

Enfermagem Brasil 2017;16(4):231-9

ARTIGO ORIGINAL

Agentes Comunitários de Saúde e o seu papel orientador durante as visitas e acompanhamentos mensais aos pacientes portadores de diabetes

Roberta Bárbara Gomes Fonseca, M.Sc.*

**Enfermeira Referência Técnica em Estomaterapia, Especialista em Gerência dos Cuidados de Enfermagem no Programa de Saúde da Família pela PUC de Betim, Mestre em Educação em Diabetes pela Santa Casa de Belo Horizonte*

Recebido em 19 de janeiro de 2017; aceito em 15 de agosto de 2017.

Endereço para correspondência: Roberta Bárbara Gomes Fonseca, Rua Galena, 140, 31110-400 Brumadinho MG, E-mail: ro.barbaraenf@gmail.com

Resumo

Objetivo: Conhecer as principais orientações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de 06 Unidades de Saúde da Família do Município de Brumadinho/MG, nos acompanhamentos e visitas mensais aos portadores de Diabetes Mellitus (DM). **Material e métodos:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa cuja amostra foi composta de 41 ACS de 06 Unidades de Saúde da Família do Município de Brumadinho/MG. Para a coleta de dados foi utilizado como instrumento um questionário com questão aberta em que todas as escritas dos ACS foram respeitadas na íntegra. **Resultados:** Analisados os resultados obtidos referentes à questão “Quais as principais orientações você oferece durante os acompanhamentos e visitas mensais aos pacientes portadores de diabetes?”, percebe-se que as principais orientações foram referentes à dieta, uso das medicações, cuidados com os pés, realização de exames laboratoriais e consultas médicas, entre outros. **Conclusão:** Fica evidente a importância dos ACS como orientadores dos pacientes portadores de diabetes acompanhados por eles.

Palavras-chave: diabetes mellitus, agentes comunitários de saúde, saúde da família, conhecimento.

Abstract

Community Health Workers and their guiding role during monthly visits and follow-ups of patients with diabetes

Objective: To know the main guidelines of Community Health Workers, of 6 Family Health Units in the city of Brumadinho/MG, during follow-ups and monthly visits to patients with diabetes. **Methods:** This is a descriptive qualitative study whose sample was composed of 41 Community Health Workers of 6 Family Health Units of Brumadinho/MG. A questionnaire with one open question was used to collect data and all the writings of Community Health Workers were fully respected. **Results:** Analyzing the results obtained regarding the question “What are the main guidelines offered by you during follow-up and visits to patients with diabetes?” we realize that the main guidelines were diet, medication use, foot care, laboratory test and medical consultations, among others. **Conclusion:** It is evident the importance of Community Health Workers in promoting guidelines on diabetes management for patients under their supervision.

Key-words: diabetes mellitus, community health workers, family health, knowledge.

Resumen

Agentes Comunitarios de Salud y su papel de guía durante las visitas mensuales y seguimientos para los pacientes con diabetes

Objetivo: Conocer las principales directrices de los Agentes Comunitarios de Salud, de 6 Unidades de Salud de la Familia del Municipio de Brumadinho/MG, en acompañamientos y visitas mensuales a pacientes con diabetes. **Material y métodos:** Es un estudio cualitativo descriptivo, compuesto de 41 Agentes Comunitarios de Salud de 6 Unidades de Salud de la Familia del Municipio de Brumadinho/MG. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento un cuestionario con la pregunta abierta en la que se respetan plenamente todos los escritos de los agentes. **Resultados:** En el análisis de los resultados obtenidos con respecto a la pregunta “¿Cuáles son las principales directrices que se ofrecen por usted en el seguimiento y visitas a los pacientes con diabetes?”, nos damos cuenta de que las directrices principales

estaban relacionados con la dieta, el uso de medicamentos, cuidado de los pies, las pruebas de laboratorio y consultas médicas, entre otros. Conclusión: Es evidente la importancia de los Agentes Comunitarios de Salud como orientadores de los pacientes con diabetes acompañados por ellos.

Palabras-clave: Diabetes mellitus, Agentes Comunitarios de Salud, Salud de la Familia, Conocimiento.

