



**MODIFICAÇÕES NO ESTILO DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS: ABORDAGEM NUTRICIONAL E DE ATIVIDADE FÍSICA
POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

*Changes in the lifestyle of people with diabetes mellitus:
nutritional and physical activity approach by primary health
care professionals*

Lucieuda Rodrigues de Araújo¹; Jairo Porto Alves²; Ítalo Vinícius Albuquerque Diniz²;
Gabriel Vasconcelos de Lima⁴; Claudia Santos Martiniano^{2*}

¹Secretaria Municipal de Saúde, Barra de Santana-PB, Brasil

²Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, Brasil

⁴Secretaria Municipal de Saúde, Campina Grande-PB, Brasil

*Corresponding author. E-mail address: profaclusiamartiniano@gmail.com

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como um nível do sistema de saúde que oferece atendimento acessível para todas as pessoas. Com intuito de fortalecer a APS, em 1994 o governo federal instituiu o Programa Saúde da Família (PSF) de forma organizacional e substitutiva e em 2006 o programa foi substituído pela Estratégia de saúde da Família. Dentro das atribuições do profissional de saúde da APS, encontra-se o cuidar de pessoas com Diabetes Mellitus sob o olhar da nova clínica baseada em evidência. O objetivo do estudo foi avaliar as abordagens nutricionais e atividades físicas realizadas por profissionais da Atenção Primária à Saúde direcionadas para as modificações do estilo de vida de pessoas com Diabetes Mellitus. Trata-se de um estudo de caso descritivo exploratório, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em um município do interior paraibano. A população da pesquisa foram os trabalhadores das equipes da ESF da área urbana e rural. Como método de coleta foi utilizado o Grupo Focal. Os resultados evidenciaram que alguns profissionais ainda praticam abordagem educativa tradicional, que reflete resquícios do modelo biomédico e ainda desconhecimento e/ou a não adesão dos profissionais da APS, acerca do planejamento e



acompanhamento recomendado pelo ministério da saúde. Outro fator relevante é a dificuldade na execução das atividades, como falta de insumos e estrutura física. As discussões não evidenciaram uma reflexão sobre o insucesso das práticas educativas. As recomendações para adesão ao tratamento terapêutico não medicamentoso mostraram-se insuficientes e permeadas por uma abordagem educativa não motivacional.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus. Atenção Primária à Saúde. Doença Crônica. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is defined as a level of the health system that offers accessible care to all people. In order to strengthen PHC, in 1994 the federal government instituted the Family Health Program (PSF) in an organizational and substitutive way in 2006 the program was replaced by the Family Health Strategy. Within the attributions of the PHC health professional, there is the care of people with Diabetes Mellitus under the eyes of the new evidence-based clinic. The aim of the study was to evaluate the nutritional approaches and physical activities carried out by Primary Health Care professionals aimed at modifying the lifestyle of people with Diabetes Mellitus. This is a descriptive exploratory case study, with a qualitative approach. The research was carried out in a municipality in the interior of Paraíba. The research population was the workers of the ESF teams in the urban and rural areas. As a collection method used by the Focus Group. The results showed that some professionals still practice a traditional educational approach, which reflects remnants of the biomedical model and still the ignorance and / or non-adherence of PHC professionals, about the planning and monitoring recommended by the Ministry of Health. Another relevant factor is the difficulty in carrying out activities, such as lack of inputs and physical structure. The possibilities did not show a reflection on the failure of educational practices. Recommendations for adherence to non-medicated therapeutic treatment are insufficient and permeated by a non-motivational educational approach.

Keywords: Diabetes *mellitus*. Primary Health Care. ChronicDisease. Delivery of Health Care.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como um nível do sistema de saúde que oferece atendimento acessível para todas as pessoas, sem restrições de faixa etária ou patologias; assegura a equidade dos recursos e serviços de saúde, centrada na pessoa



e orientada para a família e para a comunidade; integra e coordena serviços preventivos, promotores de saúde, curativos e paliativos de forma longitudinal; realiza trabalhos em equipe multidisciplinar e de forma holística, garantindo também a confidencialidade e sendo defensora dos usuários; faz a coordenação e o controle racional das tecnologias da atenção secundária e dos medicamentos, aumentando, assim, a custo-efetividade desses serviços (STARFIELD, 2002; WHO, 1994).

