

Enfermagem Brasil 2016;15(5):259-66

ARTIGO ORIGINAL

Dificuldades encontradas pelos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Brumadinho/MG nos acompanhamentos 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/MG*

Recebido em 29 de julho de 2016; aceito em 29 de setembro de 2016.

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

Resumo

Objetivo: Conhecer as principais dificuldades encontradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) 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 6 Unidades de Saúde da Família do Município de Brumadinho/MG. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com questão aberta cujas escritas dos ACS foram respeitadas na íntegra. **Resultados:** Analisando os resultados obtidos referentes à questão "quais as principais dificuldades encontradas por você ACS no acompanhamento e visitas aos pacientes portadores de Diabetes?", percebeu-se que as principais dificuldades encontradas foram em relação ao não uso regular das medicações, a não realização de dietas e alimentação saudável e a não aceitação da doença, por parte dos pacientes; não encontrar o paciente em casa na hora da visita; entre outros. **Conclusão:** Conforme relatado pelos Agentes, ficou evidente a dificuldade no acompanhamento e visitas aos pacientes portadores de DM, principalmente pela falta de conhecimento e aderência ao tratamento pelos pacientes, bem como a falta de conhecimento dos ACS sobre DM.

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

Abstract

Difficulties found by Community Health Workers in Brumadinho/MG during monthly follow-up visits to patient with diabetes

Objective: Knowing the main difficulties found by Community Health Workers in the city of Brumadinho/MG during monthly visits to patients with diabetes. **Methods:** This is a descriptive qualitative study whose sample was composed of 41 Community Health Workers of 6 Health Family Units of Brumadinho/MG. A questionnaire with open question was used as instrument 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 difficulties encountered by you during follow-up visits to patients with diabetes? ", we realized that the major problems were related to non-regular use of medications, lack of proper diet and healthy food and non-acceptance of the disease by patients; not find the patient at home during visit; among others. **Conclusion:** As reported in the writings of the agents, it became evident the difficulty in monitoring and visits to patients with diabetes, mainly due to lack of knowledge and adherence to treatment by patients, and the lack of knowledge of Community Health Workers about diabetes.

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

Resumen

Dificultades encontradas por los Agentes Comunitarios de Salud del municipio de Brumadinho/MG en los acompañamientos a los pacientes con diabetes

Objetivo: Conocer las dificultades de los Agentes Comunitarios de Salud del municipio de Brumadinho/MGs, en acompañamientos y visitas mensuales a los pacientes con diabetes. **Material y métodos:** Es un estudio cualitativo descriptivo, compuesta de 41 agentes. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento un cuestionario con la pregunta abierta en la

que se respetaron plenamente todos los escritos de los agentes. *Resultados:* El análisis de los resultados obtenidos con respecto a la pregunta "¿Cuáles son las dificultades de los agentes comunitarios de salud en visitas y seguimiento a los pacientes con diabetes?" Nos damos cuenta de que las dificultades se relacionaron con el uso irregular de los medicamentos, la falta de una dieta adecuada y alimentación sana y la no aceptación de la enfermedad por los pacientes; no encontrar el paciente en su domicilio en el momento de la visita; entre otros. *Conclusión:* Como se informó en los discursos y escritos de los agentes, se hizo evidente la dificultad en el seguimiento y visitas a los pacientes con diabetes, principalmente debido a la falta de conocimiento y cumplimiento del tratamiento por los pacientes, y la falta de conocimiento sobre diabetes por parte de los agentes.

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 que está associado 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 DM tipo 2 (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 DM2, 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 DM2, atuando na promoção, recuperação e reabilitação das pessoas com DM2.

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].

Diante do exposto propõe-se aprofundar a investigação de algumas variáveis relacionadas ao dia a dia dos ACS sobre DM. Espera-se que este estudo possa fornecer subsídios para melhor compreensão dos aspectos relacionados ao processo de trabalho, perfil e conhecimento dos ACS em relação à educação em DM.

Material e métodos

Este estudo constitui-se de uma abordagem descritiva e qualitativa, realizada junto aos 41 ACS de 6 Unidades de Saúde da Família da Zona urbana do Município de Brumadinho. As unidades selecionadas de acordo com os critérios e inclusão e exclusão foram: Unidades de

Saúde da Família (USF) Jota, Residencial Bela Vista, Progresso, Grajaú, Centro e Santa Efigênia, do Município de Brumadinho, Minas Gerais.

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 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 da entrevista.

As identidades dos entrevistados foram protegidas e as falas e escritas foram identificadas pelas iniciais dos nomes dos ACS.