Introdução

Por se tratar de uma doença de grande prevalência e incidência, considera-se o Diabetes Mellitus (DM) como sendo um importante problema de saúde pública, uma vez que é frequente a sua ocorrência e está associada a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu tratamento e de suas complicações. Medidas de prevenção do DM assim como das suas complicações são eficazes em reduzir o impacto desfavorável sobre morbimortalidade destes pacientes. Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes [1], intervenções no estilo de vida com ênfase em alimentação saudável e prática regular de atividade física reduzem a incidência do DM2 (recomendação grau A), assim como o bom controle metabólico do DM previne o surgimento ou retarda suas complicações crônicas (recomendação grau A).

A incidência e a prevalência estão aumentando, em particular do DM Tipo 2, alcançando proporções epidêmicas e atingindo a população na idade entre 30 e 69 anos [2,3].

O DM é um problema de saúde considerado sensível a Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que um bom manejo deste problema ainda, na Atenção Básica, evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares [1,4-7].

No Sistema Único de Saúde (SUS), pessoas com DM são acompanhadas em sua maioria por Equipes de Saúde da Família, através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Neste contexto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de importância fundamental no desenvolvimento de ações de controle de DM, atuando na promoção, recuperação e reabilitação das pessoas com DM.

O ACS é elemento essencial na Equipe de Saúde da Família, pois, além de pertencer à comunidade onde exerce as suas atividades, é o principal elo integrador entre comunidade e Unidade de Saúde da Família [8].

O profissional ACS realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde, realizadas em domicílios ou junto às coletividades, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS; estende, também, o acesso da população às ações e serviços de informação, de saúde, promoção social e de proteção da cidadania.

Além da ampliação da cobertura, o ACS é também importante agente social, introduzido nos municípios brasileiros a partir dos anos 1990. Apesar disso, não há muitos estudos que, dentro de uma perspectiva antropológica, busquem apreender de que modo o ACS contribui, na prática, para importantes mudanças sociais e de comportamento na população [9].

Desta forma, torna-se necessária educação permanente e continuada em saúde em DM para os ACS que lidam diretamente com os pacientes portadores de DM.

A educação continuada e permanente em saúde é uma atividade educativa de caráter contínuo, cujo eixo norteador é a transformação do processo de trabalho, centro privilegiado de aprendizagem. É voltada para a prática educativa que se orienta pelo cotidiano dos serviços, partindo da reflexão crítica sobre os problemas referentes à qualidade da assistência, assegurando a participação coletiva, multiprofissional e interdisciplinar favorecendo a construção de novos conhecimentos e intercâmbio de vivências; representando o esforço de transformar a rede pública de saúde em um espaço de exercício e aprendizagem no exercício do trabalho [10].

Diante do exposto, propõe-se aprofundar a investigação de variáveis relacionadas ao conhecimento dos profissionais ACS sobre DM e as orientações que os mesmos transmitem aos pacientes portadores de DM. Espera-se que este estudo possa fornecer subsídios para melhor compreensão dos aspectos relacionados à educação em DM e a atuação dos ACS no dia a dia de trabalho.

Material e métodos

Este estudo constitui-se de uma abordagem descritiva e qualitativa, realizada junto aos 41 ACS de 06 Unidades de Saúde da Família da Zona urbana do Município de Brumadinho. As unidades selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão foram: Unidades de Saúde da Família (USF) Jota, Residencial Bela Vista, Progresso, Grajaú, Centro e Santa Efigênia, do Município de Brumadinho/MG.

Como critérios de inclusão: ACS das USF da Zona Urbana, USF completas em relação ao número de ACS; e como critérios de exclusão: ACS das USF da zona rural, unidades incompletas em relação ao número de ACS como, por exemplo, ACS de licença à maternidade ou por motivo de doença, ausência de ACS por falta de contrato em uma das microáreas de abrangência ou em férias.

Após a inserção nos campos de estudo deu-se início a coleta de dados através do questionário, posteriormente à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Santa Casa de Belo-Horizonte (CEP) para apreciação. O estudo foi aprovado sem restrições, enquadrando-se perfeitamente dentro dos preceitos da ética para o manuseio de dados referentes a seres humanos.

Todos os entrevistados foram orientados acerca dos objetivos do estudo e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes do início do preenchimento do questionário.

