

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DANILO MARQUES BORBUREMA

**ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DO ATENDIMENTO AOS
DIABÉTICOS ACOMPANHADOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA MARACANÃ I EM MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2014

Danilo Marques Borburema

**ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DO ATENDIMENTO AOS DIABÉTICOS
ACOMPANHADOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARACANÃ I EM
MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Marília Rezende da Silveira

Danilo Marques Borburema

**ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DO ATENDIMENTO AOS DIABÉTICOS
ACOMPANHADOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARACANÃ I EM
MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Marília Rezende da Silveira

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Marília Rezende da Silveira

Profa. Dra. Anézia Moreira Faria Madeira

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

Montes Claros - Minas Gerais
2014

RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral melhorar por meio de um plano de ação o atendimento prestado aos diabéticos acompanhados pela equipe de Saúde da Família do Maracanã I. As propostas de ações foram: identificação dos fatores de risco, diagnóstico e acompanhamento dos pacientes, adequação do atendimento ao que é proposto pela linha guia da SES/MG para diabéticos, definição de dias e horários reservados ao atendimento e ações que visem contribuir com informações sobre a doença para população em geral. A escolha do presente trabalho foi determinada de acordo com o método de estimativa rápida que identificou os problemas mais prevalentes na unidade e apontou o baixo número de diabéticos acompanhados como o problema mais impactante para o serviço. O estudo possibilitou um melhor entendimento da realidade da população coberta pela equipe Maracanã I e identificação de outros problemas importantes além deste aqui abordado. Espera-se que com este Projeto de Intervenção a equipe Maracanã I consiga melhorar o atendimento de pacientes diabéticos no território. O acompanhamento destes pacientes certamente causará grande impacto na qualidade de vida da população devido às complicações que o diabetes acarreta.

Palavras chave: Diabetes *Mellitus*. Saúde da Família. Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

This study has the main objective to improve the care provided to diabetic patients followed by the Family Health Team Maracanã I. The proposed actions were: identification of risk factors, diagnosis and monitoring of patients, adequacy of care the way it is proposed by the guideline of SES/MG for diabetics, exclusive agenda for diabetes care and actions that aim to contribute for information about the disease to the general population. The choice of the present study was determined according to the method of Rapid Assessment Process which identified the most prevalent problems in the unit and made the low number of attended diabetic patients as the most impactful issue for the service. The study allowed a better understanding of the reality of population covered by Maracanã I team and identification of other important issues beyond this addressed here. It is hoped that with this Intervention Project staff Maracanã I can improve the care of diabetic patients in the territory. Monitoring these patients will certainly cause major impact on quality of life due to the complications that diabetes causes.

Keywords: Diabetes Mellitus. Family Health. Health Planning.

LISTA DE TABELA E QUADROS

Tabela 1. Valores da glicemia (mg/dL) para diagnóstico do diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos	18
Quadro 1. Desenho das operações do Plano de Ação, Maracanã I, Montes Claros, Minas Gerais, 2014	25
Quadro 2. Planilha para acompanhamento das operações	27
Quadro 3. Planilha de avaliação do Plano de Ação	28

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia Saúde da Família

HbA1c – Hemoglobina Glicada

HDL – High-density Lipoprotein

IDF – International Diabetes Federation

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SES/MG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SIAB – Sistema de Informação em Atenção Básica

TTG – Teste de Tolerância à Glicose

UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVO	12
4 METODOLOGIA.....	13
5 REFERENCIAL TEÓRICO	14
5.1 Diabetes <i>Mellitus</i> (DM).....	14
5.2 Fatores de risco	15
5.3 Rastreamento e diagnóstico	16
5.4 Adesão ao tratamento.....	19
5.5 Demanda programada.....	20
5.6 Conhecimento da população sobre a doença.....	21
6 PLANO DE AÇÃO.....	23
6.1 Cenário: descrição da Equipe de Saúde da Família Maracanã I.....	23
6.2 Diagnóstico situacional e Plano de Ação.....	23
6.3 Gestão e avaliação do Plano de Ação	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que o diabetes *mellitus* (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla. Cantos e Souza (2012) afirmam que esta etiologia pode decorrer da falta de insulina e/ou incapacidade de esta exercer adequadamente suas funções. A Federação Internacional de Diabetes (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013) identificou que cerca 11,9 milhões de brasileiros eram portadores da doença no ano de 2013, e a estimativa para o ano de 2035 é que o número de diabéticos aumente em 60% na região da América do Sul e Central.

Oliveira *et al.* (2011) relatam que o diabetes mellitus é simbolizado como uma doença que para que seja realizado um controle necessita de mudança de hábitos, e a necessidade de mudança é uma das dificuldades mais relatadas pelos pacientes.

Observando os sentimentos gerados a partir do diagnóstico do DM, a convivência com a doença, as mudanças de hábitos e a existência de outras demandas em saúde além daquelas relacionadas ao manejo do diabetes, Oliveira *et al.* (2011) afirmam que pode-se perceber diferenças no modo como os pacientes se colocam diante os desafios, as estratégias desenvolvidas para lidar com a doença e os apoios disponíveis na família e na comunidade. Assim, é possível inferir que tais características interferem diretamente na adesão ao tratamento e necessitam ser consideradas no planejamento de intervenções mais efetivas.