Com o objetivo de conhecer as principais dificuldades encontradas no dia a dia pelos ACS durante os acompanhamentos e visitas mensais aos pacientes portadores de Diabetes foi elaborada uma questão aberta: "quais as principais dificuldades encontradas por você agente comunitário de saúde 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 foram feitas apenas de forma descritiva e através de citações, inviabilizando o cálculo estatístico.

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 em saúde para os profissionais ACS, uma vez que podem transmitir esses conhecimentos às pessoas com DM e, assim, 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 com DM.

Analisando os resultados obtidos em relação à questão "quais as principais dificuldades encontradas por você ACS no acompanhamento e visitas às pessoas com diabetes?" Podemos perceber que, as principais dificuldades encontradas foram em relação ao uso das medicações, a realização de dietas e alimentação saudável, não encontrar as pessoas com DM em casa na hora da visita, não aceitação da doença por parte da pessoa com DM, entre outros.

Algumas das respostas dos ACS relacionadas a esta questão estão reproduzidas a seguir.

- "Os pacientes não seguem a alimentação adequada e os remédios, às vezes, deixam de tomar." M.R.S.
- "Às vezes o próprio paciente deixa a desejar o tratamento, principalmente no início, quando percebem que a glicose só está aumentando." S.M.P.
- "Convencer o paciente de que ele necessita da medicação e da dieta." J.A.A.
- "Resistência com dietas e medicamentos e desinteresse por grupos operativos." M.L.S.
- "Pacientes que usam insulina nem sempre o tomam regularmente. Temos sempre que ficar reforçando a importância de usá-la corretamente." M.R.P.M.S.
- "Muitas vezes as pacientes não seguem as orientações." J.F.R.
- "O não cumprimento das orientações passadas." M.C.S.M.
- "Compreensão dos pacientes quanto às orientações." S.M.S.

Nesta direção, um estudo realizado com 238 pessoas com DM, em um serviço de atenção primária no México sobre adesão ao tratamento e qualidade de vida, mostrou que somente 17,2% dos pacientes demonstraram comportamento de adesão, e apenas 20,6% indicaram conhecimento e atitude positiva frente à doença [14].

A adesão do indivíduo com DM às formas não farmacológicas de tratamento é baixa. A maioria dos indivíduos, se inicialmente aceitam a prescrição dietética, por exemplo, com o passar dos anos, terminam por abandoná-la [15].

Mesmo com as orientações de dieta repassadas pelos ACS, a dificuldade em relação à dieta fica bem evidente nas falas acima. O planejamento alimentar desses pacientes deve levar em consideração a situação socioeconômica, rotina de trabalho, estilo de vida e hábitos alimentares pré-existentes. A não interferência nos hábitos alimentares, sempre que possível, proporciona flexibilidade ao tratamento e permite a integração da família além do indivíduo. [16]

Referente à adesão farmacológica, diferente do que foi encontrado no presente estudo, constatou-se que das 152 pessoas com DM cadastrados no Programa HiperDia, 124 (81,57%) aderiram ao tratamento [17].

Observa-se também a não aceitação do DM ou omissão do mesmo por parte dos pacientes, o que dificulta no acompanhamento e visitas pelos ACS, interferindo direta e indiretamente no tratamento do paciente com DM.

- "A maior dificuldade que encontro é que tem pessoas que não aceitam a doença e acabam não tomando os medicamentos." T.F.S.
- "Alguns deles são bem resistentes e não aceitam a doença ou o tratamento." T.F.S.
- "São várias: não sou diabético, sou só pré-diabético, o médico está louco me deu este medicamento à toa." F.P.P.O.
- "Minha dificuldade é por ter pacientes com DM que escondem a doença ou descontam nas pessoas, como se as pessoas tivessem culpa por eles terem a doença." J.J.B.A.
- "Muitos dos pacientes não gostam de falar sobre a doença, por isso às vezes é difícil abordar o paciente para passar informações." M.L.M.R.
- "Convencê-los de que o problema é sério, porque às vezes o próprio paciente não se importa." S.M.P.
- "Geralmente os pacientes não tem a real preocupação e conscientização da doença, eles têm uma resistência maior em tomar os medicamentos no horário certo. A receita às vezes vence e, se não for eu para ficar insistindo para eles irem ao médico ele não vão." A.S.M.S.
- "Uma das maiores dificuldades é conscientizar os mesmos sobre os cuidados e as possíveis consequências em caso de abandono do tratamento." R.D.S.
- "Falta de Informação sobre o paciente." S.C.R.

Percebe-se que o baixo conhecimento e atitudes negativas dos pacientes portadores de DM frente à doença são fatores que ainda interferem na adesão ao tratamento. Reconhece-se que na literatura nacional os estudos sobre atitude e o conhecimento da pessoa com DM ainda é escasso [18-21].

