

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NARJARA TIZZO ROMEIRO DOSSO

**PRONTIDÃO PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO EM PESSOAS
COM DIABETES MELLITUS: DESAFIOS E OPORTUNIDADES**

CAMPO GRANDE-MS
2024

NARJARA TIZZO ROMEIRO DOSSO

**PRONTIDÃO PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO EM PESSOAS
COM DIABETES MELLITUS: DESAFIOS E OPORTUNIDADES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Diagnósticos locais e Atenção à Saúde da Família

Orientadora: Prof.^a Dra. Elen Ferraz Teston

CAMPO GRANDE-MS
2024

NARJARA TIZZO ROMEIRO DOSSO

**PRONTIDÃO PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO EM PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS: DESAFIOS E OPORTUNIDADES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.
Linha de Pesquisa: Diagnósticos locais e Atenção à Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra Elen Ferraz Teston

Banca examinadora:

Nota/conceito

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

AVALIAÇÃO FINAL: () Aprovação () Reprovação

Aos meus filhos Davi, Mariana e Letícia,
razão de tudo.

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação não seria possível sem o apoio de diversas pessoas e instituições.

Agradeço, em primeiro lugar, à minha família pelo amor, incentivo e apoio incondicional em todos os momentos.

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Dra. Elen Ferraz Teston, pela dedicação, paciência e conhecimento compartilhados durante todo o processo. Sua orientação foi fundamental para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço também aos meus colegas de mestrado, pela troca de conhecimentos e companheirismo.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, pela excelência no ensino e pela oportunidade de aprimorar meus conhecimentos.

Agradeço aos participantes deste estudo, profissionais de saúde e usuários, cuja disponibilidade para a coleta de dados foi fundamental para o sucesso desta pesquisa.

O estudo foi realizado com o apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC-Brasil.

A vida não consiste em esperar que a
tempestade passe, mas em aprender a
dançar na chuva.

(Vivian Greene)

RESUMO

O diabetes mellitus é um importante problema de saúde pública que vem crescendo globalmente nas últimas décadas. Sua ocorrência está relacionada à altas taxas de morbimortalidade, além de graves complicações que impactam na qualidade de vida das pessoas que possuem a condição. Hábitos de vida saudáveis são elementos essenciais no controle do diabetes, logo, mudanças comportamentais nesse sentido são primordiais para o sucesso do tratamento. O Modelo Transteórico de Mudança pode ser útil neste processo à medida que auxilia na identificação da prontidão para mudanças de comportamento dos indivíduos, fator importante a ser considerado na atenção à saúde. O presente estudo tem por objetivo identificar os estágios de motivação para mudança de comportamento em pessoas com diabetes e a utilização prática do Modelo Transteórico. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizada no âmbito de uma Unidade de Saúde da Família do município de Campo Grande- MS. Os dados foram coletados de janeiro a maio de 2023, por meio de entrevistas individuais, audiogravadas, com nove indivíduos com diabetes e com oito profissionais de saúde. Dentre os indivíduos com diabetes, oito eram mulheres, a idade variou entre 50 e 71 anos e o tempo de diagnóstico variou entre três e 28 anos. Dentre os profissionais de saúde, participaram enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, odontólogo, técnico de enfermagem, nutricionista, profissional de educação física e psicólogo. A idade dos profissionais variou entre 39 e 50 anos, com tempo de atuação profissional entre três anos e 31 anos. Os dados obtidos nas entrevistas foram submetidos à Análise de Conteúdo na modalidade temática, em que se originou duas categorias: “Os estágios de motivação para mudança de comportamento vivenciados por pessoas com diabetes” e “Práticas de cuidado às pessoas com diabetes: desafios na identificação do estágio de mudança de comportamento”. Os resultados revelaram a influência de múltiplos fatores na prontidão para mudança e a utilização não intencional de diversos processos de mudança pelos participantes. No entanto, a pesquisa evidenciou uma lacuna na prática clínica, com a subutilização do Modelo Transteórico no contexto da pesquisa. Diante desse cenário, este estudo contribui para a área ao demonstrar a relevância do Modelo Transteórico como ferramenta para a compreensão e intervenção na mudança de comportamento em diabetes, além de apontar a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para a sua utilização.

Descritores: Diabetes Mellitus; Modelo Transteórico; Cuidado; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Saúde da família.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a major public health problem that has been growing globally in recent decades. Its occurrence is related to high morbidity and mortality rates, in addition to serious complications that impact the quality of life of people with the condition. Healthy lifestyle habits are essential elements in diabetes control, therefore, behavioral changes in this sense are essential for successful treatment. The use of the Transtheoretical Model of Change to support care practices for people with diabetes can be useful in this process as it provides support for health professionals to identify the stage of readiness for behavioral change in individuals in order to direct support for self-care. The present study aims to identify the stage of motivation for behavioral change in people with diabetes and the practical use of the Transtheoretical Model. This is an exploratory descriptive study with a qualitative approach, carried out in a Family Health Unit in a capital city in the central-western region of Brazil. Data were collected from January to May 2023 through individual audio-recorded interviews with people with type 2 diabetes and health professionals. The interviews lasted between 20 and 40 minutes. A guiding question was used for data collection, in addition to supporting questions. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Mato Grosso do Sul. Participation was voluntary and anonymous, with participants identified by codes. All participants signed the Free and Informed Consent Form. Nine individuals with diabetes and eight health professionals participated. Among the individuals with diabetes, eight were women. Ages ranged from 50 to 71 years and time since diagnosis ranged from three to 28 years. Among the health professionals, the following participated: nurses, physicians, community health agents, dentists, nursing technicians, nutritionists, physical education professionals, and psychologists. The professionals' ages ranged from 39 to 50 years, with professional experience ranging from three to 31 years. The data obtained in the interviews were subjected to Content Analysis, thematic modality, which resulted in two categories: "The stages of motivation for behavior change experienced by people with diabetes" and "Care practices for people with diabetes: challenges in identifying the stage of behavior change". The results revealed the influence of multiple factors on the readiness for behavior change and the unintentional use of various change processes by the participants. However, the results pointed out gaps in the care practice of health professionals regarding support and encouragement for self-care and behavior change. It is concluded that since behavior change is one of the central elements in the care process for people with chronic conditions such as diabetes, care actions that enhance the individual's autonomy, the making of conscious choices and engagement with their health condition are necessary.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Transtheoretical Model; Care; Nursing; Primary Health Care; Family Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
DALY's	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DM	Diabetes mellitus
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
EM	Entrevista motivacional
GO	Grupo Operativo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTT	Modelo Transteórico de Mudança
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
RAS	Redes de Atenção à Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	Diabetes mellitus.....	13
2.2	Atenção Primária a Saúde e o cuidado às pessoas com DM2.....	15
2.3	O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento.....	17
3	OBJETIVOS	23
3.1	Objetivo geral	23
4	METODOLOGIA.....	24
4.1	Caracterização da pesquisa	24
4.2	Cenário da pesquisa.....	24
4.3	Participantes da pesquisa e coleta de dados.....	25
4.4	Organização e análise dos dados	26
4.5	Aspectos éticos	27
5	RESULTADOS.....	28
6	DISCUSSÃO.....	40
7	CONCLUSÃO.....	49
	REFERÊNCIAS	50
	APÊNDICE A - TCLE – Indivíduos com diabetes mellitus.....	60
	APÊNDICE B - TCLE – Profissionais de saúde.....	62
	APÊNDICE C - Instrumento de caracterização/indivíduos com diabetes mellitus.	64
	APÊNDICE D - Instrumento de caracterização/profissionais de saúde.....	66
	APÊNDICE E - Roteiro para entrevista/indivíduos com diabetes mellitus.....	67
	APÊNDICE F - Roteiro para entrevista/profissionais de saúde.....	69