Em concordância com o citado acima Oliveira e Zanetti (2011) complementam que os usuários com DM, em particular, necessitam de acompanhamento sistemático pela equipe multiprofissional de saúde e que esta ofereça as ferramentas necessárias para o manejo da doença com vistas ao autocuidado. Essas ferramentas estão relacionadas às informações que possibilitem ao usuário lidar com situações no dia a dia, advindas da doença tais como a aceitação, a tomada de decisões frente aos episódios de hipoglicemia e hiperglicemia, o valor calórico dos alimentos, a utilização correta dos medicamentos prescritos, a monitorização da glicemia capilar no domicílio, e as comorbidades, como a hipertensão arterial.

Tendo em vista o baixo número de pacientes com DM que são acompanhados pela Equipe Maracanã I, deu-se a escolha do presente trabalho. Chegou-se nesse diagnóstico por meio do método de estimativa rápida que identificou os problemas mais prevalentes na unidade e apontou o baixo número de diabéticos acompanhados como o problema mais impactante para o serviço. Neste sentido o estudo possibilitará um melhor entendimento da

realidade da população coberta pela equipe e identificação de outros problemas relevantes para o serviço, além deste aqui abordado.

Espera-se que com este Plano de Ação a equipe Maracanã I consiga incrementar o número de pacientes diabéticos atendidos por esta. O acompanhamento destes pacientes, principalmente no que diz respeito à prevenção secundária, certamente causará grande impacto na qualidade de vida da população visto a grande morbidade e complicações acarretadas pela doença.

2 JUSTIFICATIVA

O diabetes é uma patologia silenciosa em seu início, com o diagnóstico muitas vezes pouco aparente nesta fase. As complicações crônicas da doença reduzem de forma importante a qualidade de vida dos pacientes, além de aumentar consideravelmente os custos pelo sistema de saúde com estes usuários.

A equipe da ESF Maracanã I observou, com base nos dados do SIAB do ano 2013, que a porcentagem da população com diagnóstico de diabetes está abaixo da estimada na população brasileira – 8% da população adscrita. Cerca de 50% dos diabéticos não sabem que são portadores da doença. Isto se deve ao fato de que a hiperglicemia não manifesta sintomas durante um intervalo de tempo muito grande e os pacientes só descobrem o diagnóstico quando ocorre uma complicação da hiperglicemia crônica (SIAB, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) os resultados e o controle do DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribui na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade. Ressalta-se ainda que os objetivos mais importantes das ações de saúde em relação ao DM são controlar a glicemia e a longo prazo reduzir morbimortalidade causada por essa patologia (BRASIL, 2013).

Além disso, o MS (2013) ressalta que fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um dos aspectos fundamentais para mudar as práticas atuais em relação à doença, pois são estes profissionais que irão realizar a busca ativa e acompanhamento a estes pacientes (BRASIL, 2013).

A atenção ao paciente diabético obriga o envolvimento de toda a equipe multiprofissional que, tendo em vista o não desenvolvimento de doenças crônicas secundárias são necessárias medidas específicas a fim de melhorar o prognóstico da doença.

3 OBJETIVO

Melhorar, por meio de um plano de ação, o atendimento prestado aos usuários diabéticos atendidos pela equipe de saúde da família Maracanã I, Montes Claros, MG.

4 METODOLOGIA

O presente estudo foi idealizado durante a disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Consiste em um plano de ação cujo problema foi determinado de acordo com o método de estimativa rápida que identificou os nós críticos mais prevalentes na unidade e apontou o baixo número de diabéticos acompanhados como o problema mais impactante para o serviço (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A fundamentação teórica se deu por meio de pesquisa bibliográfica disponibilizadas nos sites de estudos e pesquisas científicas: SciELO, BIREME e nos Cadernos de Atenção Básica de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, diabetes mellitus do Ministério da Saúde de 2013, com utilização dos descritores: planejamento em saúde, diabetes mellitus, saúde da família, bem como de relatos de experiência ocorridos na própria unidade de saúde em estudo.

A pesquisa bibliográfica iniciou-se após identificação da situação-problema na unidade de saúde em questão onde a equipe de saúde verificou necessidade de intervenção devido ao baixo número de diabéticos acompanhados pela equipe. Reuniões com toda a equipe, para elaboração da proposta de intervenção, resultaram na decisão pela busca de conhecimento em literatura específica.

Após esta etapa, elaborou-se um plano de ação que propõe desenvolver, no ambiente de trabalho, ações estratégicas de intervenção incluindo, apresentação do projeto para todos os membros da equipe; composição da equipe para atuar e desenvolvimento de oficinas para operacionalizar o projeto.