Com o objetivo de conhecer as principais orientações que os ACS transmitem aos seus pacientes portadores de DM, foi elaborada 01 questão aberta: "Quais as principais orientações você oferece no acompanhamento e visitas aos pacientes portadores de Diabetes?". As informações coletadas adquirem relevância prática para possibilitar uma padronização de condutas e elaboração de estratégias para maior efetividade das ações no controle do DM.

As análises dos dados coletados foram feitas em dois momentos: pré-teste, e pós-teste após abordagem educativa em DM. Os dados coletados na questão aberta foram transformados em dados estatísticos para facilitar a comparação destes.

A coleta de dados iniciou-se em 27/02/2013 e terminou em 27/06/2013. As USF pesquisadas possuem de 5 a 8 ACS.

Resultados e discussão

No presente estudo, entende-se o quanto é importante a educação para os profissionais ACS, pois através da transmissão dos conhecimentos obtidos às pessoas com DM podem promover mudanças de atitude como a predisposição para a adoção de ações de autocuidado nestes pacientes [10]. Portanto, espera-se que os ACS sejam capazes de: esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para o DM; identificar, na população em geral, pessoas com o risco para DM2; verificar o comparecimento dos pacientes com DM e HA (Hipertensão Arterial) às consultas agendadas na unidade de saúde; verificar a presença de sintomas e/ou queda do açúcar no sangue e encaminhar para a consulta externa; perguntar se a pessoa com DM está tomando com regularidade os medicamentos e se estão cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e ingestão de água e bebidas alcoólicas; registrar na ficha de acompanhamento o diagnóstico de DM de cada membro da família; encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência, dentre outros, contribuindo, assim, para o melhor acompanhamento mensal às pessoas com DM [11].

Dessa forma, foi escolhida a proposta de trabalhar com os ACS das USF na modalidade de intervenção educativa sobre DM. O envolvimento e a participação mostraram-se apropriados para gerar uma reflexão sobre a realidade vivenciada pelos profissionais das USF em suas áreas de abrangência, assim como a construção de conhecimento e formação do pensamento crítico e emancipatório dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento em DM nas UBS [12,13].

Neste sentido destaca-se o papel dos ACS como agente de mudança sociocultural e na educação em DM, visto que é esse profissional que está em contato direto com os pacientes portadores de DM.

Analisando os resultados obtidos em relação à questão "Quais as principais orientações você oferece no acompanhamento e visitas às pessoas com Diabetes?", pode-se perceber que as principais orientações foram em relação a dieta, uso das medicações, cuidados com os pés, realização de exames laboratoriais e consultas médicas, entre outros. É

necessário destacar que não foi relatado outros tipos de orientações, como participação em grupos operativos e a realização de exercícios físicos, tão importante para o controle da glicemia.

Resultado semelhante foi encontrado em um estudo referente às orientações dadas a 29 pessoas com DM pertencentes a uma ESF de Ribeirão Preto/SP, foi observado que 82,3% dos entrevistados relataram receber orientações sobre alimentação e medicação e nunca a respeito da importância de exercícios físicos [14].

É preciso lembrar que saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos. A promoção de "hábitos saudáveis" é vista pelo sistema de saúde como uma ação estratégica [15].

Há poucos estudos acerca dos benefícios de programas e intervenções educativas em DM, realizadas no contexto de culturas específicas. No contexto brasileiro também são escassos os estudos que avaliem o efeito do processo educativo em DM, particularmente em relação às mudanças de atitudes para adesão ao autocuidado [16].

Reconhece-se que o conhecimento científico disponível acerca do DM é recurso relevante para direcionar a equipe multiprofissional para a tomada de decisões clínicas relativas ao tratamento da doença, como também para prepará-la para educar as pessoas com DM para o conhecimento e adesão ao autocuidado. No entanto, é preciso diferenciar aquisição de conhecimento e nível de informação. Conhecimento é mais do que reproduzir informações - pressupõe modificação de atitudes, comportamentos e hábitos de vida [17].