ANEXO A - Termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde.....	71
ANEXO B - Parecer do comitê de ética em pesquisa da universidade federal de Mato Grosso do Sul.....	73

1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é um relevante problema de saúde pública que vem crescendo globalmente nas últimas décadas, estima-se que, no mundo, até o ano de 2045, um em cada oito indivíduos terão DM (International Diabetes Federation, 2021).

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) corresponde a aproximadamente 90% de todos os casos de DM e, embora as suas causas não sejam completamente conhecidas, sabe-se que a sua ocorrência está, em grande parte, atrelada ao estilo de vida dos indivíduos e pode também relacionar-se ao contexto socioeconômico em que as pessoas estão inseridas (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; Brasil, 2019).

A principal característica do DM é a hiperglicemia persistente que está relacionada à elevadas taxas de morbimortalidade, além de complicações como doença cardiovascular, polineuropatia periférica, nefropatia, retinopatia e amputações, que levam à diminuição na qualidade de vida dos indivíduos, bem como são dispendiosos aos sistemas de saúde (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; World Health Organization, 2019).

A carga global crescente do DM requer medidas que promovam intervenções eficazes para o seu controle e para o manejo de suas complicações, que contemplem a corresponsabilização entre profissionais de saúde e indivíduos (Lin *et al.*, 2020).

Os fatores de risco modificáveis, ou seja, aqueles que se relacionam aos comportamentos, são responsáveis pela maior parte da carga diabética que é evidenciada pelas crescentes taxas de prevalência, incidência, mortalidade e DALYs (*Disability Adjusted Life Years*) no mundo (Lin *et al.*, 2020).

Mudanças de comportamento em relação ao estilo de vida são necessárias no manejo do DM, entretanto, esta é uma tarefa complexa que depende de múltiplas condições. A utilização de recursos metodológicos que favoreçam os processos de mudança pode ser útil aos profissionais de saúde na assistência prestada visando à melhoria nas condições de vida de indivíduos com doença crônica (Mendes, 2012).

Um recurso a ser considerado na abordagem para a mudança de comportamento é o Modelo Transteórico de Mudança (MTT) desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982). O MTT trata-se de um modelo explicativo que tem por objetivo compreender os processos de mudança de comportamento. Nele observa-se que o indivíduo pode modificar ou cessar certos comportamentos existentes, bem como desenvolver novos comportamentos.

O MTT sugere que as mudanças de comportamento não ocorrem de maneira homogênea, havendo, portanto, estágios de mudança até que se obtenha o comportamento desejado. A principal premissa é de que os indivíduos passam por diversos níveis de motivação ou prontidão para mudanças (Prochaska; Diclemente, 1983).

Indivíduos com DM, convivem com uma condição crônica que exige mudanças profundas e duradouras em seu estilo de vida a fim de reduzir o risco de complicações. As ações em saúde direcionadas à cessação de comportamentos prejudiciais nessa população podem ser mais eficazes se observados os estágios de mudança de comportamento em que cada indivíduo se encontra (Mendes, 2012).

Nesse contexto, questiona-se: Em que medida as práticas de cuidado na APS se adaptam aos estágios de mudança comportamental dos indivíduos, considerando os elementos contextuais que influenciam as decisões em saúde?

Assim, este estudo tem por objetivo identificar o estágio de motivação para mudança de comportamento em pessoas com DM2 e a utilização prática do Modelo Transteórico de Mudança, além de conhecer os aspectos envolvidos na prontidão para a mudança.

Pressupõe-se que o conhecimento resultante deste estudo forneça subsídios para interações e intervenções mais resolutivas no contexto da assistência à pessoa com DM2 na Atenção Primária à Saúde (APS), favorecendo o emprego de intervenções adequadas ao nível de motivação de cada pessoa, reduzindo assim o risco de complicações e melhorando o potencial de saúde destes indivíduos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Diabetes mellitus

O DM é uma das condições crônicas que mais cresce no mundo, com estimativas globais alarmantes. No ano de 2021, considerando a população de 20 a 79 anos, cerca de 537 milhões de pessoas foram acometidas e as projeções para os anos de 2030 e 2045 indicam que este número pode alcançar 643 milhões e 783 milhões de pessoas, respectivamente (International Diabetes Federation, 2021).

As despesas anuais decorrentes das complicações do DM também representam um valor expressivo, estimado em 966 bilhões de dólares no mundo. No Brasil, o gasto estimado com a condição é de 42 bilhões, colocando o país na terceira posição entre os países com maior gasto (International Diabetes Federation, 2021).

Estima-se que 8,5% da população brasileira, ou seja, aproximadamente 15,7 milhões de pessoas, convivam com o diabetes. Esse número coloca o Brasil na sexta posição entre os países com maior prevalência da doença (International Diabetes Federation, 2021).

Dados do inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que analisou informações das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal, apontaram uma prevalência do DM ainda maior, acometendo 10,2% da população adulta (maiores de 18 anos) (Brasil, 2023).

O DM2 é a forma mais comum, representando cerca de 90% dos casos diagnosticados. Sua etiologia é complexa e multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais. No entanto, é consenso que fatores de risco modificáveis exercem um papel preponderante no desenvolvimento do DM2. Esses fatores, intimamente relacionados ao estilo de vida, incluem o sedentarismo, os hábitos alimentares inadequados, o tabagismo e o consumo excessivo de álcool (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; Brasil, 2019).

Estima-se que aproximadamente 45% dos casos de DM não tenham o diagnóstico conhecido, o que favorece a ocorrência de complicações em virtude da ausência de medidas precoces para o controle da doença. As complicações decorrentes do DM2 levam à redução da qualidade de vida e elevam ainda mais os custos da doença para os sistemas de saúde (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; World Health Organization, 2019).

Estudos têm demonstrado que o DM2 é uma das principais condições crônicas, cuja incidência pode ser significativamente reduzida ou retardada por meio da adoção de um estilo

de vida saudável. Nesse contexto, a modificação de comportamentos relacionados à alimentação e à atividade física, com destaque para o controle do peso e a prática regular de exercícios físicos, emergem como as intervenções mais eficazes na prevenção e no manejo do DM2 (Dambha-Miller, 2020; Diabetes Prevention Program Research Group, 2015; Satija, 2016).

