade física e caminhada. Campanha de prevenção com orientação nutricional.
Recursos necessários	Cognitivo→ busca de informação sobre o tema. Financeiro→ aquisição dos folhetos educativos. Político→ mobilização social para formar parcerias com educadores físicos voluntários, espaço para as atividades físicas e parcerias com agências de publicidade. Organizacional→ implantação para organização das caminhadas (exercícios físicos).
Recursos críticos	Organizacional →conseguir educadores físicos voluntários para ministrar as atividades. Financeiro → conseguir recursos financeiros para confecção dos folhetos educativos.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Profissionais de saúde da ESF e secretários de saúde e de educação. Motivação: Favorável.
Ação estratégica	Reunião com a equipe de saúde da estratégia saúde da família e diretores das escolas.
Responsável:	Enfermeira, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educador físico- voluntário e nutricionista.
Prazo:	30 dias para fabricação do folder. Dois meses para início das atividades físicas.
Acompanhamento	Reunião mensal de acompanhamento com a enfermeira. A nutricionista realiza apenas consultas individuais através de encaminhamento no centro de especialidades. Nunca houve profissional educador físico para realizar as atividades físicas.

Quadro 5 – Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “Alto índice de usuários diabéticos”. Nó crítico 2: Baixo nível de informação sobre o diabetes mellitus

Nó crítico 2	Baixo nível de informação acerca do <i>diabetes mellitus</i>
Operação	Levar informação sobre a patologia aos usuários e profissionais de saúde.
Projeto	Informa-se
Resultados esperados	Melhor compreensão dos usuários e profissionais de saúde sobre o tratamento, causas e conseqüências.
Produtos esperados	Avaliar nível de informação dos usuários sobre o diabetes. Realizar capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e dos cuidadores.
Recursos necessários	Cognitivo→ informações sobre o tema. Organizacional→ organização da agenda. Político→ articulação intersetorial (parceria com o setor de educação e saúde) e mobilização social.
Recursos críticos	Político→ mobilização intersetorial (secretaria da saúde e educação). Organizacional→ cumprimento de agenda.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretário da Educação e Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica	Cumprir agenda para evitar fila de espera nos atendimentos. Apresentar projeto de educação continuada.
Responsável:	Enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
Prazo:	Dois meses para avaliar o nível de informação; Três meses para elaborar projeto de educação continuada e aplicar; Um ano para reavaliação.
Acompanhamento	Não há programas de capacitação; Não existe um programa para educação continuada.

Quadro 6 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “Alto índice de usuários diabéticos”. Nó crítico 3: Assistência inadequada quanto aos insumos ao paciente diabético.

Nó crítico 3	Assistência inadequada quanto aos insumos ao paciente diabético.
Operação	Evitar a falta de insumos utilizados pelos pacientes portadores da patologia.
Projeto	Cuidar melhor
Resultados esperados	Aumentar em 15% as requisições dos materiais (tira reagentes, agulha 13X4.5 e seringas).
Produtos esperados	Ser atendido conforme as requisições solicitadas.
Recursos necessários	Político→aumentar os recursos proporcionalmente à demanda dos serviços, Financeiro→garantir compra de materiais, Organizacional→Realizar requisição conforme necessidade da ESF.
Recursos críticos	Organizacional → aumentar a requisição de material para atender os usuários
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Coordenação de Atenção Primária e Secretaria Municipal de Saúde e Fundo Nacional de Saúde. Motivação: Alguns são favoráveis e outros são indiferentes.
Ação estratégica	Apresentar planilha da atual demanda de consumo.
Responsável:	Coordenação da Atenção Primária, Gerente da unidade; Enfermeira, Secretário de Saúde.
Prazo:	15 dias para apresentar planilha da demanda.
Acompanhamento	Aumentar a quantidade de materiais utilizados na requisição para melhor atender o pacientes.

Quadro 7 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “ Alto índice de usuários diabéticos ”. Nó crítico 4: Ausência de ações de promoção da saúde.