O plano de ação foi sistematizado para contemplar a execução de passos, que não necessariamente obedecem a uma ordem cronológica, podendo ocorrer de maneira concomitante, de acordo com a necessidade da execução do mesmo.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Diabetes *Mellitus* (DM)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o diabetes mellitus é considerado um distúrbio metabólico de diferentes etiologias caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídeos, associado ainda a complicações e disfunções em órgãos como olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. A patologia resulta de defeitos na secreção e/ou ação da insulina devido destruição de células beta do pâncreas, resistência insulínica, entre outros (WHO, 1999).

Atualmente a patologia já se caracteriza como uma epidemia mundial e causa grande impacto nos sistemas de saúde, conforme observado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006). Fatores como envelhecimento da população, sedentarismo, dieta de baixo valor nutricional e obesidade contribuem com o grande aumento da incidência e prevalência do diabetes no país e no mundo.

Estudos internacionais sugerem que o custo dos cuidados relacionados ao diabetes é cerca de duas a três vezes superior aos dispensados a pacientes não diabéticos e está diretamente relacionado com a ocorrência de complicações crônicas. A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida (BRASIL, 2013, p. 20).

O DM é uma doença crônica que para a maioria das pessoas pode causar modificações profundas na forma de vida. Segundo Oliveira e Zanetti (2011) essas modificações estão relacionadas às atividades da vida cotidiana, pois, desde que é estabelecido o diagnóstico, ocorrem diversos sentimentos como de angústia e desespero perante a percepção do pouco controle que se tem acerca de sua vida, causando sensações de diminuição da potência para agir e pensar. Essa situação leva as pessoas à necessidade de cuidado integral de saúde, envolvendo os aspectos biológicos, culturais, sociais, econômicos, psicológicos, entre outros.

Outra inquietação apontada por Alencar *et al.* (2013) são os relatos e a convivência com o medo devido a doença ser incurável e que acompanhará os pacientes no seu cotidiano, independente de sua vontade e por toda vida. E de ser uma doença que necessita de cuidados diários e contínuos, pois tudo gira em torno do controle, e não da cura.

Tendo em vista o grande desafio aos profissionais de saúde no terceiro milênio Santos e Moreira (2012) afirmam que o cuidado de pessoas com doenças crônicas como o diabetes é

um desafio que apresenta relação intrínseca à equipe multiprofissional que deve encontrar meios de atender os usuários com diabetes avaliando a sua necessidade direta e contínua de uma assistência integral.

5.2 Fatores de risco

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, são considerados fatores de risco para o diabetes: sedentarismo, história familiar de diabetes mellitus em parente de 1º grau, antecedentes de macrosomia fetal, hipertensão arterial sistêmica, níveis plasmáticos de colesterol HDL igual ou abaixo de 35 mg/dL e/ou triglicérides maior ou igual a 250 mg/dL, síndrome de ovários policísticos, diagnóstico de pré-diabetes, obesidade grave, *acantose nigricans*, história de doença cardiovascular e a população de etnias com alto risco de desenvolver diabetes mellitus, como japoneses e índios (MINAS GERAIS, 2013).

São classificados com pré-diabetes indivíduos que apresentam valores de glicemia de jejum entre 100 e 126 mg/dl (glicemia de jejum alterada) e/ou teste oral de tolerância à glicose com valores entre 140 e 199 mg/dL (tolerância diminuída à glicose) (MINAS GERAIS, 2013).

Quanto às complicações, Santos e Moreira (2012) afirmam que coronariopatias, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal são as mais presentes em usuários com diabetes, hipertensão arterial ou com as duas doenças.

Em concordância com o citado acima, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) afirma que é essencial que a equipe avalie o paciente integralmente tendo em vista os fatores de risco/doença. É importante ressaltar que não há necessidade de organizar o cuidado na Atenção Básica também de forma fragmentada, por doenças, sendo fundamental garantir o acesso e o cuidado longitudinal para a pessoa independente de qual problema ela possui.

Frente a isto a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2013) pontua que a Rede Hiperdia Minas (Rede de Atenção aos Hipertensos, Diabéticos e Usuários com Doença Renal Crônica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais) organiza uma perspectiva de elaboração de diretrizes clínicas e operacionais a partir de um modelo de atenção às condições crônicas determinadas pelas estratificações de risco da população abordada.

Diante do exposto, Santos e Moreira (2012) evidenciam que a importância do acompanhamento do usuário pelos profissionais deve ser contínua na atenção primária, com o intuito de desenvolver a promoção de saúde e prevenção das complicações, utilizando-se da

educação em saúde, a qual intervém diretamente sobre os fatores de risco presentes em cada usuário.

Os resultados no controle do DM como é colocado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o resultado que se é esperado está além do controle da glicemia: é necessário que englobe o desenvolvimento do autocuidado que contribuirá de forma significativa na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em relação ao diabetes são o controle da glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir morbimortalidade causada por essa patologia. Portanto, a intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde e usuários é um aspecto fundamental para que ocorram as mudanças necessárias em relação a esses problemas de saúde (BRASIL, 2013).