O manejo do DM e a prevenção de suas complicações estão diretamente relacionados ao autocuidado dos indivíduos e à qualidade da assistência à saúde ofertada. No manejo do DM, a educação em saúde, seja no âmbito individual ou coletivo, é um dos pilares do cuidado sendo um fator decisivo para um maior grau de compreensão dos indivíduos acerca de sua condição de saúde, para o fortalecimento do autocuidado, aumento da motivação para a adoção de comportamentos mais saudáveis e para a prevenção de complicações da doença (American Diabetes Association, 2022; Teston *et al.*, 2018; Chatterjee *et al.*, 2018; Moura *et al.*, 2019).

O envolvimento e a participação do indivíduo como sujeito ativo de seu processo de cuidado são determinantes para o sucesso. Mudanças efetivas de comportamento e estilo de vida, não dependem somente da orientação profissional, mas está atrelada também a conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação desta com as suas práticas e, ainda, sua percepção a respeito de qual é a sua prioridade a ser superada ou manejada com relação ao seu contexto de vida e sua condição (Mendes, 2012).

Além da capacidade de autocuidado, o letramento em saúde, o suporte familiar e as condições socioeconômicas também são importantes fatores que influenciam tanto no surgimento das doenças, quanto na evolução de condições já instaladas. A insuficiência em quaisquer destes contextos, pode impactar negativamente na saúde dos indivíduos (Brasil, 2019).

Lima do Carmo *et al.* (2018) identificaram que pessoas com DM que apresentam boa adesão ao autocuidado, ou seja, aquelas que mantêm hábitos alimentares saudáveis, praticam atividade física, fazem uso correto dos medicamentos prescritos, realizam a monitorização glicêmica e não fumam, possuem melhores parâmetros bioquímicos e antropométricos. Resultados semelhantes foram identificados por Azami *et al.* (2018) que observaram impacto significativo das práticas de autocuidado e autogestão em DM na diminuição dos valores de hemoglobina glicada, peso corporal e pressão arterial.

Embora as evidências demonstrem a importância dos comportamentos em relação ao manejo adequado do DM, estudos apontam para uma adesão insuficiente às práticas de autocuidado nos indivíduos com essa condição crônica. A incorporação de hábitos

saudáveis é frequentemente desafiada por uma série de obstáculos complexos, que podem englobar fatores psicossociais, físicos e culturais (Rocha; Silva; Cardoso, 2020).

A complexidade das barreiras para a adesão exige a implementação de estratégias multidisciplinares e personalizadas que auxiliem na mudança de comportamento (Portela *et al.*, 2022; Souza *et al.*, 2019).

2.2 Atenção Primária à Saúde e o cuidado às pessoas com DM2

O processo global de transição epidemiológica e demográfica observado nas últimas décadas, representa um desafio aos sistemas de saúde, uma vez que a assistência ofertada atualmente ainda é predominantemente fundamentada no modelo biomédico, fragmentada, episódica e reativa, em um contexto de predomínio de condições crônicas, que exigem respostas contínuas, proativas e integrais (Mendes, 2018).

Uma das principais estratégias adotadas na APS visando a otimização do manejo do DM2 foi a elaboração do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao diabetes mellitus, que instituiu o HIPERDIA. Este programa estabeleceu as bases para a organização da assistência, prevenção e promoção da saúde para pessoas com hipertensão e diabetes do SUS (Brasil, 2002). Contudo, a efetividade do programa enfrenta desafios, como a demanda elevada por atendimento, a dificuldade em realizar atividades educativas em grupo e a incompatibilidade de horários são alguns dos obstáculos que comprometem o manejo adequado da hipertensão e do diabetes nesse contexto (Draeger *et al.*, 2022).

No intuito de superar a incoerência existente entre a situação de saúde no país e a resposta do sistema, instituiu-se as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que sugerem uma relação colaborativa e interdependente entre os diversos pontos de atenção. As RAS devem atuar de maneira contínua, proativa e longitudinal, sendo, portanto, capazes de responder de maneira adequada às condições de saúde da população (Brasil, 2019).

No contexto das RAS, a APS deve ser a porta de entrada preferencial, atuando como centro da comunicação e ordenadora do cuidado. Deve ser acessível, qualificada e resolutive, bem como ser capaz de gerenciar os fluxos e contrafluxos de usuários dentro da rede (Brasil, 2019).

O DM é uma condição sensível à APS, ou seja, é uma condição que poderia ser evitada e controlada a partir de ações efetivas desenvolvidas neste âmbito (Brasil, 2008). Há evidências de que a APS exerce um importante papel no desenvolvimento do

autocuidado em pessoas com DM e de que o acesso, o vínculo, o acolhimento, as práticas de educação em saúde e o monitoramento da condição de saúde dos indivíduos são fatores que contribuem para o sucesso do tratamento de condições crônicas (Salci; Meirelles; Silva, 2017; Santos *et al.*, 2018, Yamamoto, 2024).

No contexto de enfrentamento a essas condições, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) destacam-se como uma agenda global, com a adesão de diversos países, incluindo o Brasil, que estabelece metas em diversos segmentos como: saúde, educação, segurança, igualdade, entre outros. Dentre as pactuações dos ODS, na esfera saúde e bem-estar, destaca-se a redução, até o ano de 2030, de um terço da mortalidade prematura (em pessoas menores de 70 anos) por doenças não transmissíveis, dentre elas, o DM, através da prevenção e intervenções direcionadas aos fatores de risco modificáveis (Organização das Nações Unidas, 2015).

Em sintonia com os ODS foi elaborado o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, que apresenta diretrizes para a prevenção dos fatores de risco das doenças crônicas e para a promoção da saúde, visando mitigar desigualdades em saúde através de políticas e programas intersetoriais, fortalecimento das RAS, inovação na gestão e pesquisa nos serviços de saúde para o favorecimento das tomadas de decisão baseada em evidências (Brasil, 2021b).

O plano pretende que as ações preventivas em relação às doenças crônicas sejam constantemente discutidas e analisadas, que tenham coerência com o fenômeno da determinação social do processo saúde-doença e que permitam a reorganização do cuidado tendo em vista a situação epidemiológica e demográfica do Brasil (Brasil, 2021b).

Ainda no intuito de fortalecer as RAS e promover um cuidado integral, contínuo e longitudinal, foi instituída a Linha de Cuidado em DM. As linhas de cuidado representam padronizações técnicas que definem as ações e serviços a serem desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção, desde as unidades de APS até os serviços especializados. A linha de cuidado em DM reforça, além do tratamento medicamentoso, a importância do tratamento não medicamentoso, que busca controlar fatores de risco modificáveis e deve ser pautado em mudanças no estilo de vida dos indivíduos, considerando a motivação destes para mudanças, bem como a capacidade de adaptação às mudanças (Brasil, 2021a).