No Brasil, em 1994, foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF), um dos programas propostos pelo governo federal para implantar a atenção básica nos municípios de forma organizativa e substitutiva. Em 2006, com o Pacto pela Saúde, o inicial programa se tornou a Estratégia Saúde da Família (ESF) e também busca reverter o modelo assistencial vigente, onde ainda predominam as práticas de assistência curativa, especializada, hospitalar, com tecnologias complexas, medicamentalizada, e, portanto, com o cuidado fragmentado. Com a ESF, a família passa a ser o foco da atenção, no ambiente em que vive, com suas crenças e inserida nos seus meios culturais, permitindo, assim, uma ampliação da compreensão do processo saúde-doença e a efetividade das ações em saúde (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Em 2008, o Ministério da Saúde implantou, através da portaria nº 154 de 24 de janeiro, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), tendo como objetivo estender a abrangência e o leque de ações da APS, prestando suporte à ESF enquanto integrante das redes de serviços. É composto por uma equipe multiprofissional com formação em várias especialidades com atuação na área de abrangência da ESF num processo de compartilhamento de práticas e de suporte às equipes (BRASIL, 2008).

Mendes (2012) ressalta o caráter multiprofissional do NASF-AB que também se coaduna com a composição multiprofissional da ESF desde sua formação. Desta forma o NASF-AB com a diversidade de categorias profissionais como nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e farmacêutico soma-se à APS favorecendo o manejo às condições crônicas.

Em se tratando de doenças crônicas, uma condição de grande repercussão no *status* de saúde do indivíduo e na saúde pública, que aumenta sua prevalência com o



processo de envelhecimento, é o diabetes mellitus (DM). Em 2015, segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF), 8,8% da população mundial, na faixa etária de 20 a 79 anos apresentava a referida doença com estimativas para atingir 10,4% em 2040 (IDF, 2015).

Pode-se definir DM como um grupo heterogêneo de distúrbios que têm como fator comum a hiperglicemia, que pode ser resultante de defeitos secretivos e/ou na ação da insulina. O cuidado às pessoas portadoras de Diabetes Mellitus não tem sido fácil na APS em nível mundial. Estimativas mundiais referem que quase metade das pessoas não sabem ser portadoras de DM (IDF, 2013). Para além disso, avaliar o controle glicêmico e ajustar a terapêutica é essencial para prevenir complicações crônicas e agudas do DM2, causadas pelos altos níveis glicêmicos e suas implicações (SBD, 2016). Para atingir esses objetivos, concomitante à terapia farmacológica implicada, é necessário que ocorram mudanças no estilo de vida do portador de Diabetes Mellitus.

Nesse contexto, diante das transformações no perfil epidemiológico no país, a elevação da expectativa de vida, o sedentarismo, as modificações nos hábitos alimentares, e as doenças crônicas como diabetes mellitus, vem aumentando e se tornando objeto de preocupação no SUS (COQUEIRO *et al.*, 2015).

Com isso, o impacto das condições crônicas gera insatisfação na sua condução em vários âmbitos aos profissionais da saúde, verificam-se frustrações em relação aos seus desempenhos e ao trabalho de gerenciamento; igualmente os administradores dos serviços de saúde não se sentem confortáveis com os resultados dos serviços e o desperdício de recursos (OMS, 2003).

Jasmin e Queluci (2018) em um estudo de revisão integrativa analisaram publicações científicas sobre a APS e a atenção às pessoas com DM. Os resultados obtidos evidenciaram desafios elencados em duas esferas: uma relacionada aos gestores públicos e outra aos profissionais que necessitam dispensar uma assistência mais qualificada às pessoas com DM, principalmente no que tange à adoção de hábitos alimentares mais saudáveis e na prevenção das complicações crônicas evidenciadas em pessoas propensas



ao pé diabético. Apontaram ainda para a necessidade de se instituir um processo de educação permanente para os profissionais da APS.

Internacionalmente, a atenção à doença crônica tem sido repensada no sentido de responder às novas demandas da transição epidemiológica. No caso brasileiro, Mendes (2012) apresenta o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para ser aplicado ao SUS. Ao propor o MACC, o autor faz uma crítica ao modelo de atenção vigente, pautada na assertiva de que a clínica do século XIX não mais se adequa ao século XXI. Ressalta o esgotamento da consulta médica de curta duração que embasou historicamente, no nível micro, o modelo de atenção vigente e propõe ressignificar a forma como se dão os encontros clínicos entre equipes e profissionais de saúde, indicando a instituição de uma nova clínica. Enseja-se, portanto, modificações em oito dimensões, como destaca o próprio Mendes (2012). Assim, adota-se nesse estudo o referencial teórico da atenção às pessoas portadoras de DM, qual seja o protocolo do Ministério da Saúde (Caderno da Atenção Básica nº 36 e 39) e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, cunhado por Mendes (2011).