Os estudos apresentados por Santos e Moreira (2012) ratificam que essa necessidade da promoção de uma educação continuada para a equipe de saúde que está envolvida no tratamento e acompanhamento dos usuários diabéticos e é de fundamental importância uma vez que em seus estudos constatou-se que houve porcentagem significativa de usuários apresentando uma ou mais complicações já no momento do cadastro. Tal fato expõe a necessidade de que a equipe promova ações de educação em saúde a serem realizadas com os usuários, a fim de amenizar a incidência de complicações da doença. Além disso, é fundamental que se realize a investigação da condição de saúde dos usuários durante as consultas, de forma a identificar precocemente a hipertensão e/ou o diabetes e, assim, realizar a prevenção do aparecimento de complicações.

5.3 Rastreamento e diagnóstico

A consulta de rastreamento para a população-alvo definida pelo serviço de saúde, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), deverá ser realizada pelo enfermeiro da UBS e os casos suspeitos encaminhados para o médico em um segundo momento, a fim de que se confirme o diagnóstico. Os objetivos da consulta de rastreamento são: conhecer a história pregressa da pessoa; realizar o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do IMC; identificar os fatores de risco para diabetes; avaliara condições de saúde e

solicitar os exames laboratoriais necessários e que possam contribuir para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva.

A identificação dos fatores de risco cardiovasculares, em especial, os distúrbios metabólicos é uma estratégia que deve ser considerada na prevenção da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, e estudos epidemiológicos podem propiciar o melhor planejamento de cuidados e recursos destinados à implantação de projetos e medidas que visem à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento eficaz (BRASIL, 2013).

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2013) o rastreamento para diabetes não deve ser realizado indiscriminadamente, tendo em vista que a efetividade da pesquisa em massa para a doença não está comprovada.

Considerando a população infantil, a triagem está indicada nos casos de obesidade associada à ao menos dois dos seguintes fatores de risco:

- História familiar da doença em parente de 1º ou 2º grau;
- Sinais clínicos de resistência insulínica como *acantose nigricans*;
- Hipertensão arterial sistêmica;
- Dislipidemia;
- Síndrome de ovários policísticos;
- Nascidos pequenos para a idade gestacional;
- História materna de diabetes gestacional durante a gestação da criança;
- Etnias com alto risco para DM (MINAS GERAIS, 2013, p. 104).

Para adultos o rastreamento está indicado para os indivíduos assintomáticos com idade acima de 45 anos ou em qualquer idade na presença de sobrepeso e obesidade associado pelo menos um dos fatores de risco.

A classificação do diabetes estabelecida pela American Diabetes Association (2013) inclui quatro tipos clínicos: Diabetes tipo 1 (resulta da destruição de células beta do pâncreas, normalmente levando a uma deficiência absoluta de insulina); Diabetes tipo 2 (resulta de um defeito progressivo na secreção de insulina frente a um quadro de resistência insulínica); Outros tipos específicos de diabetes devido a causas diversas (defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, entre outros) e Diabetes mellitus gestacional (diabetes diagnosticado durante a gestação).

O diagnóstico de diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia, que de acordo com Brasil (2013) pode ser comprovado mediante a realização dos seguintes exames: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c).

Atualmente os critérios aceitos para o diagnóstico de DM segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2012/2013) com utilização da glicemia são três: em primeiro lugar estão os sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual > 200 mg/dL. Compreende-se como glicemia casual aquela que é realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições. Em segundo lugar a glicemia de jejum \geq 126 mg/dL (7 mmol/L) e em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia e em terceiro lugar a glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose > 200 mg/dL. O teste de tolerância à glicose deve ser realizado com os cuidados preconizados pela OMS, com coleta para diferenciação de glicemia em jejum e 120 minutos após a ingestão de glicose.

Tabela1: Valores da glicemia (mg/dL) para diagnóstico do diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos

CATEGORIA	JEJUM	2 HORAS APÓS 75g GLICOSE	CASUAL
Glicemia normal	<100	<140	
Tolerância à glicose diminuída	\geq 100 e <126	\geq 140 e <200	
Diabetes mellitus	\geq 126	\geq 200	\geq 200 (com sintomas)

Fonte: Adaptado das Diretrizes da SBD (2012/2013).

A hemoglobina glicada está indicada para o uso do clínico, seja para o acompanhamento do paciente diabético ou para o ajuste de estratégias terapêuticas. Magalhães *et al.* (2012) afirmam que embora atualmente seja considerada também como um critério diagnóstico do diabetes, o uso da hemoglobina glicada para este propósito é controverso, uma vez que o ponto de corte de 6,5% não é de consenso geral. Além disso, sabe-se que não há uma padronização entre os diversos laboratórios no território nacional quanto à determinação da hemoglobina glicada e os custos referentes à coleta e análise desse critério tornam-no uma alternativa menos viável que os critérios anteriores, ou seja, a glicemia de jejum e o teste oral de tolerância à glicose.