A despeito das estratégias de enfrentamento às condições crônicas, observam-se múltiplas fragilidades na assistência ofertada na APS, sobretudo, em relação ao envolvimento dos profissionais de saúde com os indivíduos e suas famílias, à capacitação profissional para o manejo adequado das condições crônicas, ao acesso aos serviços, à falta

de recursos e à uma gestão inadequada dos serviços de saúde resultando em maior prevalência de complicações e conseqüentemente, de demandas para atendimentos de emergência e internações (Muzy *et al.*, 2021; Salci; Meirelles; Silva, 2017; Mendes, 2018).

Segundo Silocchi, Junges e Martino (2019) há uma forte herança do modelo biomédico entre os profissionais de saúde, o que desencadeia pouco interesse e pouca valorização em relação às mudanças de paradigma em seu cotidiano de trabalho. Com isso, perpetuam-se as práticas baseadas no sistema queixa-conduta, centradas no diagnóstico, em procedimentos e na prescrição medicamentosa.

Fragilidades também foram observadas nos processos de educação em saúde em DM na APS, em virtude do pouco envolvimento profissional, da realização de ações fragmentadas e da utilização de estratégias metodológicas inadequadas que não favoreciam o desenvolvimento da corresponsabilização e coparticipação, bem como o estímulo para o autocuidado e autonomia para que os indivíduos fizessem escolhas conscientes (Salci; Meirelles; Silva, 2018).

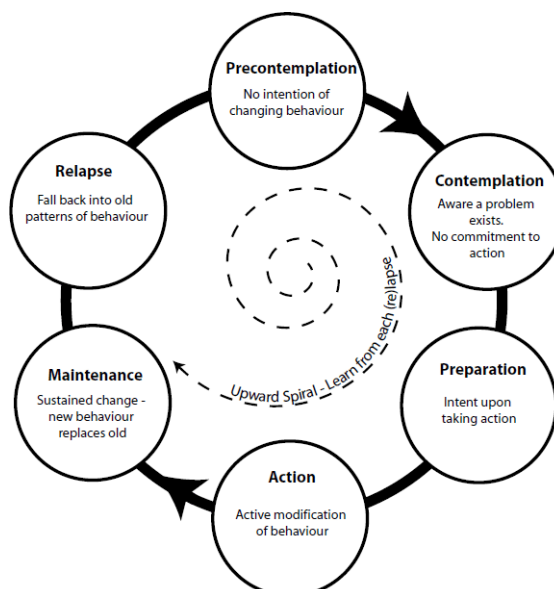
2.3 Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento

O diagnóstico do DM acarreta a necessidade de mudanças significativas na vida dos indivíduos acometidos. Estas podem suscitar sentimentos de angústia, impotência e revolta diante da necessidade de adequar práticas do cotidiano à nova realidade. Frente a isso, o planejamento das ações de cuidado deve envolver múltiplos aspectos da vida dos indivíduos (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019).

Os momentos de transformação pelos quais passam as pessoas com DM podem ser melhor compreendidos e conduzidos utilizando-se o MTT, proposto por Prochaska e DiClemente (1982).

O MTT trata-se de um modelo teórico que identificou e descreveu os processos de mudança de comportamento pela primeira vez em uma análise comparativa dos principais sistemas de psicoterapia existentes (Prochaska; Diclemente, 1982). O modelo explica as etapas pelas quais os indivíduos comumente passam no decorrer dos processos de mudança de comportamento e fornece subsídios para que se compreenda e se intervenha neste processo, tendo como fator essencial a intencionalidade dos indivíduos em mudar comportamentos, distintamente de outros modelos teóricos que possuem um Enfoque Maior Na Influência Dos Fatores Sociais Ou Biológicos (Prochaska; Diclemente; Norcross, 1992).

Figura 1 – Representação do Modelo Transtéorico de Mudança.



Fonte: Prochaska; DiClemente; Norcross, 1992.

O MTT é um modelo de dimensão temporal e fundamenta-se no pressuposto de que as mudanças de comportamento ocorrem no decorrer de um processo com etapas que determinam os níveis de motivação para a mudança. Os níveis de motivação são representados por 5 estágios, sendo: Pré-Contemplanção, Contemplanção, Preparação, Ação e Manutenção (Prochaska; DiClemente; Norcross, 1992; Prochaska; DiClemente, 1983).

Na pré-contemplanção os indivíduos não veem problemas em seu comportamento e não tem disposição em mudar nos próximos seis meses. É uma etapa de negação, na qual o indivíduo não reconhece a existência do comportamento prejudicial, embora as pessoas à sua volta, frequentemente, reconheçam e o pressionem para uma mudança. Os indivíduos podem estar neste estágio por desinformação a respeito das consequências de seu comportamento (Prochaska; DiClemente; Norcross, 1992).

Na contemplanção os indivíduos são capazes de reconhecer os problemas em seu comportamento e consideram modificá-lo, porém ainda não estão preparados para a ação. Nesta etapa os prós e contras relacionados ao processo de mudança são ponderados e é comum os indivíduos declinarem ao considerarem que o esforço e as perdas decorrentes do processo superam os benefícios. No entanto, pessoas nesta etapa vislumbram uma mudança de comportamento a médio ou longo prazo (Prochaska; DiClemente; Norcross, 1992;

Prochaska; Diclemente, 1983).

No estágio preparação os indivíduos possuem firme intenção de estabelecerem as ações para mudança em curto prazo. Já são capazes de instituir pequenas mudanças e de idealizar alternativas aos comportamentos prejudiciais (Prochaska; Diclemente; Norcross, 1992).

No estágio de ação os indivíduos, de fato, colocam em prática as mudanças que idealizaram e os novos hábitos aparecem e são mantidos. Um novo comportamento que se sustenta entre um dia a seis meses caracteriza o estágio de ação (Prochaska; Diclemente; Norcross, 1992).

Por fim, há o estágio de manutenção que se caracteriza pela permanência e consolidação do novo comportamento e pelo estabelecimento de estratégias para evitar recaídas. Encontram-se em manutenção indivíduos que mantêm seu novo hábito após seis meses no estágio de ação, e permanecem neste estágio por tempo indeterminado (Prochaska; Diclemente; Norcross, 1992).

Durante o processo de mudança de comportamento, é comum que os indivíduos transitem entre os estágios, podendo avançar ou regredir em etapas já superadas anteriormente, portanto, considera-se que o processo não é linear ou lógico (Prochaska; Velicer, 1997). O avançar nas etapas relaciona-se, em parte, às intervenções aplicadas aos indivíduos, portanto, profissionais de saúde devem agir de maneira estratégica, avaliando a prontidão dos indivíduos para mudança e a partir dessa avaliação, definirem ações apropriadas ao nível de motivação em que os indivíduos se encontram (Mendes, 2012).

Outro importante construto do MTT são os processos de mudança, que podem ser definidos como os “motores” da mudança. Eles auxiliam os indivíduos a realizarem tarefas essenciais para obterem mudanças bem-sucedidas. Tais processos abrangem experiências e atividades que permitem que as pessoas passem de um estágio para o outro (Prochaska; Velicer, 1997).