No processo educativo, vale destacar a importância dos profissionais de saúde que se mostram interessados e preocupados em alcançar as metas de controle metabólico, mas nem sempre levam em consideração aquilo que o paciente fala, sente ou faz. Assim, é preciso aumentar a sensibilidade dos cuidadores em relação às queixas ocultas e expressas, para que a decisão clínica seja compartilhada, de modo a fortalecer o vínculo profissional-paciente, peça fundamental para a aquisição e manutenção de atitude positiva. Isso porque a atitude de desconfiança em relação a certos aspectos do tratamento pode desencadear comportamentos que dificultam a manutenção do controle metabólico. Tais comportamentos estão relacionados a um conjunto de valores e pressupostos, adotados pela pessoa com DM, que modulam o conhecimento adquirido [16,18,19].

De forma complementar autores acrescentam que os programas de educação em DM desenvolvidas por profissionais capacitados contribuem para a queda de internações e os usuários do sistema passam a identificar as doenças, a adotar medidas de redução dos fatores de risco e a receber um tratamento capaz de auxiliar nas mudanças de comportamento associado ao padrão alimentar e ao aumento de atividade física [20].

Esses conhecimentos, habilidades e estratégias dos profissionais de saúde podem ter efeitos positivos na mudança de atitudes dos indivíduos com DM para adesão ao plano alimentar, à realização de atividade física, monitorização de glicose no sangue e tomada de medicamentos orais ou insulina, os quais possibilitam a obtenção de controle metabólico adequado [21,18].

Dessa forma, os profissionais de saúde devem lembrar que a educação, desenvolve-se num processo de construção de saber coletivo visando um cuidado humanizado com a finalidade de intervir e transformar a realidade de cada indivíduo [22].

Autores acreditam que a educação em saúde é um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor [23,24].

Para a avaliação efetiva dos resultados de um programa de educação em DM, os estudos apontam a necessidade de avaliar tanto a pré-intervenção como a pós-intervenção. Cabe destacar que quase um quarto dos pesquisadores tem dificuldade para avaliar a efetividade das intervenções [17,25,26].

Estudos assinalam que a educação em DM tem envolvido equipes multidisciplinares nas atividades educativas nos centros de saúde, ambulatórios e hospitais, reforçando os princípios da aprendizagem para um comportamento saudável [27].

As tabelas demonstram a descrição dos resultados obtidos relacionados às orientações do agente comunitário de saúde aos pacientes diabéticos durante os acompanhamentos e visitas mensais. Comparação pré-teste/pós-teste.

Tabela I - Associação das orientações dispensadas pelos Agentes Comunitários de Saúde aos pacientes diabéticos com relação às orientações de dieta. Comparação pré-teste/pós-teste.

Questão 01	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	N	%	N	%
DIETA				
Não	8	19,5	12	29,3
Sim	33	80,5	29	70,7
Total	41	100,0	41	100,0

Fonte: A autora.

Tabela III - Associação das orientações dispensadas pelos Agentes Comunitários de Saúde aos pacientes diabéticos com relação às orientações de cuidados com os pés. Comparação pré-teste/pós-teste.

Questão 01	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	N	%	N	%
CUIDADOS COM OS PÉS				
Não	28	68,3	21	51,2
Sim	13	31,7	20	48,8
Total	41	100,0	41	100,0

Fonte: A autora.

Tabela V - Associação das orientações dispensadas pelos Agentes Comunitários de Saúde aos pacientes diabéticos em relação à importância da realização de exames laboratoriais e consultas médicas. Comparação pré-teste/pós-teste.

Questão 01	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	N	%	N	%
Orientação de controle laboratorial e consultas médicas				
Não	28	68,3	31	75,6
Sim	13	31,7	10	24,4
Total	41	100,0	41	100,0

Fonte: A autora.

Tabela II - Associação das orientações dispensadas pelos Agentes Comunitários de Saúde aos pacientes diabéticos com relação às orientações da importância do uso correto das medicações. Comparação pré-teste/pós-teste.

Questão 01	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	N	%	N	%
MEDICAÇÃO				
Não	6	14,6	11	26,8
Sim	35	85,4	30	73,2
Total	41	100,0	41	100,0

Fonte: A autora.

Tabela IV - Associação das orientações dispensadas pelos Agentes Comunitários de Saúde aos pacientes diabéticos com relação às orientações aos familiares. Comparação pré-teste/pós-teste.