Segundo Cantos e Souza (2012) as informações e o acompanhamento de pacientes com diabetes devem se dar de forma clara e objetiva, em conformidade com a realidade de cada paciente, possibilitando-lhes reflexão sobre sua qualidade de vida e oportunizando opções para que possam ter um estilo de vida mais saudável.

5.4 Adesão ao tratamento

Os desafios para integrações de ações relacionadas a doenças crônicas, em especial o DM, trazem uma mudança na perspectiva de vida, servindo como um elemento positivo para os indivíduos buscarem práticas que possam promover um viver mais saudável ou refletindo numa nova maneira de encarar a vida. Dias e Vieira (2008) apontam que é fundamental que se desenvolvam pesquisas nessa área para elucidar os mecanismos determinantes da adesão e as estratégias para melhorar a assistência prestada ao paciente e garantir um melhor estado geral do mesmo.

A inserção de indivíduos em programas de tratamento, reabilitação e adaptação às novas condições e rotinas de uma nova vida se faz necessária ao portador de uma doença crônica. Nesse contexto Shutz *et al.* (2009) afirmam que o desafio da integralidade de um projeto de vida e saúde deve concretizar um modelo assistencial baseado no cuidado e na promoção da saúde de pessoas com doenças crônicas.

Para que ocorra a mudança para este cenário Oliveira e Zanetti (2011) dizem que é necessário que a equipe multiprofissional, adote estratégias direcionadas à identificação do risco e o reconhecimento das variáveis que possam interferir na adesão terapêutica dos usuários atendidos nas Unidades e o acompanhamento dos pacientes diagnosticados com diabetes.

O tratamento e o controle de doenças crônicas, segundo Cantos e Souza (2012), exigem mudanças comportamentais que devem ser adotadas para toda vida como a dieta a ser seguida rigorosamente, o uso de medicamentos e o estilo de vida. Essas alterações muitas vezes podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou ao reconhecimento da importância das complicações que decorrem dessas patologias.

Cantos e Souza (2012) consideram fundamental que pessoas com fatores de risco associados à doença busquem melhorar a qualidade de vida. Os indicadores de resultados clínicos e bioquímicos são ferramentas importantes no acompanhamento do indivíduo a fim de se atingir as metas previamente estabelecidas e discutidas entre a equipe e o paciente.

Em seus estudos Silva *et al.* (2011) afirmam que a equipe multiprofissional tem um papel muito importante para com o usuário com diabetes no que se concerne uma assistência integral a fim de alcançar uma melhor aderência do paciente ao controle da doença e conseguir atingir os indicadores de qualidade da assistência.

Corroborando, Oliveira e Zanetti (2011) complementam que cabe à equipe multiprofissional, além de disponibilizar ao usuário todas as informações necessárias acerca de sua doença, seu acompanhamento até a adaptação à nova vida é muito importante, com vistas a ajudá-lo na tomada de decisões frente às inúmeras situações que a doença impõe.

5.5 Demanda programada

As equipes da atenção primária têm a oportunidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, tanto no âmbito individual como no familiar, além da (co) gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, os quais requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral (BRASIL, 2011).

Porém, para conseguir gerenciar o cuidado integral a pacientes com doenças crônicas como o diabetes a equipe não deve se restringir ao atendimento dos pacientes que buscam o serviço por demanda espontânea. É necessário que a equipe adote ações programáticas que visem uma abordagem ampla, considerando a prevenção e a promoção de saúde.

A agenda programada, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), abrange o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de risco e vulnerabilidade. Estes usuários não devem “competir” com os demais pacientes por uma vaga para ser atendido. É necessário que deixem a unidade já com uma consulta agendada, com hora e data definidas, inclusive intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem.

Considerando o exposto, os usuários com DM, em particular, necessitam de acompanhamento sistemático pela equipe multiprofissional de saúde, a qual deve oferecer recursos aos usuários para que promovam seu autocuidado. Esses recursos estão relacionados às informações que possibilitem ao usuário lidar com situações diárias decorrentes da doença tais como a aceitação, a tomada de decisões, a utilização correta da medicação, a monitorização da glicemia capilar, e as comorbidades, como a hipertensão arterial (OLIVEIRA; ZANETI, 2011).

É importante lembrar que, conforme exposto por Brasil (2011), mesmo aqueles usuários que são acompanhados regularmente pela agenda programada podem apresentar períodos de agudização do quadro e necessitarão de cuidados além das ações programáticas.

Uma unidade de saúde que não oferece suporte ao paciente no período de agudização constrói na sociedade uma imagem de que “quando se está doente é necessário procurar o hospital”. Essa postura acarreta a desvalorização do serviço perante a sociedade.

5.6 Conhecimento da população sobre a doença

A educação em saúde tem o propósito de propiciar combinações de experiências bem-sucedidas de aprendizagem, com o intuito de facilitar adaptações voluntárias de comportamentos em busca de saúde e melhoria da qualidade de vida. Dessa forma Rocha, Zanetti e Santos (2009) afirmam que o processo de educação em saúde deve buscar o desenvolvimento pessoal, proporcionando mudanças de comportamento em relação aos cuidados com a saúde. Para tanto, é preciso criar condições favoráveis para a manutenção e valorização do comportamento esperado: aquele em que a pessoa diabética se envolve de modo comprometido, tornando-se parceira engajada em seu processo educacional.