Os processos de mudança se dividem em dois grupos, os cognitivos e os comportamentais. Os processos cognitivos representam os pensamentos, sentimentos e experiências da pessoa em relação ao comportamento-problema. Esses processos são mais utilizados nos estágios iniciais da mudança. São processos cognitivos: ampliação da consciência, alívio emocional, autorreavaliação, reavaliação circundante e deliberação social. (Velasquez *et al.*, 2016; Prochaska; Velicer, 1997; Oliveira *et al.*, 2017).

A ampliação da consciência trata-se de um processo muito inicial e refere-se a

aquisição de conhecimentos sobre a sua condição de saúde e sobre as possíveis consequências de seus comportamentos. Sem o desenvolvimento desse processo, a mudança de comportamento torna-se algo distante e pouco factível. A ampliação da consciência possibilita às pessoas refletirem sobre como seus comportamentos repercutem na sua vida, na sua saúde e nos seus relacionamentos (Oliveira *et al.*, 2017; Prochaska; Velicer, 1997)).

O processo de alívio emocional está relacionado à mudança de comportamento que é motivada a partir de experiências emocionais, como vivências negativas de complicações de saúde em pessoas próximas, presenciar testemunhos e relatos ou medo de perder a visão, por exemplo. É comum as pessoas mudarem suas perspectivas diante de eventos internos ou externos que despertem suas emoções de alguma forma (Oliveira *et al.*, 2017; Prochaska; Velicer, 1997).

A autorreavaliação está relacionada ao reconhecimento de como um comportamento atual e suas prováveis consequências estão em desalinho com objetivos e valores pessoais, perspectivas de vida e com a sua autoimagem. Através desse processo, os indivíduos fazem uma reavaliação do comportamento atual e das possibilidades futuras, vislumbrando a imagem de si mesmos após uma mudança de comportamento positiva (Oliveira *et al.*, 2017; Prochaska; Velicer, 1997).

O processo da reavaliação circundante tem a ver com o reconhecimento de como o comportamento prejudicial atual afeta as pessoas e o ambiente em que o indivíduo se encontra, seja no meio familiar, entre amigos ou no ambiente de trabalho. Por exemplo, um indivíduo com DM2 que tem o hábito de fumar, pode sentir-se mais motivado a deixar o vício quando percebe o quanto tal hábito pode prejudicar seus familiares com os quais convive cotidianamente (Oliveira *et al.*, 2017; Prochaska; Velicer, 1997).

O último processo cognitivo é a deliberação social que se refere a maneira como o meio social pode favorecer as mudanças de comportamento. Através desse processo os indivíduos podem perceber que há alternativas e políticas sociais, que oportunizam a mudança de comportamento. Por exemplo, a oferta de locais onde são oferecidas aulas para atividades físicas (Oliveira *et al.*, 2017; Prochaska; Velicer, 1997).

Os processos de mudança comportamentais são caracterizados por estratégias de ação para modificação do comportamento que são observáveis no dia a dia. Eles estão mais presentes nos estágios posteriores de mudança, como estágio de ação ou manutenção. Os processos comportamentais são: controle de estímulos, contracondicionamento, gerenciamento de reforço, autodeliberação e relações de ajuda (Prochaska; Velicer, 1997,

Oliveira *et al.*, 2017).

No controle de estímulos, a principal ação tem a ver com evitar os gatilhos e circunstâncias que possam levar à ocorrência do comportamento que se quer evitar. Como por exemplo, não tendo em casa alimentos gordurosos, ultraprocessados e ricos em açúcar ou adquirindo o hábito de, ao sair de casa, levar alimentos no intuito de evitar comer em lanchonetes, onde haverá muitos alimentos tentadores (Prochaska; Velicer, 1997; Oliveira *et al.*, 2017).

O processo de contracondicionamento está relacionado as respostas de um indivíduo aos estímulos que antecedem um comportamento prejudicial. Por exemplo, uma pessoa que, em situações de estresse, tem o impulso de comer muitos doces, pode aprender a responder à situação estressante de outra maneira, através de técnicas de relaxamento, por exemplo (Prochaska; Velicer, 1997; Oliveira *et al.*, 2017).

O gerenciamento de reforço consiste em encontrar “recompensas” por uma mudança de comportamento ou vivenciar consequências positivas a partir da mudança, como por exemplo, ser capaz de amarrar os sapatos sem dificuldades após perder peso. Essas experiências podem servir de incentivo para que os indivíduos persistam em sua mudança de hábitos (Prochaska; Velicer, 1997; Oliveira *et al.*, 2017).

No processo da autodeliberação os indivíduos tem confiança na própria capacidade de mudança e agem de acordo com essa crença. Podem ser estabelecidas estratégias e metas de mudança. Compartilhar tais compromissos com outras pessoas pode fortalecer as chances de sucesso. Por exemplo, estabelecer a meta de utilizar escadas ao invés de elevador, ou ir caminhando ao mercado ao invés de utilizar veículos (Prochaska; Velicer, 1997; Oliveira *et al.*, 2017).

O último processo comportamental refere-se as relações de ajuda nas quais os relacionamentos dos indivíduos servem de apoio e estímulo para a mudança de comportamento. São importantes o suporte e a aceitação das pessoas com as quais convivem os indivíduos que precisam de mudanças em seus comportamentos. Um exemplo característico desse processo é um indivíduo poder contar com a companhia de seu cônjuge ou de seus filhos em uma prática de atividade física (Prochaska; Velicer, 1997; Oliveira *et al.*, 2017).

O MTT, embora tenha sido originalmente desenvolvido em um contexto de assistência à cessação do tabagismo, e ainda seja amplamente utilizado para essa finalidade, tem sido aplicado de maneira exitosa em outras circunstâncias que necessitam de mudanças relacionadas aos comportamentos, como nos hábitos alimentares (Tang; Fu, 2021; Freitas *et al.*, 2020; Filgueiras; Sawaya, 2018; Luz *et al.*, 2021) e na prática de atividade física (Murakami *et*

al., 2021; Tessaro; Silva; Loch, 2021; Hidrus; Kueh; Norsa'adah, 2022). Em relação ao manejo do DM, diversos estudos tem verificado a eficácia do MTT. O modelo tem se mostrado uma ferramenta promissora, auxiliando na promoção de mudanças de comportamento e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

No entanto, é importante ressaltar que a eficácia do MTT depende de diversos fatores, como a qualidade da implementação, a qualificação dos profissionais de saúde e as características individuais de cada paciente (Hidrus *et al.*, 2022; Miezah *et al.*, 2024; Dunkel *et al.*, 2024).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar o estágio de motivação para mudança de comportamento em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 e a utilização prática do Modelo Transteórico de Mudança.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa busca conhecer e compreender aspectos subjetivos dos fenômenos humanos e das relações sociais. Minayo define essa abordagem como um método,

[...] que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (Minayo, 2017).