Considerando o escopo de ação previsto no Caderno de Atenção Básica, que modula estratégias para o cuidado com pessoas com DM, e ainda com a perspectiva da nova clínica, dentro do MACC, apontado por Mendes, como aquele capaz de superar a problemática das condições crônicas, o estudo objetivou avaliar as abordagens nutricionais e atividades físicas realizadas por profissionais da Atenção Primária à Saúde direcionadas para as modificações do estilo de vida de pessoas com Diabetes Mellitus.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. A opção por esse tipo de abordagem deve-se à possibilidade de “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2010, p. 13).



A pesquisa qualitativa mostrou-se adequada ao desenvolvimento do presente estudo que busca dar ênfase nos significados/percepções dos eventos ocorridos nas práticas dos profissionais da Atenção Básica, para além da ocorrência do evento. No que diz respeito às abordagens compreensivas e críticas optou-se pela hermenêutica-dialética, uma vez que possibilita uma reflexão que se fundamenta na prática, compreendendo o cenário em que os indivíduos estão imersos e ainda é capaz de criticar a realidade social. É hermenêutica por seu caráter interpretativo, e dialético porque permite comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um alto nível de síntese (MINAYO, 2008).

A pesquisa foi realizada em município do interior paraibano, que apresenta extensão territorial de 374,374 km² e população composta por 8.206 habitantes (IBGE, 2020). Dentre a organização assistencial a saúde, inclui-se 4 equipes de Saúde da Família, uma equipe do NASF-AB tipo 1, apresentando uma cobertura de 100% pela ESF, (BRASIL, 2019).

A população da pesquisa foram os trabalhadores das equipes da ESF da área urbana e rural do município analisado e da equipe de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB). Foram organizados quatro grupos focais, sendo um por equipe de Saúde da Família e outro com a equipe de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB). Obteve-se o total de 22 participantes. A coleta totalizou quatro encontros, com duração média de 60 minutos.

O Grupo Focal foi o método escolhido para coleta de dados e os grupos foram conduzidos na perspectiva de Kitzinger (2009), por um moderador e dois observadores, previamente treinados e calibrados para esse fim. Ao moderador, papel comum ao pesquisador, coube promover a interação social entre os participantes e aos observadores dar suporte à condução da técnica. A coleta aconteceu no período de 14 de fevereiro a 04 de Abril de 2019.

As categorias pertinentes ao estudo tomaram como base os Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 39 publicados respectivamente pelo Ministério da Saúde em 2013 e 2014 e foram analisadas nas dimensões: Recomendações nutricionais para adultos com DM e



Orientação da atividade física para a pessoa com DM e utilização e conhecimento dos protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde para atenção às pessoas com DM, no âmbito da APS.

A análise dos dados foi efetuada concomitante à coleta de dados. Para organização e categorização dos dados foi utilizado como ferramenta tecnológica o software Atlas.ti, versão 8.4.4 (DD4-8476C-B639V-X09G1-00AQR). Depois de organizado, o material do Grupo Focal foi submetido à Análise de Conteúdo. Foram identificadas as opiniões solidamente mantidas (recorrentes) e frequentemente expressas e também as singulares. A sistematização aconteceu por pré-categorias (roteiro inicial baseado no Caderno de Atenção Básica nº 36 e o caderno da AB nº 39 volume 1).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As transformações econômicas geraram industrialização e globalização crescente em escala mundial o que provocou mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares das populações. Os países em desenvolvimento foram igualmente afetados, com elevado consumo de alimentos industrializados com alto teor de gordura o que repercute negativamente na saúde com implicações nas condições crônicas (MENDES, 2012).

A nutrição adequada e atividade física compõem a terapêutica não medicamentosa indicada às pessoas com DM (BRASIL, 2013). Dessa categoria suscitaram duas subcategorias: Abordagem nutricional e Abordagem à atividade física.

Abordagem nutricional

O protocolo do MS discorre sobre as orientações nutricionais às pessoas com DM tipo 2 na APS, sendo atribuições de médicos e enfermeiros nas consultas identificar o padrão alimentar. Constitui-se fator importante para contribuir no controle metabólico e glicêmico para evitar futuras complicações (BRASIL, 2013).