Questão 01	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	N	%	N	%
Orientações aos familiares				
Não	32	78,0	36	87,8
Sim	9	22,0	5	12,2
Total	41	100,0	51	100,0

Fonte: A autora.

Tabela VI - Associação das orientações dispensadas pelos Agentes Comunitários de Saúde aos pacientes diabéticos em relação a outros tipos de orientações. Comparação pré-teste/pós-teste.

Questão 01	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	N	%	N	%
Outros				
Não	40	97,6	40	97,6
Sim	1	2,4	1	2,4
Total	41	100,0	41	100,0

Fonte: A autora.

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme a questão aberta, de acordo com as orientações oferecidas pelos ACS aos pacientes portadores de DM; no que se refere à alimentação saudável, um estudo apresentou que 82,5% dos pacientes com DM afirmaram ter recebido esse tipo de orientação do enfermeiro [28]. Resultado semelhante foi obtido neste estudo, visto que 33 (80,5%) e 29 (70,7%) agentes orientaram os pacientes com DM sobre a importância da dieta no controle da glicemia, respectivamente no pré-teste e pós-teste. Outro estudo refere que todos os ACS entrevistados referiram que fazem orientações sobre dieta [29].

De acordo com as orientações sobre medicações e o uso correto das mesmas no pré-teste, 06 (14,6%) relataram não orientar sobre medicação ao passo que 35 (85,4%) orientaram sobre a importância das medicações e seu uso correto. No pós-teste, 11 (26,8%) agentes não

orientaram sobre o uso da medicação enquanto 30 (72,2%) orientaram sobre o uso correto da mesma. Observa-se uma diminuição de respostas assertivas do pré-teste para o pós-teste.

No que se refere aos cuidados com os pés, no pré-teste, 28 (68,3%) agentes não orientaram sobre os cuidados com os pés, enquanto 13 (31,7%) informaram aos seus pacientes sobre a importância dos cuidados com os pés. No pós-teste, 21 (51%) agentes não orientaram sobre os cuidados com os pés e 20 (48,8%) ofereceram este tipo de orientação aos seus pacientes portadores de DM.

Em estudo semelhante, em relação à orientação de cuidados com os pés realizados por enfermeiros aos seus pacientes com DM, apresentou que apenas 46,2% dos pacientes com DM da amostra referiram ter recebido orientações sobre a necessidade de examinar os pés, bem como secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés, fato preocupante se considerar que o pé diabético é uma das principais causas de hospitalização de pessoas com DM [28]. Resultado similar foi obtido no presente estudo, no qual, no pós-teste, 20 agentes (48,8%) ofereceram este tipo de orientação de cuidado com os pés aos seus pacientes com DM. Porém outro estudo constatou que todos os ACS's referiram fazer orientações em relação ao cuidado com os pés e que essas orientações eram bem variáveis [29]. Diferente do que foi encontrado neste estudo.

Autores reforçam quanto à necessidade de usar calçados fechados que se adaptem bem aos pés, bem como quanto à importância de inspecionar os sapatos antes de calçá-los. Os dados identificados neste estudo remetem a necessidade de profunda reflexão e mudança acerca do fazer dos enfermeiros e de outros profissionais da área da saúde, pois a ausência desses cuidados é considerada comportamento de alto risco para a ocorrência de agravos no pé, bem como de custos com especialistas e internações [30].

Referente às orientações aos familiares de pacientes portadores de DM, o resultado obtido não foi satisfatório, pois se observa uma diminuição de respostas assertivas do pré-teste para o pós-teste, apenas 5 (12,2%) agentes reforçaram sobre a importância da família no processo de tratamento do paciente portador de DM.

Estudos destacam a importância da família como componente de motivação para a adesão terapêutica, uma vez que o apoio e participação familiar repercutem positivamente para a melhoria das condutas de autocuidado [31,32].

Percebe-se o quanto a família e os amigos exercem papel determinante na vida diária das pessoas, principalmente do paciente portador de DM. A vida familiar acaba por influenciar a tomada de decisões quanto ao seguimento das recomendações, devendo, pois, o paciente reorganizar-se para a obtenção do controle metabólico, e nisso é de suma importância o enfermeiro e os outros profissionais de saúde considerar a família como partícipe do processo.