O conhecimento científico sobre o DM segundo Oliveira e Zanetti (2011) é um recurso importante para direcionar a equipe multiprofissional não só para a tomada de decisões clínicas para abordagem da doença, mas também para prepará-la para educação dos usuários objetivando o conhecimento e a adesão ao autocuidado.

A equipe multiprofissional deve reconhecer a necessidade de atualização e busca de novas estratégias para atendimento dos usuários, além de desenvolver a capacidade de comunicação com os pacientes, compreendendo a escuta, a negociação, a confiança, a percepção acerca da saúde, a aceitação social e a empatia para o estabelecimento do vínculo com os diabéticos. “Os programas educativos em diabetes mellitus tipo 2 devem ser baseados em postura dialógica e na troca de saberes, promovendo o intercâmbio entre o saber científico e o popular, sendo que ambos, profissionais e usuários, têm muito que ensinar e aprender” (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011, p. 866).

Os profissionais de saúde devem buscar o envolvimento da pessoa diabética em todas as fases do processo educacional, pois de acordo com Oliveira e Zanetti (2011) o paciente só poderá assumir a responsabilidade do papel terapêutico se dominar conhecimentos e desenvolver habilidades que o capacite para o autocuidado. Para tanto, precisa estar claro aquilo que necessita, valoriza e deseja obter em sua vida.

Os autores ainda afirmam que ao cuidar de pessoas com patologias crônicas, os profissionais de saúde devem determinar a prontidão para a aprendizagem, utilizando

ferramentas educacionais efetivas. A avaliação do conhecimento e das habilidades, especialmente a capacidade de solucionar problemas do cotidiano, é um componente relevante do autocuidado com o diabetes e suas complicações (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Cenário: descrição da Equipe de Saúde da Família Maracanã I

A Equipe de Saúde da Família Maracanã I abrange parte dos bairros Maracanã e Nossa Senhora das Graças da cidade de Montes Claros e atualmente encontra-se alocada na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Vila Campos, juntamente com as equipes Vila Greyce e Vila Campos.

A UAPS Vila Campos foi construída recentemente e inaugurada no ano 2012. Até então a equipe Maracanã I estava alocada no Centro de Saúde do bairro Maracanã. A unidade é bem equipada e foi construída com estrutura para comportar três equipes de ESF. A UAPS possui consultórios médicos, odontológicos, de puericultura, ginecológicos, sala de curativos, sala de nebulização, sala dos agentes comunitários de saúde, sala de reuniões e ampla sala de espera. O horário de funcionamento é de 07:30h às 11:30h e de 13:30h às 17:30h. Apesar de a unidade estar situada na Vila Campos, a localização é favorável, pois a área coberta pela equipe Maracanã I encontra-se no limite entre os dois bairros.

A equipe é composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista, técnico de saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde. São realizados atendimentos médicos, odontológicos, de enfermagem (aferição da pressão arterial, glicemia capilar, curativos), consulta de enfermagem de puericultura, prevenção de câncer de colo uterino, visitas domiciliares e grupos educativos.

6.2 Diagnóstico situacional e Plano de Ação

Para a elaboração do plano de ação foi realizado um Diagnóstico Situacional na intenção de identificar os problemas de maior impacto na saúde da população da área de cobertura da equipe. A coleta de informações foi realizada através do Método de Estimativa Rápida.

A estimativa rápida constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação de suas necessidades e problemas e também os atores sociais - autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, etc. - que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas. A Estimativa Rápida torna-se o primeiro passo de um processo de planejamento que busca definir as

intervenções necessárias para o enfrentamento dos problemas de saúde de uma população específica (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 39).

Os dados foram obtidos por meio dos registros do SIAB, das fichas SSA2 e PMA2 e informações dos agentes de saúde da equipe, que são moradores da área de abrangência.

Os problemas identificados pela equipe foram desconhecimento da população sobre o processo de acolhimento, falta de comunicação e dificuldade de reconhecimento dos pacientes de saúde mental pelos membros da equipe, cota pequena de exames laboratoriais, cuidado higiênico precário e número pequeno de diabéticos acompanhados pelo serviço.

Após a identificação, foi realizada a seleção do problema mais relevante, considerando os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento. O problema selecionado foi então o pequeno número de diabéticos acompanhados pelo serviço.

O diabetes é uma patologia que não manifesta sintomas clássicos em seu início e o diagnóstico torna-se difícil de ser realizado nesta fase. As complicações crônicas da doença reduzem de forma importante a qualidade de vida dos pacientes e aumentam consideravelmente os custos pelo sistema de saúde com estes usuários. Analisando os dados do SIAB do ano 2013 a equipe da ESF Maracanã I observou que a porcentagem da população do território com diagnóstico de diabetes encontrava-se em torno de 2,6%, número abaixo do estimado para a população brasileira – 8% da população adscrita (SIAB, 2013).