Nó crítico 4	Ausência de ações de promoção da saúde
Operação	Implantar programa DIA.
Projeto	Programa DIA
Resultados esperados	Realizar a busca dos usuários para participar do programa. Implantar ações de promoção na comunidade (caminhada, ocupações terapêuticas).
Produtos esperados	Participação dos usuários cadastrados no programa.
Recursos necessários	Cognitivo → elaborar projeto de promoção de saúde, Organizacional→ colocar o programa DIA em funcionamento
Recursos críticos	Organizacional→colocar o Programa em funcionamento para atender os usuários.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Equipe da Saúde da Família e Secretaria Municipal de Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica	Apresentar projeto de promoção de saúde e convencer os membros da equipe para aperfeiçoar do trabalho desenvolvido.
Responsável:	Enfermeira, técnica de enfermagem e agente comunitário de saúde.
Prazo:	Dois meses para capacitação da equipe; quatro meses para implantar o programa para os usuários.
Acompanhamento	No momento há programa implantado na ESF.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Diabete Mellitus é uma patologia que está afetando a população de forma crescente como um problema de saúde pública, ocasionando morbimortalidade em grande parte da população.

O presente trabalho mostrou que, apesar do número alto de pessoas com a doença, eles não tinham um acompanhamento adequado nas Unidades de Saúde como estabelece o programa Hiperdia do ministério da saúde o que agrava as complicações da mesma. A falta de um acompanhamento é um item crítico, mas que pode ser trabalhado de forma a mudar este cenário.

O Programa Hiperdia tem o objetivo de cumprir metas e diretrizes para ampliar as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da patologia. Sendo que um bom relacionamento entre a equipe da Unidade Básica de Saúde e dos pacientes cadastrados na área de abrangência, irá de maneira expressiva melhorar o funcionamento deste programa. Há aproximadamente seis meses cenário da situação mudou foi implantado na Unidade Básica de Saúde do bairro Primavera o Programa Hiperdia com a população diabética com o objetivo da promoção da saúde através de palestras educativas e folhetos informativos, diálogo com profissionais da equipe multiprofissional referente aos cuidados necessários à sua saúde, esclarecer dúvidas dos pacientes acerca da patologia, que lhes garantirão uma melhor qualidade de vida

O plano apresenta um estudo aprofundado sobre as questões de melhoria das ações do Programa Hiperdia dos portadores diabéticos e propõe ações concretas que, ao serem executadas, propiciam melhor qualidade de vida a eles. O plano dá suporte ao profissional da saúde, que tem papel essencial no processo do trabalho, já que atua como agente facilitador e mobilizador através da conscientização, mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade e habilidade do indivíduo para o autocuidado, adequando seus conhecimentos e experiências à prática clínica e à realidade dos portadores da patologia.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA; Henriqueta Galvanin Guidio. **Diabetes Mellitus: Uma Abordagem Simplificada para Profissionais de Saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997.

ARONE; Evanisa Maria; PHILIPPI; Maria Lúcia dos Santos. **Enfermagem Médico-Cirúrgica Aplicada ao Sistema Endócrino**. São Paulo: série apontamentos, 1994.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 22 Out. 2013.

CAMPOS, R.T.O. **O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 197- 207, 2001.

FRANÇA, J. L. et al. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. 8. ed. rev. e ampl. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007.

FRANCO; Laércio Joel. Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2. **Revista Diabetes Clínica, Jornal Multidisciplinar do Diabetes e das patologias Associadas**, v. 08, n 3: São Paulo: Editora Atlântida, 2002.

LUCCHESI; **Desembarcando o Diabetes**. Porto Alegre: Coleção L&PM/saúde, vol.3, 2002.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2005.

MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA, 1993 apud CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 14 Fev. 2013.

PAULO; Hospital São Vicente De. **Artigo Glicemia de Jejum**. Disponível em <www.hspv.com.br/scripts/click_exam_cod.php3?codigo=100004>. Acesso em 10 mar. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMÓTEO. *Informações do Município*. Disponível em:

<http://www.timoteo.mg.gov.br/pagina/index.php?pag_descricao=Pagina_Informacoes>. Acesso em: 26 set. 2012.

SMELTZER; Suzanne C e BARE; Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 9 ed.vol. 02, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes, **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/**; [organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br> > Acesso em 31 Jul.2014.

VASCONCELOS; Luciana Bertoso De ADORNO; Jesana; BARBOSA; Maria Alves; SOUSA; Joaquim Tomé De. Consulta de enfermagem como oportunidade de conscientização em diabetes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V.02, n. 03, jul/dez 2000. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em: 22 abr. 2014.