Estudo realizado em um centro de pesquisa e extensão universitária brasileiro, em 2007, com o objetivo de verificar conhecimentos e atitudes de 82 pessoas adultas com DM que participavam de um programa de educação para o autocuidado em DM mostrou que 78,05% tiveram escore superior a 8 pontos em relação ao conhecimento em DM [21].

Porém, em outro estudo realizado, ao analisar os escores obtidos em relação ao conhecimento, obteve-se que a maioria (66,67%) dos usuários com DM tipo 2 apresentou escores inferiores a 8 pontos, indicando conhecimento insatisfatório sobre a doença [22].

Em concordância, estudo realizado em outra UBS de Ribeirão Preto/SP, com 79 sujeitos com DM tipo 2 e HA, utilizando metodologia semelhante para avaliação do

conhecimento, mostrou que a maioria (64,6%) dos sujeitos, também apresentava escores inferiores a 8 pontos, indicando conhecimento insatisfatório sobre a doença [23].

Foi relatada também a falta de conhecimento em relação ao DM por parte dos ACS.

"Acho que os ACS não são bem preparados para acompanhar as pessoas com DM. Precisamos aprender mais sobre a doença para poder acompanhar melhor os diabéticos." A.A.C.

"A minha dificuldade é que eu não sei nada." S.A.D.

"Às vezes perguntam algumas coisas que eu não sei responder." L.M.F.B.

"Saber pouco a respeito do DM para fazer o acompanhamento." R.J.A.

Conforme observamos, os ACS são inseridos no local de serviço sem passar por capacitação ou treinamento introdutório, sendo treinados por outros ACS. Observamos também que o ACS é um profissional com vínculo político/empregatício através de contrato administrativo pela prefeitura e que é uma profissão que não possui um conselho de classe e nem normas e legislações específica. Não é necessário curso técnico ou superior para exercer a profissão e que estes não passam por prova de seleção ou concurso público.

Referente a assistência aos pacientes com DM2 sob a ótica dos ACS, apenas 33,33% dos ACS pesquisados relataram ter participado de cursos e palestras para aprimoramento profissional [24].

Destaca que os ACS não recebem formação específica, a oferta de cursos é irregular, uma parte dos ACS participa e outra não, e que para os ACS a experiência adquirida com o tempo é importante para a realização do trabalho [25].

Evidencia-se que os ACS reconhecem a responsabilidade que enfrentam na execução de suas atividades e, para conseguir dar conta de tamanha carga, devem ter uma formação que os ajude a desenvolver a capacidade de agir corretamente em diferentes situações [26].

Concorda-se quando se expressa inquietação em relação às consequências que uma educação frágil e pouco estruturada pode causar para os cuidados de saúde, pois a comunidade entende o ACS como um detentor de saberes técnico-científicos, todavia pode não aceitar suas recomendações se considerar que o ACS não tem uma formação específica e reconhecida formalmente [27].

O perfil do ACS é muito parecido com os das pessoas que são atendidas por eles, por isso, acredita-se que por fazer parte da comunidade e conhecer seus hábitos, a prática do cuidado prestada por este trabalhador pode sofrer influências culturais, sociais e do senso comum, o que presume ainda mais a necessidade de uma educação bem fundamentada [28].

Estudos mostraram a fragilidade do conhecimento sobre DM, causas e complicações para o manejo da doença entre os participantes, que podem estar relacionados com fatores intrínsecos às pessoas e ao sistema de saúde, dificultando o acesso às informações fundamentais, sinalizando aos profissionais a necessidade de redirecionar as estratégias para o atendimento da pessoa com DM, considerando os fatores biopsicossociais e recursos existentes na unidade de saúde [29].

Alguns ACS referiram não ter dificuldades nas visitas e acompanhamento mensal aos pacientes com DM.

"Não tenho dificuldades, pois todos os meus pacientes com DM me recebem muito bem, e temos um diálogo muito bom." G.G.A.

"Não encontro nenhuma dificuldade com os meus pacientes com DM." S.C.M.

Verificou-se que 66,66% dos ACS consideraram a recepção dos pacientes quando estes vão visitá-los como bom, contudo para 16,66% a recepção é ótima e regular [24].

Outros ACS referiram como dificuldade, não encontrar os pacientes com DM em casa. "Não encontrar eles em casa. Eu acho que na unidade tem que ter grupos operativos para as pessoas com DM para eles também aprenderem mais sobre a doença." R.G.C.S. "Encontrá-los em casa. Às vezes eles arrumam desculpa, não posso atender." I.M.B.