Cerca de 50% dos diabéticos não sabem que são portadores da doença. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) justifica este dado devido ao fato de que a hiperglicemia não manifesta sintomas durante um intervalo de tempo muito grande e os pacientes só descobrem o diagnóstico quando ocorre uma complicação da hiperglicemia crônica.

Com o problema selecionado e descrito, seguiu-se a definição dos nós críticos. Segundo Campos; Faria e Santos (2010), nó crítico representa uma causa de determinado problema que, quando abordada, é capaz de impactar sobre o problema principal e transformá-lo. Também estão contidos no conceito de nó crítico a governabilidade e a capacidade de intervenção. Os nós críticos identificados pela equipe foram ausência de demanda programada para diabéticos, ausência de educação para a população sobre o diabetes, deficiência na identificação de pessoas em risco de desenvolver a doença, déficit de ações curativas, preventivas e de promoção em saúde e inadequação do processo de trabalho da equipe.

Por fim, baseando-se nos nós críticos, foi realizado o desenho das operações do Plano de Ação representado pelo quadro 1.

Quadro 1: Desenho das operações do Plano de Ação, Maracanã I, Montes Claros, Minas Gerais, 2014.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO	OBJETIVO	PRODUTOS	RECURSOS	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA
Deficiência na identificação de pessoas em risco de desenvolver DM	Identificar fatores de risco na população geral	Facilitar o reconhecimento de indivíduos em risco de desenvolver DM	Capacitação dos ACS sobre fatores de risco	Cognitivo - conhecimento do tema e estratégias pedagógicas	Enfermeiro	Capacitação dos ACS - 1 mês
			Criação cadastro dos usuários em risco	Organizacional - alimentação do banco de dados		Um mês para início do cadastramento
Déficit de ações curativas, preventivas e de promoção em saúde	Diagnósticar e acompanhar os pacientes com DM	Ampliar as ações em saúde para os diabéticos com o intuito de promover o controle da doença	Disponibilização de exames para rastreamento e diagnóstico	Financeiro - exames laboratoriais	Gerente da UBS	Disponibilizar exames - 2 meses
			Análise dos resultados com acompanhamento dos novos doentes	Organizacional - identificação e cadastramento de doentes	Médico	Dois meses para iniciar as atividades
Ausência de demanda programada para diabéticos	Implementar demanda programada para diabéticos	Facilitar o acesso dos usuários diabéticos ao serviço	Criação de agenda específica para diabéticos com horários definidos	Financeiro - adquirir caderno Organizacional - agendamento dos pacientes	Enfermeiro	Um mês para início do agendamento
Ausência de educação para a população sobre o diabetes	Estimular a informação sobre a doença	Ampliar o conhecimento da população sobre a patologia visando a promoção de saúde	Capacitação dos ACS sobre o DM	Cognitivo - conhecimento do tema e estratégias pedagógicas	Enfermeiro	Capacitação dos ACS - 1 mês
			Realização de campanhas educativas em escolas do território	Político - articulação com o setor da educação	Gerente da UBS, médico e enfermeiro	Elaboração das campanhas - 2 meses
			Criação de grupos operativos	Financeiro - recursos audiovisuais, folhetos educativos		Início dos grupos - 2 meses
Inadequação do processo de trabalho da equipe	Adequar o processo de trabalho da equipe	Implantar as diretrizes recomendadas pela linha-guia da SES/MG para diabéticos	Capacitação dos recursos humanos	Cognitivo - conhecimento da linha-guia	Gerente da UBS e médico	Capacitação e adequação dos fluxos - 4 meses
			Regulação da referência e contra-referência	Organizacional - adequação de fluxos		
				Político - articulação com os setores da saúde		

Os recursos financeiros utilizados para a disponibilização de exames laboratoriais serão de responsabilidade da própria UBS, os quais deverão estar incluídos na cota mensal de exames da unidade. Os recursos para aquisição dos cadernos para confecção da agenda e folhetos educativos serão disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Os recursos audiovisuais já fazem parte do material permanente da UBS e não será necessário aquisição de novos aparelhos.

6.3 Gestão e avaliação do Plano de Ação

A elaboração de um sistema de gestão é importante para a coordenação e avaliação das operações, visando garantir a correta utilização dos recursos e a comunicação entre planejadores e executores (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Durante a implantação do Plano de ação, serão realizadas reuniões mensais e o quadro 2 será utilizado como cronograma das atividades.

Quadro 2: Planilha para acompanhamento das operações.