A respeito das orientações nutricionais para adultos com DM, os profissionais investigados assim relataram:

Primeiro: mudança no estilo de vida que a gente pede para alterar a dieta. A mudança de alimentação; começar a tirar totalmente o açúcar e colocar o adoçante. E diminuir a ingestão de carboidrato, explica o por quê? (GF2).

É difícil você dizer ao paciente a dieta. “O que é a dieta Dra?” Eu só tenho isso para comer! Eu só tenho pão, eu só tenho cuscuz, eu só tenho farinha (GF2).

Eu tenho uma moça na academia que ela tem hipertensão e diabetes, mas mesmo ontem ela falou: “comi três pães ontem à noite mais com uma jarra de suco” (GFN).

Principalmente a população mais pobre que a gente sabe, que é mais assim, a condição financeira né? Mas eles são muito assim, gostam muito de farinha né? do açúcar, a coisas mais doces, do pão, do macarrão (GFN).

Identificaram-se ainda nos discursos de alguns profissionais uma abordagem educativa tradicional, que reflete resquícios do modelo biomédico. Resultados iguais foram obtidos em um estudo realizado com profissionais da APS em Divinópolis MG que relatou a complexidade em trabalhar com mudanças de estilo de vida e identificou-se também, por alguns profissionais, práticas prescritivas e autoritárias (GAMA; GUIMARÃES; ROCHA, 2017).

Nessa perspectiva, Balint (2005) alerta sobre os danos da “Função Apostólica” na relação dos profissionais de saúde com os seus pacientes. A Função Apostólica é uma categoria balintiana que diz respeito ao profissional de saúde tentando converter as pessoas àquilo que acha ou acredita ser o melhor, numa tentativa de determinar como o paciente deve se portar frente a sua doença. Também faz parte da atitude que configura a Função Apostólica o profissional julgar como “rebeldia” quando o paciente não segue as recomendações prescritas em um encontro prévio ao invés de tentar escutar e entender o porquê dos seus comportamentos (BALINT, 2005). Dessa forma, a postura do profissional gera um distanciamento progressivo do paciente e a quebra ou não-formação das transferências, dificultando, assim, o processo de cuidado.

Outro importante estudo de revisão de literatura à luz da antropologia analisou publicações de pesquisadores norte-americanos que se debruçam na produção do



conhecimento: “Empoderamento no Campo da Diabetologia”. Uma das categorias estudadas apontou o impacto do empoderamento nas relações de cuidado exercidas pelos profissionais e as consequências dessa prática às pessoas com DM. Comparando essa relação estabelecida de autoridade que não deve ser transgredida à relação dos pais com os filhos transpondo para as ações prescritivas voltadas aos hábitos alimentares e atividades físicas, o que provocaria situações de desconforto por se tratarem de pessoas adultas (LOPES, 2015).

Os fragmentos demonstram o desconhecimento e/ou a não adesão dos profissionais da APS, acerca do planejamento e acompanhamento recomendado pelo Ministério da Saúde, por meio do Caderno de Atenção Básica, nº 35, no manejo de pessoas com doenças crônicas. Faz-se necessário detalhar todas as especificidades da doença, bem como compreender o meio e as condições que o indivíduo encontra-se inserido. A pessoa deve se sentir protagonista do seu próprio cuidado, o profissional de saúde nada mais é do que um auxiliador na redução de agravos (BRASIL, 2014).

Os profissionais dos dois grupos referiram complexidade e dificuldade em lidar com modificações no estilo de vida, de acordo com as falas:

Tem aquelas pessoas que têm o hábito de estar sempre na pizzaria, sempre comendo o que não presta. Você pergunta, por exemplo, ao invés de comer uma comida saudável aí come muita carne. Uma coisa que contém muito açúcar, muito sal, muita gordura (GF3).

Às vezes, **eu dou uma de nutricionista**: tire isso, tire aquilo entendeu? Encaminho sempre porque a nutricionista aqui do NASF-AB: é muito boa (GF1; grifo nosso).

A fala suscitada em um dos grupos quando se refere: “Eu dou uma de nutricionista” remete certo desconhecimento das recomendações sugeridas no protocolo do MS. Conforme o MS (BRASIL, 2013), as pessoas com DM são acompanhadas em consulta individual por médicos e enfermeiros na atenção primária. É importante que os profissionais estejam capacitados para reconhecerem seu papel para além da terapêutica medicamentosa incluindo modificações no estilo de vida reconhecendo a alimentação



como fator de risco e realizando orientações a respeito da alimentação saudável para um controle glicêmico satisfatório e para prevenir complicações.