A pesquisa com abordagem qualitativa pode revelar aspectos do comportamento social que os dados numéricos e indicadores nem sempre explicitam. Essa abordagem parte do princípio de que a realidade não pode ser entendida como algo que independe da pessoa racional, pois a realidade representa uma construção social subjetiva, envolta por um contexto histórico e valores sociais, culturais, políticos e econômicos (Martínez, 2012).

Na elaboração e descrição do método deste estudo foram observados os critérios recomendados no *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

4.2 Cenário da pesquisa

A capital em estudo está situada na região Centro-Oeste brasileira e seu território compreende uma área de aproximadamente 8.096 km². Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município conta com 897.938 habitantes (IBGE, 2022). No período de realização do estudo, a capital estava dividida em sete Distritos Sanitários.

O estudo foi desenvolvido no âmbito de uma das unidades de saúde da família (USF) do município, selecionada por conveniência.

O município onde o estudo foi realizado contava com 73 unidades de saúde, sendo 57 USF e 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Atuavam nestas unidades 153 equipes de saúde da família, 54 equipes de atenção básica e 150 equipes de saúde bucal, representando uma cobertura de Estratégia de Saúde de 12 equipes eMulti, que atendiam 104 equipes de saúde da família, garantindo uma cobertura de 73%.

4.3 Participantes da pesquisa e coleta de dados

Inicialmente foi realizado contato presencial com o profissional gerente responsável de uma das unidades selecionadas por conveniência e posteriormente foi realizado contato presencial com o enfermeiro da equipe e os agentes comunitários de saúde (ACS) para que fosse disponibilizada a lista de indivíduos com DM2 cadastrados na USF.

O convite aos usuários com DM2 foi realizado por meio de visitas domiciliares, acompanhada pelo agente comunitário de saúde, conforme a lista disponibilizada pela equipe.

No primeiro momento, participaram da pesquisa indivíduos com diagnóstico de DM2 há, no mínimo, seis meses com idade superior a 18 anos. Foram excluídos da pesquisa pessoas que apresentavam algum comprometimento cognitivo.

Na ocasião da visita foi esclarecida a proposta da pesquisa e eventuais dúvidas foram elucidadas. Uma vez aceito o convite, e havendo possibilidade de realização da entrevista no mesmo momento, o participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) que foi lido e assinado em duas vias de igual teor.

Na sequência, foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica (Apêndice C) e em seguida foi realizada a entrevista semiestruturada guiada pela seguinte questão norteadora: “Fale sobre os seus cuidados em relação ao diabetes no seu dia a dia”.

A fim de assegurar que os objetivos do estudo fossem alcançados, foram utilizadas questões de apoio que exploraram os estágios de mudança, as práticas de autocuidado e a percepção dos participantes sobre a assistência à saúde recebida (Apêndice E).

Simultaneamente, foi realizado um levantamento dos profissionais de saúde que compunham a equipe de saúde da família da USF, bem como os profissionais da eMulti vinculados à unidade, por meio de informações prestadas pelo gerente. À época, a USF contava com equipe única, sendo composta por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um odontólogo e quatro agentes comunitários de saúde. A equipe eMulti, era composta de um nutricionista, um profissional de educação física, um psicólogo, um fonoaudiólogo, um médico ginecologista e um médico pediatra.

Utilizou-se como critério de inclusão, o profissional desempenhar suas atividades na USF há no mínimo seis meses.

Todos os profissionais de saúde que atendiam aos critérios de inclusão receberam o convite para participar do estudo de forma presencial e na ocasião foram esclarecidas as propostas da pesquisa e eventuais dúvidas foram elucidadas.

Houve recusa em participar do estudo por parte de seis profissionais, devido à falta de

interesse ou em razão de indisponibilidade de horários para a realização da entrevista.

Mediante o aceite dos profissionais em participar do estudo, foi agendada a entrevista em dia e horário mais oportunos, na própria USF, visando não comprometer suas atividades cotidianas.

No dia agendado para a entrevista, os profissionais receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) que foi lido e assinado em duas vias de igual teor. Em seguida foi aplicado o instrumento de caracterização dos profissionais de saúde elaborado pelas autoras (Apêndice D) e posteriormente, foi realizada a entrevista semiestruturada guiada pela seguinte questão norteadora: “Fale sobre suas ações de estímulo ao autocuidado em relação ao paciente com diabetes”. A fim de assegurar que os objetivos do estudo fossem alcançados, foram utilizadas questões de apoio que exploraram as práticas assistenciais dos profissionais de saúde (Apêndice F).

Tanto as entrevistas com usuários, quanto as com os profissionais foram audiogravadas com auxílio de um smartphone e um gravador digital, mediante a autorização dos entrevistados. As entrevistas tiveram duração variável entre 20 a 40 minutos.

Encerrou-se as entrevistas quando os objetivos do estudo foram atingidos e as informações coletadas tornaram-se repetitivas, não havendo elementos novos no discurso dos entrevistados (Minayo, 2017).

4.4 Organização e análise dos dados

Após a etapa de coleta dos dados, cada entrevista foi transcrita na íntegra, gerando um documento na ferramenta Microsoft Office Word. A fim de facilitar a análise dos dados, as falas dos participantes foram ajustadas com a correção de vícios de linguagem, a padronização da escrita e a eliminação de repetições, preservando, contudo, as nuances e particularidades da fala original. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo modalidade temática, seguindo as etapas preestabelecidas que incluíram a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (Bardin, 2016). Na pré-análise o material foi organizado, transcrito e separado.

Em seguida, realizou-se uma leitura flutuante para identificar aspectos relevantes ao objetivo do estudo. Na fase de exploração do material foi realizada a codificação dos dados onde foram identificados 28 códigos a partir da identificação de palavras-chave e frases relevantes (Bardin, 2016). A interação entre os dados empíricos e o referencial teórico, aliada à análise dos temas emergentes, possibilitou a construção de quatro núcleos de sentido, sendo:

1- Identificando os estágios de mudanças de comportamento. 2 - Uso dos processos cognitivos e comportamentais do MTT no apoio para mudança e manutenção. 3 - Circunstâncias envolvidas na mudança de comportamentos de pessoas com DM2. 4 – Abordagem para mudança de comportamento no contexto da assistência. Os núcleos de sentido reagrupados originaram duas categorias temáticas, a saber: “Os estágios de motivação para mudança de comportamento vivenciados por pessoas com DM2” e “Práticas de cuidado às pessoas com DM2: desafios na identificação do estágio de mudança de comportamento”.

Os resultados obtidos foram interpretados à luz do referencial do Modelo Transteórico de Mudança, permitindo uma compreensão aprofundada das experiências dos participantes (Prochaska; Diclemente, 1982).

4.5 Aspectos éticos

O estudo obteve a anuência da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande – MS (Anexo A) e também do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o parecer nº 5.826.293 (Anexo B).