OPERAÇÃO	PRODUTOS	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA	SITUAÇÃO ATUAL	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
Identificar fatores de risco na população geral	Capacitação dos ACS sobre fatores de risco	Enfermeiro	Capacitação dos ACS - 1 mês			
	Criação cadastro dos usuários em risco		Um mês para início do cadastramento			
Diagnósticar e acompanhar os pacientes com DM	Disponibilização de exames para rastreamento e diagnóstico	Gerente da UBS	Disponibilizar exames - 2 meses			
	Análise dos resultados com acompanhamento dos novos doentes	Médico	Dois meses para iniciar as atividades			
Implementar demanda programada para diabéticos	Criação de agenda específica para diabéticos com horários definidos	Enfermeiro	Um mês para início do agendamento			
Estimular a informação sobre a doença	Capacitação dos ACS sobre o DM	Enfermeiro	Capacitação dos ACS - 1 mês			
	Realização de campanhas educativas em escolas do território	Gerente da UBS, médico e enfermeiro	Elaboração das campanhas - 2 meses			
	Criação de grupos operativos		Início dos grupos - 2 meses			
Adequar o processo de trabalho da equipe	Capacitação dos recursos humanos	Gerente da UBS e médico	Capacitação e adequação dos fluxos - 4 meses			
	Regulação da referência e contra-referência					

Após a implantação do Plano de Ação, deverão ser realizadas reuniões semestrais para avaliação.

O quadro 3 será utilizado como ferramenta para avaliação, sendo alimentada com dados das fichas PMA2 e SSA2 do SIAB.

Quadro 3: Planilha de avaliação do Plano de Ação.

INDICADORES	MOMENTO ATUAL		EM 6 MESES		EM 12 MESES	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Pacientes diabéticos cadastrados						
Pacientes diabéticos acompanhados						
Grupos operativos realizados com diabéticos						
Atendimentos a pacientes diabéticos por médico e enfermeiro						

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou um melhor entendimento da realidade da população coberta pela equipe Maracanã I e identificação de outros problemas importantes além deste aqui abordado.

Espera-se que com este Plano de Ação a equipe Maracanã I consiga melhorar o atendimento aos pacientes diabéticos do território. O acompanhamento destes pacientes com certeza causará grande impacto na qualidade de vida da população devido às complicações que o diabetes acarreta.

Dentre as limitações que poderão ser encontradas para a implantação e funcionamento do plano de ação estão: a má-adesão dos usuários ao tratamento/acompanhamento; a dificuldade de estabelecer a agenda programada para os diabéticos haja vista o volume da demanda espontânea na UBS; a identificação de fatores de risco por parte dos ACS.

O médico e a enfermeira se responsabilizarão pela gestão do plano de ação, por meio de reuniões com os demais membros da equipe para adequação dos prazos e elaboração de novas estratégias para os problemas encontrados durante a execução do mesmo. A avaliação será feita por meio dos dados do SIAB, já que o objetivo do plano interfere diretamente nestes dados.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, D. C. *et al.* Sentimentos de adolescentes com Diabetes Mellitus frente ao processo de viver com a doença. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, ago. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jan. 2014.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2013. **Diabetes Care**. v. 36, sup. 1, jan. 2013. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S11.full.pdf+html>. Acesso em: 17 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Brasília: MS, 2006. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Série A. Normas e Manuais Técnicos (Cadernos de Atenção Básica n. 28). 1ed. Brasília: MS, 2011. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Brasília: MS 2013. 160 p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte, 2010. 118- p.

CANTOS, G.A., SOUZA, L.C. Acompanhamento de dois pacientes diabéticos por equipe interdisciplinar e multiprofissional. **Extensio**. v. 9, n. 14, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2012v9n14p81>>. Acesso em 17 jan. 2014.

DIAS, M. S. A.; VIEIRA, N. F. C. A comunicação como instrumento de promoção de saúde na clínica dialítica- **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v. 61, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jan. 2014.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes atlas**. 6th ed. 2013. 159 p. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas/download-book>>. Acesso em 27 jan. 2014.

MAGALHÃES, G. L. *et al.* Atualização dos critérios diagnósticos para Diabetes Mellitus utilizando a A1C. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 361-367, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/viewFile/1651/576>>. Acesso em 19 Jan. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção a saúde do adulto: conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica** (No Prelo). 3 ed. Belo Horizonte, 2013, 210 p.

MONTES CLAROS. **Sistema de informação da atenção básica – SIAB, Relatórios das fichas PMA2 e SSA2.** Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros/Unidade de Saúde da Família Maracanã I, 2013. Acesso em 14 abr. 2013

OLIVEIRA, K. C. S., ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jan. 2014.

OLIVEIRA, N. F. *et al.* Diabetes mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em grupo de apoio psicológico. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jan. 2014.

ROCHA, R. M., ZANETTI, M. L., SANTOS, M. A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, v. 22, n.1, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jan. 2014.

SANTOS, J. C., MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, Out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Jan. 2014.

SCHUTZ, R. *et al.* O método watsu e halliwick associados com a biodança: dados preliminares de uma população com doenças crônicas. **Revista Pensamento Biocêntrico**, v. 10, p. 3-15, 2009. Disponível em: <www.pensamentobiocentrico.com.br/content/edicoes/revista-10-02.pdf>. Acesso em 17 jan. 2014.

SILVA, A. S. B. *et al.* Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jan. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, Métodos e critérios para o diagnóstico do diabetes mellitus. In: _____, **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 2012/2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications.** Part1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva, 1999.