Em relação a orientações de periodicidade de realização de exames, de controle laboratorial e consultas médicas periódicas, observa-se que houve um decréscimo de respostas assertivas do pré-teste para o pós-teste, visto que no pós-teste apenas 10 (24,4%) agentes informam esse tipo de orientações aos seus pacientes com DM.

De acordo com a importância e número de consultas médicas e de enfermagem, o manual estadual de Atenção à Saúde do Adulto em Hipertensão e Diabetes define que devem ser realizadas, em média, 02 consultas médicas por ano e de 1 a 6 consultas de enfermagem por ano. Em relação à realização de exames, devem ser realizadas de 02 a 04 glicemias plasmáticas ao ano, e de 02 a 04 hemoglobinas glicadas ao ano [33].

Conforme dados apresentados na Tabela I, tanto no pré-teste quanto no pós-teste, em relação a outros tipos de orientações realizadas pelos agentes aos pacientes portadores de DM a porcentagem se manteve inalterada. 40 (97,6%) agentes não ofereceram outros tipos de orientação aos seus pacientes ao passo que apenas 01 (2,4%) orientou sobre algum outro tipo de cuidado. Vale destacar que nenhum dos agentes relatou ou orientou sobre a importância da atividade física no controle da glicemia.

Outro estudo atestou que 78,2% dos pacientes com DM da amostra foram orientados pelo enfermeiro quanto à realização de exercícios físico, o que difere do que foi encontrado no presente estudo [28]. Porém, um estudo, relatou que apenas 54,7% dos entrevistados referiram ser orientados pelo profissional de saúde quanto a esse aspecto da assistência [34].

Por fim, vale salientar que este estudo pode apresentar limitações metodológicas. Utilizou-se um desenho de pesquisa descritiva e transversal, o que impossibilita fazer inferências a respeito do efeito do programa educativo para a aquisição de conhecimentos e mudança de atitudes dos participantes, bem como fazer generalizações para outros profissionais e outras populações de pessoas portadoras de DM. Os dados foram coletados em 6 Unidades de Saúde da Família do Município de Brumadinho e que, provavelmente, têm

certas particularidades que não são comuns às outras Unidades de Saúde da Família que prestam assistência às pessoas portadoras de DM. Apesar dessas limitações, os resultados deste estudo fornecem subsídios importantes para a avaliação de intervenções educativas e de programas de educação continuada e permanente em DM, em especial para os profissionais de saúde, para a prestação de cuidados a pessoas com DM, como também para o desenho de estudos futuros com outras metodologias e maior número de participantes.

Conclusão

As doenças crônicas, em especial o DM, exigem envolvimento contínuo dos profissionais, pacientes e familiares, além de acompanhamento sistematizado com enfoque de vários aspectos da assistência à saúde. Nesse contexto, o DM, com suas especificidades e peculiaridades faz do paciente o principal responsável pelo manejo da doença, por meio das atividades de autocuidado, desde que bem orientados pelos profissionais de saúde, principalmente os ACS.

Destaca-se o quanto importante é a educação em saúde e em DM. Para isso, é necessária a formação, educação e atuação contínua, da equipe interdisciplinar em conjunto com as pessoas portadoras de DM e a sociedade civil organizada. A Atenção Primária à saúde deve estar capacitada para realização de práticas educativas dialógicas e reflexivas, que valorizem o nível cultural das pessoas. Adicionalmente, os profissionais envolvidos precisam aprimorar suas habilidades de aconselhamento e comunicação.

Ficou evidente a dificuldade de repassar as orientações sobre alguns cuidados aos pacientes portadores de DM durante os acompanhamentos e visitas mensais por parte dos ACS devido à falta de treinamentos e capacitações para estes profissionais.

Espera-se que este estudo alerte aos gestores do quanto é importante um trabalho de educação continuada e permanente em saúde para os profissionais de saúde e para os portadores de doenças crônicas, não só em DM.