O sigilo e o anonimato foram garantidos a todos os participantes, que tiveram seus nomes substituídos por códigos de identificação, para facilitar as análises. As pessoas com DM2 foram identificados pela letra U de “usuário”, seguida do número correspondente à ordem de participação do mesmo no estudo. Os profissionais de saúde foram identificados por letras que representam a sua categoria profissional, sendo, ENF = enfermeiro; MED = médico; TE = técnico de enfermagem; ACS = agente comunitário de saúde; ODO = odontólogo; NUT = nutricionista; PEF = profissional de educação física e PSI = Psicólogo, seguido pelo número que representa a ordem de realização das entrevistas.

Os dados coletados durante a pesquisa serão mantidos em arquivo físico ou digital, sob guarda e responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos após o término da pesquisa, e os resultados obtidos serão divulgados em eventos e periódicos de informação científica, resguardado o sigilo dos participantes.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo nove pessoas com DM2, oito mulheres e um homem, com idades entre 53 e 72 anos. Três participantes se declararam brancos, dois, pardos e três pretos. Em relação à escolaridade, quatro possuíam ensino médio completo, dois com ensino fundamental incompleto, um com ensino médio incompleto, um com ensino fundamental e um com ensino superior. Em relação ao estado civil, seis participantes eram casados, dois eram solteiros e um viúvo. Cinco eram aposentados, dois eram do lar e dois eram assalariados. A renda familiar variou entre menos de um salário mínimo e cinco salários mínimos.

No que tange aos hábitos e comportamentos, todos eram sedentários, um participante se declarou tabagista e cinco referiram consumo esporádico de bebida alcoólica. O tempo de diagnóstico de DM2 variou entre três e 28 anos e todos referiram acompanhamento com médico clínico geral, sendo que dois usuários eram acompanhados também por endocrinologista e um por nutricionista. Contudo, em relação ao tempo decorrido do último atendimento com profissionais de saúde, seis referiram ter ocorrido nos últimos três meses, dois, entre seis meses a um ano e um referiu ter ocorrido há mais de um ano.

Todos utilizavam antidiabético oral e um fazia uso de terapia combinada com insulina e nenhum dos participantes referiu a ocorrência de complicações do DM2.

Dentre os oito profissionais de saúde que participaram do estudo, havia um enfermeiro, um médico, um agente comunitário de saúde, um odontólogo, um técnico de enfermagem, um nutricionista, um profissional de educação física e um psicólogo, sendo seis mulheres e dois homens. A idade variou entre 30 e 53 anos e todos se autodeclararam brancos. Em relação à escolaridade, cinco profissionais possuíam curso de pós graduação, dois, ensino superior e um, ensino médio completo. O tempo médio de atuação na profissão foi de 13,2 anos, variando entre três anos e 31 anos. O tempo médio de atuação na USF, campo do estudo, foi de 6,3 anos, variando entre dois anos e 15 anos.

Após análise das entrevistas, identificaram-se duas categorias temáticas:

Os estágios de motivação para mudança de comportamento vivenciados por pessoas com DM2

No Quadro 1 foram sintetizados os resultados obtidos a partir das entrevistas com os participantes com DM2, sendo descritos os estágios de motivação para a mudança de comportamento (de acordo com o referencial teórico adotado) em relação aos hábitos referidos

pelos participantes, as principais circunstâncias cotidianas envolvidas na mudança ou não de comportamento e os processos de mudança cognitivos e comportamentais aplicados pelos participantes.

Quadro 1 - Pessoas com DM2 segundo estágios de mudança, circunstâncias influentes e processos de mudança. Região Centro Oeste, Brasil, 2024

Participantes	Estágio de mudança	Hábito Referido	Circunstâncias influentes	Processos de mudança cognitivos e comportamentais referidos
• U01 • U05 • U07 • U08	Contemplação	Alimentação saudável	• Dificuldade financeira • Percepção sobre o sabor dos alimentos saudáveis (considerados insípidos) • Preferências alimentares devido a cultura • Divergências nas preferências alimentares entre os membros da família • Rotina de trabalho com horários rígidos	• Alívio emocional • Autorreavaliação • Contracondicionamento • Controle de estímulos
• U01 • U02 • U03 • U04 • U05 • U06 • U07 • U08 • U09	Contemplação	Atividade física	• Limitações físicas • Difícil acesso a locais para realizar atividade física • Dificuldade financeira • Afazeres domésticos	• Deliberação social • Relações de ajuda • Alívio emocional
• U08	Contemplação	Tabagismo	• Pouca determinação em iniciar a mudança	• Reavaliação circundante

• U02 • U04 • U06 • U09	Manutenção	Alimentação saudável	• Eventos negativos relacionados ao DM2 em familiares • Eventos negativos na própria saúde	• Alívio emocional • Reavaliação circundante • Autorreavaliação • Contracondicionamento • Relações de ajuda
--	------------	----------------------	---	---

Fonte: Dados da pesquisa.

Verifica-se no Quadro 1 que os participantes com DM2 encontravam-se em diferentes estágios de prontidão a depender do comportamento/hábito em discussão. Desse modo, um mesmo indivíduo que estava no estágio de manutenção em relação ao comportamento alimentar saudável, estava em contemplação em relação à prática de atividade física regular, por exemplo.

Olha, desde que eu comecei o tratamento para diabetes eu mudei muita coisa na minha vida, alimentação, estou num bom caminho [...], mas o que eu preciso mesmo é caminhada, atividade física, porque isso aí não está fácil (U02).

Constatou-se que nenhum dos participantes encontrava-se em pré-contemplação sobre os comportamentos de alimentação saudável, prática de atividade física regular, tabagismo ou consumo abusivo de bebidas alcoólicas, pois, mesmo aqueles que não haviam aderido a mudanças de comportamento, manifestaram consciência da importância do estilo de vida saudável no manejo do DM2.

[...]ter uma boa alimentação e os exercícios é uma das coisas mais importantes (U03).

[...] é muito importante ter um controle alimentar [...] porque se eu sair um pouquinho da linha, ela (glicemia) vai pra 500, 400, 300 (U02).

Eu acho que é muito importante (estilo de vida), eu acho que é o que realmente define porque antes de eu desenvolver a diabetes a médica que me acompanhava já falava para mim “você tem que fazer exercício, você tem que parar de comer muita coisa que você come porque senão você vai ficar diabética” [...] eu não dei muita importância, por isso que agora eu estou diabética (U05).

[...], mas eu não abuso muito não, eu não fumo, bebida de álcool... cervejinha, muito de vez em quando [...] (U03).

Eu analiso o que comer, o que tomar, eu quase não tomo refrigerante, muito difícil eu tomar, cerveja eu tomava mais, hoje eu diminuí porque

eu sei que faz mal (U05).

Destaca-se que, em relação à prática de atividade física, todos os participantes com DM2 encontravam-se no estágio de contemplação, pois, embora nenhum deles fosse fisicamente ativo, todos reconheciam a importância do exercício para o manejo da sua condição crônica e consideravam aderir ao comportamento.

[...] o que eu sei que falta mesmo é em relação a atividade física. Isso aí eu preciso adequar (U05).