No decorrer do estudo as discussões suscitadas não evidenciaram uma reflexão sobre o repensar e ressignificar o insucesso dessas práticas educativas. Os sentimentos identificados foram mais de impotência, a despeito de repetidos depoimentos dos profissionais sobre a pouca adesão das pessoas com DM em seguirem as orientações prescritivas:

Só que eu oriento agora, com oito dias eu encontro ele com um prato de cuscuz, aí eu fico toda... Sem ação mais de falar nada (GF3).

Na minha área eles dão muito trabalho, falam que gostam muito de doce (GF3).

Eu tenho uma moça na academia que ela tem hipertensão e DM, mas mesmo assim ela fala: 'Eu não vou deixar de comer meu pão. Eu não vou deixar de comer isso, comer aquilo (GFN).

Abordagem à atividade física

Outra recomendação específica à pessoa com DM são as orientações quanto à realização de atividade física. As equipes investigadas a esse respeito, assim se posicionaram:

Sim como eu falei: dieta né e atividade física entendeu? A gente orienta a atividade física pelo menos umas três vezes na semana, entendeu? No período de no mínimo 30 minutos, entendeu? (GF2).

A gente tem um grupo de pessoas, aqui onde funciona o CRAS, aí, tem atividade física toda terça-feira, aí tem as pessoas que praticam lá a atividade física e caminham, mas tem aqueles que não estão nem aí e a obesidade está lá em cima (GF3).

Correa *et al.* (2017) referem a associação entre melhorias na qualidade de vida e fatores de risco modificáveis como atividade física, alimentação adequada, e bom controle glicêmico, hemoglobina glicada < ou = a 7%, em pessoas atendidas e acompanhadas em um serviço de referência especializado e na APS. Excetuou-se neste



grupo duas variáveis sexo feminino e tempo de duração da doença. Os dados obtidos apontaram a necessidade da abordagem educativa para interferir positivamente nos fatores de risco modificáveis nos diversos pontos de atenção.

Outro estudo realizado em Viçosa-MG analisou a prevalência de DM e a realização de atividade física nessa população que utilizava as unidades da ESF, os resultados demonstraram que apenas 22% desempenhavam essa prática, apontaram a importância da reflexão entre gestores e profissionais da APS para planejarem estratégias que incluam intervenções nessa área e ressaltou ainda a importância do NASF-AB composta por profissional médico, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e profissional de educação física na consecução dessa proposta (FREITAS *et al.*, 2015).

Ainda quando questionados a respeito das orientações para prática de atividades físicas, alguns profissionais evidenciaram dificuldades na execução dessas atividades para além do escopo profissional, visto a seguir:

Quando a gente faz os Hiperdias, a gente fala da prática esportiva, de atividades esportivas, mas a gente não tem uma caixa de som, a gente não tem colchonete, não tem peso, a gente não tem um glicosímetro... A única coisa que o NASF-AB tem de material é um aferidor de pressão (GFN).

A gente faz... A gente faz um improviso com eles, aí a gente fez bastões com cabo (GFN).

Identifica-se um envolvimento dos profissionais do NASF-AB, quanto ao incentivo às práticas de atividades físicas, entretanto é importante pontuar a insuficiência de materiais que culmina com a improvisação. Esse achado também foi encontrado em um estudo realizado em uma região de São Paulo (SP) que analisou dois NASF-AB com o objetivo de compreender como os profissionais desenvolviam suas atividades para atingirem seus objetivos. Destacou-se a insuficiência de recursos material e físico, o que repercutia na adequada realização de suas atribuições nas equipes de saúde sob suas responsabilidades (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Percebe-se que independe exclusivamente do profissional a garantia da qualidade e eficácia do serviço prestado à população, indo além da execução das atribuições



inerentes à prática profissional, sendo necessário o apoio e incentivo da gestão com a garantia de insumos necessários para o alcance do que se propõe. Com isso, a diversidade dos cenários e a complexidade dos serviços multiprofissionais prestados são desafios a serem enfrentados nos mais diversos níveis de gestão que buscam a qualidade e resolubilidade da assistência (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Vale ressaltar que o MS recomenda a necessidade dos insumos adequados para a realização das ações que faz parte das atribuições do NASF-AB (BRASIL, 2013). O que não condiz com os achados nesse estudo.