Referências

1. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Oliveira JEP, Vencio S, eds. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. [internet] São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. [citado 2015 Jan 12]. Disponível em URL: <http://www.nutritotal.com.br/files/342=diretrizessbd.pdf>.
2. Gagliardino JJ, Hera MI, Siri F. Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina. *Rev Panam Salud Publica* 2001;10(5):309-17.
3. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346(6):393-403.
4. American College of Sports Medicine. Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição. Traduzido por Giuseppe Taranto. Rio Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
5. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Vigilância em Saúde Superintendência de Epidemiologia. Análise de situação da saúde Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais 2011; 289p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica- diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2014. *Diabetes Care* 2014;37 Suppl 1:S14-80.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família.[internet] Brasília, D.F.; [2000]. 69p. [citado 2014 Out 12]. Disponível em URL: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf.
9. Medeiros RLR, Andrade AMBA, Fernandes AFC, Almeida NMGS, Lessa MGG . O agente comunitário de saúde como agente de mudança sociocultural. Observatório de Recursos Humanos em Saúde Estação CETREDE / UFC / UECE. [internet]. Fortaleza; 2006. [citado 2017 Jan 13]. Disponível em: URL: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Agente_comunitario_mudanca.pdf.

10. Rodrigues ACS, Vieira GLC, Torres HC. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(2):531-7.
11. Espírito Santo. Secretaria de Estado. Gerência de Regulação e Assistência à Saúde Gerência de Vigilância em Saúde Diretrizes para o manuseio da Hipertensão Arterial sistêmica e Diabetes Mellitus na rede de saúde pública. [internet]. Espírito Santo, Vitória; 2008.204p. [citado 2016 Out 10]. Disponível em: URL: http://www.saude.es.gov.br/download/34698_HIPERTENSO_DIABETES_MIOLO.pdf
12. Carneiro F, Agostini M. Oficinas de reflexão: espaço de liberdade e saúde. In: Agostini, M. Trabalho feminino e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana;1994.p.52-83.
13. Clement S. Diabetes self-management education. *Diabetes Care* 1995;18(8):1204-14.
14. Guimarães FPM, Takayanagui AMM. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev Nutr* 2002;15(1):37-44.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus- DM. Série A. Normas e Manuais. Brasília. Ministério da Saúde; 2006. 56p. (Cadernos da Atenção Básica; 16).
16. Zanetti ML, Otero LM, Peres DS, Santos MA, Guimarães FPM, Freitas MCF. Progress of the patients with diabetes mellitus who were managed with the staged diabetes management framework. *Acta Paul Enferm* 2007;20(3):338-44.
17. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001;24(3):561-87.
18. Sousa VD, Zauszniewski JA. Toward a theory of diabetes self-care management. *J Theory Construc Testing* 2005;9(2):61-7.
19. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. *Rev Latinoam Enferm* 2008;16(2):231-7.
20. Torres HC. Avaliação de um programa educativo em diabetes mellitus com indivíduos portadores de diabetes tipo 2 em Belo Horizonte, MG. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; 2004.
21. Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Patient Educ Couns* 2004;52(1):97-105.
22. Cardoso MAR, Moraes ZB, Velôso IBP, Silva RD. Ações educativas vivenciadas junto a pacientes idosos: relato de experiência. *Sitientibus* 2005;33:41-51.
23. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm* 2007;16(2):254-62.
24. Ponte CMM, Fernandes VO, Gurgel MHC, Veras VS, Quidute ARP, Montenegro RM et al. Projeto sala de espera: uma proposta para a educação em diabetes. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2006;19(4):197-202
25. Mazze R, Weaver T, Upham P, Simonson G, Bradley R, Sundem S et al. Staged Diabetes Management - Decision Support (SDM-ds): an internet-based system for clinical decision making. *Diabetes Res Clin Practice* 2000;50(Suppl):196.
26. Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care* 2002;25(2):269-74.
27. Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K, Barta P et al. National standards for diabetes self-management education. Task Force to Review and Revise the National Standards for Diabetes Self-Management Education Programs. *Diabetes Care* 2000;23(5):682-9.
28. Rezende Neta DS. Ações de enfermagem e implicações para o autocuidado de pessoas com diabetes mellitus.[dissertação] Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2012.
29. Espinho RPM. Participação do agente comunitário de saúde na atenção ao diabetes mellitus na estratégia de saúde da família. [Dissertação] Rio de Janeiro/RJ: Universidade Estácio de Sá; 2011.
30. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner/Suddarth. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

31. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. *Texto Contexto Enferm* 2009;18(1):124-30.
32. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(1):151-60.
33. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG; 2006.198p.
34. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22(2):377-85.