Outro fator destacado como complicador foi à ausência de familiares ou cuidador de idosos para passar e repassar informações importantes e falta de cuidados aos idosos por seus responsáveis. Vale destacar o aspecto cognitivo do idoso e outras doenças psicológicas e psiquiátricas associadas tais como Alzheimer e mal de Parkinson; o que dificulta na compreensão e cognição dos idosos.

"Pessoas idosas que em alguns casos têm parentes que não cuidam bem e simplesmente são deixados para lá." J.M.B.

"Quando o paciente com DM é idoso e está sozinho, sem nenhum acompanhante." L.M.F.B.

Por fim, vale salientar que este estudo pode apresentar limitações metodológicas. Utilizou-se um desenho de pesquisa qualitativo, o que impossibilita fazer inferências a respeito dessas dificuldades encontradas pelos agentes no acompanhamento e visitas mensais aos pacientes com DM, da aquisição de conhecimentos e mudança de atitudes dos participantes, bem como fazer generalizações para outros profissionais e outras populações de pessoas com DM. Os dados foram coletados em 6 USF do Município de Brumadinho, e que provavelmente, tem certas particularidades que não são comuns às outras USF que prestam assistência às pessoas com DM. Apesar dessas limitações, os resultados deste estudo fornecem subsídios importantes para a avaliação da importância de intervenções educativas e de programas de educação continuada e permanente em DM, em especial para os ACS, 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 com 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 no acompanhamento e visitas aos diabéticos por parte dos ACS, principalmente pela falta de conhecimento e aderência ao tratamento por parte das pessoas com DM, bem como a falta de conhecimento de algumas particularidades do DM por parte dos ACS.

Espera-se que este estudo alerte aos gestores o 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. Oliveira JEP, Vencio S, eds. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014 [online]. 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 Pública* 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.
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 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 69p.
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* [online]. Fortaleza; 2006. [citado 2015 Nov 12]. Disponível em: URL: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Agente_comunitario_mudanca.pdf.
10. 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.
11. 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 [online]. Vitória: Secretaria de Estado; 2008. 204p.
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. Badruddin N, Basit A, Hydrie MZI, Hakeem R. Knowledge, attitude and practices of patients visiting a diabetes care unit. *Pakistan Journal of Nutrition* 2002;1(2):99-102.
15. McLellan KCP, Barbalho SM, Cattalini M, Lerario AC. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. *Rev Nutr* 2007;20(5):515-24.
16. Espinho RPM. Participação do Agente Comunitário de Saúde na Atenção ao Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá; 2011.
17. Silva KN. Adesão ao tratamento farmacológico dos pacientes do programa HIPERDIA: proposta de intervenção. [Monografia]. Governador Valadares/MG: Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; 2013.
18. Gimenes HT, Zanetti ML, Otero LM, Teixeira CRS. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. *Ciênc Cuid Saúde* 2006;5(3):317-25.
19. Oliveira ACB. O perfil sociodemográfico do agente comunitário do Programa de Saúde da Família (PSF): um estudo piloto realizado no Município de Mesquita. Rio de Janeiro. Relatório anual, Departamento de Serviço Social. [online]. Mesquita: Rio de Janeiro; 2009;13p.[citado 2015 ago 12]. Disponível em: http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2009/relatorio/ser/ana_cristina.pdf.
20. Rodrigues FFL, Zanetti ML, Santos MA, Martins TA, Sousa VD, Teixeira CRS. Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. *Rev Latinoam Enferm* 2009;17(4):468-73.
21. Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Schall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev Saúde Pública* 2009;43(2):291-8.
22. Rodrigues FFL. Conhecimentos e atitudes de usuários com diabetes mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto/SP [dissertação]. Ribeirão Preto/SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2011.
23. Oliveira KCS. Conhecimentos e atitude de usuários com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto/SP. [Tese]. Ribeirão Preto/SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.
24. Souza MF, Hardt J. A assistência aos pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 sob a ótica dos Agentes Comunitários de Saúde. *Interbio* 2011 [citado 2016 Jul 27];5(1):17-26. Disponível em URL: http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol5_num2/arquivos/artigo2.pdf.
25. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis* 2011;21(3):899-916.

26. Cardoso FA, Cordeiro VRN, Lima DB, Melo BC, Menezes RNB, Moulaz ALS et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde: experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2011;64(5):968-73.
27. Sakata KN. A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2009.
28. Donaduzzi DSS. A educação para o trabalho na perspectiva do agente comunitário de saúde. [Dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2012.
29. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Rev Latinoam Enferm* 2006;14(5):728-34.