CONCLUSÕES

A presente pesquisa sobre a atenção às pessoas com DM é de interesse dos gestores do setor saúde (nível macro e meso), mas é igualmente importante aos profissionais de saúde (nível micro), uma vez que todos estão implicados na organização do cuidado às condições crônicas e ainda porque os limites entre os níveis são bem tênues. Os dados reportados, oriundos de um município do interior da Paraíba, no Nordeste do Brasil, são oportunos e pertinentes para qualquer município brasileiro, em condições semelhantes ao do estudo.

As recomendações específicas para adesão ao tratamento terapêutico não medicamentoso mostraram-se insuficientes e permeadas por uma abordagem educativa não motivacional às mudanças de estilo de vida, fator adjuvante no tratamento das pessoas com DM. Os obstáculos apontados pelas equipes analisadas perfazem caminhos já apontados em outros estudos, o que nos leva a crer que essa prática venha ocorrendo da mesma forma em outros cenários. Nesse sentido, enquanto não ocorrer uma mudança significativa nas práticas educativas trazendo o usuário para o centro do processo e com a utilização de metodologias ativas, os profissionais não conseguirão alcançar o universo do usuário e juntos pactuar formas de prevenção da Diabetes Mellitus e suas complicações.

Por fim, acreditamos e nesse sentido recomendamos que esse estudo possa lançar luz na forma como vem se realizando as ações às pessoas com DM no município de



estudo e em outros que se encontrem em condições semelhantes. Esperamos ainda contribuir para ressignificação das práticas profissionais concomitantes à decisão da gestão para implantação do MACC no município.

REFERÊNCIAS

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 154, de 24 de JANEIRO DE 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF-AB**. Brasília (DF), Diário Oficial da União, 04 mar 2008, Seção 1, p. 8. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/485548/pg-38-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-04-03-2008>. Acesso em: 25 Jul 2020.

BRASIL. 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: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 02 Ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA: cadernos de atenção básica, nº 35**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014. 162 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 16 maio 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde. **Histórico de Cobertura da Atenção Básica**. 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/%20paginas/acesoPublico/relatorios/%20relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 17 abr. 2020.

COQUEIRO, J.M. *et al.* A Produção de Saberes no Cuidado aos Diabéticos na Estratégia Saúde da Família. **Uniciências**, Cuiabá- Mt, v. 19, n. 1, p. 93-99, 07 out. 2015. Disponível em: <https://revista.pgskroton.com/index.php/uniciencias/article/view/3161/2916>. Acesso em: 10 Maio 2020.

CORREA, K. et al. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 921-930, marzo 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300921&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 02 Agosto 2020.



FREITAS, E.F. *et al.* PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS E PRÁTICA DE EXERCÍCIO EM INDIVÍDUOS QUE PROCURARAM ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE VIÇOSA/MG. **Rev. educ. fis.** UEM, Maringá , v. 26, n. 4, p. 549-556, 2015 . Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/refuem/v26n4/1983-3083-refuem-26-04-00549.pdf>. Acesso em: 02 Ago. 2020.

GAMA, C.A.P. da; GUIMARAES, D. A.; ROCHA, G. N. G.. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei , v. 12, n. 3, p. 1-16, dez. 2017 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n3/13.pdf>. Acesso em: 05 Mar. 2020.

GONCALVES, R.M.A. *et al.* . Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015 . Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n131/0303-7657-rbso-40-131-59.pdf>. Acesso em: 02 Abril 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BR). **Panorama de Barra de Santana**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/barra-de-santana/panorama>. Acesso em: 02 ago. 2020.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas**, 6th ed. Bruxelas, Bélgica: International Diabetes Federation, 2013.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas**, 7th ed. Bélgica: International Diabetes Federation, 2015.

JASMIM, J.S.; QUELUCI, G.C. Studiesondiabeticpatients in primarycare. **Revista de Enfermagem UfpeOnLine**, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 1072-1084, 4 abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231093>. Acesso em: 05 jun. 2020.

KITZINGER, J. Grupo Focal. in: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p 33-43.

LOPES, A.A.F. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 486-500, Junho de 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200486&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 Maio 2020.

MENDES, E. V. **As Redes de atenção a saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p.



MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento** – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade**. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Brasil). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília (DF): Organização Mundial da Saúde, 2003. 105 p. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42500/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 05 abr. 2020.

REIS, D.O.; ARAÚJO, E.C.; CECÍLIO, L.C.O. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. [S.L]: UNASUS, 2012. 18 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em:
<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em: 25 Jun 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A Charter for General Practice/ Family Medicine in Europe: working draft**. Geneva: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1994.

Received: 10 August 2020

Accepted: 14 August 2020

Published: 02 January 2021