[...] (quando) eu levanto, ao invés de eu ir fazer um exercício no aparelho, uma caminhada, que seria bom, eu sento para tomar café e ficar conversando (U05).

Os relatos dos participantes que se encontravam no estágio de contemplação para prática de atividade física evidenciaram circunstâncias que podem ter influenciado na permanência desses indivíduos no referido estágio, como, por exemplo, a presença de limitações físicas em decorrência de outros problemas de saúde, dificuldades no acesso a locais para atividade física, necessidade de cumprir com os afazeres domésticos e falta de disposição.

[...] um pouco é porque devido a idade começa a dar artrite, tendinite, começa a doer as coisas, a gente fica desanimada para caminhar (U02).

[...]o grupo de exercício era de manhã [...] aí de manhã tem as coisas de casa para fazer, aí não fui mais (U06).

[...] eu preciso de exercício, mas não tem nada aqui perto, eu não consigo andar longe [...] (U04).

[...] a verdade é que eu tenho preguiça mesmo, andar eu tenho preguiça [...] (U08).

Percebeu-se nesse grupo a aplicação de alguns processos comportamentais de mudança, como a deliberação social, evidenciada pelo reconhecimento, por parte de alguns participantes, de alternativas que propiciavam a mudança de comportamento, como a existência de locais que disponibilizavam aulas para a prática de atividade física para a comunidade.

[...] eu gostaria de fazer, eu sei que tem exercício lá no poli (ginásio poliesportivo) (U04).

[...] agora não dá, mas eu vou ter condições de pegar um ônibus e ir lá, naquele poli (ginásio poliesportivo) para fazer exercício (U07).

O processo relações de ajuda também foi percebido nos relatos, destacando-se o incentivo familiar para a prática de atividades físicas, além do processo alívio emocional demonstrado pelo despertar de sentimentos de temor e preocupação com a própria condição a partir de experiências negativas de outras pessoas com DM2.

[...] eles (familiares) até me chamam para caminhar, mas eu não vou, todos eles fazem, meu filho e filha fazem academia... (U08).

[...] quando eu vejo alguém mal, alguém internado, eu falo “eu vou caminhar, eu vou fazer tal coisa” (U05).

Em relação ao comportamento alimentar, se observou que alguns participantes se enquadravam no estágio de contemplação, pois embora ainda não tivessem adotado mudanças em seu comportamento, manifestaram compreender a necessidade e importância de o fazerem.

[...] eu tenho dificuldade sobre a alimentação [...] eu sei que tem alimento que faz mal, por exemplo, açúcar, muito carboidrato [...] as vezes eu abuso um pouquinho [...], mas eu tenho consciência que me faz mal (U03).

[...] eu pretendo normalizar essa parte de alimentação, que eu sei que cada dia eu vou ficando mais velha e vai ficando mais prejudicial, e eu sei que é para o meu bem (U07).

Os participantes que se enquadravam nesse estágio referiram circunstâncias cotidianas desfavoráveis à mudança, sendo frequente a menção a dificuldades financeiras para aquisição de alimentos mais saudáveis, a cultura alimentar da família, fatores emocionais, a oferta de alimentos não saudáveis em eventos sociais, além de questões relacionadas à rotina de trabalho.

[...] para comprar as coisas, está muito caro, a verdura está cara, aí se você vai comprar um peixe está caro, vai comprar um frango está mais caro ainda, é muito difícil (U03).

[...] eu acho que a questão aqui em casa... agora que estamos nós dois diabéticos (entrevistado e cônjuge), os meus meninos não são, então para eu fazer uma comida que seria mais saudável para mim, eles têm dificuldade, eles reclamam, então eu acabo fazendo o que eles podem comer, e nessa eu como também (U05).

Mas eu tenho uma ansiedade de doce que você não faz ideia (U03).

[...] acho que pelo jeito que a gente foi criado, eu tenho dificuldade com arroz e com pão, eu gosto muito de comer esse tipo de coisa (U05).

[...] tem momentos que é difícil, principalmente no final de semana, que a gente sai, as vezes vai em festa, aí fica mais difícil se controlar (U05).

[...] tem dias que as vezes estou lá no serviço, e no horário de serviço está muito corrido eu nem almoço, aí chego em casa lambisco tudo que vejo pela frente (U01).

Dentre os participantes em contemplação para alimentação saudável se observou, de maneira mais significativa, o uso de processos de mudança cognitivos, como alívio emocional e autorreavaliação. O alívio emocional ficou claro através dos relatos de vivências de eventos negativos associados ao DM2 em familiares ou pessoas próximas, pois consequentemente os participantes experimentaram o medo de vivenciar tais eventos na própria vida. O processo de autorreavaliação foi percebido em alguns participantes a partir da identificação de processos reflexivos sobre a condição de saúde e como ela impacta e modifica a vida dos indivíduos, por vezes frustrando expectativas.

[...] a minha mãe era diabética, morreu com deficiência visual, perdeu a visão no diabetes dela... eu tenho consciência disso [...] que a tendência é, se não se cuidar, piorar no decorrer da vida (U03).

[...] se eu tivesse feito certinho os hábitos de atividade, alimentação, eu tenho certeza que eu não estaria nem tomando medicamento, eu estaria só me mantendo na alimentação (U07).

[...] se eu estivesse seguindo certinho (dieta), as vezes poderia estar até mais controlado (glicemia) (U01).

Evidenciou-se ainda dentre os participantes em contemplação para a alimentação saudável elementos do cotidiano que remetiam a processos de mudança comportamentais, como contracondicionamento e relações de ajuda. O contracondicionamento manifestou-se pela atitude dos participantes em contornar um estímulo para um comportamento prejudicial, como a vontade exacerbada de comer alimentos doces, com comportamentos alternativos. As relações de ajuda evidenciaram-se através dos relacionamentos que potencialmente influenciam nos cuidados dos participantes com DM2, predominando os apelos de familiares no sentido de incentivar melhores hábitos alimentares desses participantes, além das trocas de experiências entre pessoas que compartilham a mesma condição.

Eu amo doce [...] tem dias que me dá uma vontade de comer doce, que... assim principalmente quando eu acabo de almoçar ou jantar, eu sinto necessidade, parece que meu organismo pede, aí as vezes eu pego uma fruta, ou chocolate amargo (U07).

[...] mas uma das filhas me cobra [...] “mãe, a senhora não pode comer açúcar” (U03).

[...] tem a minha comadre que faz tratamento para diabetes [...] a gente conversa bastante a respeito, se ajuda e assim vai tocando (U07).

Nesse grupo de participante também se observou características do processo comportamental controle de estímulos em relação ao hábito alimentar, evidenciado pela atitude de tornar menos acessíveis produtos não saudáveis.

[...] mas se eu quiser doce, não vou comer pouquinho, eu vou comer bastante (risos). Então eu não faço questão de ter dentro de casa (U08).

Um dos participantes com DM2 era tabagista em estágio de contemplação sobre a cessação desse comportamento. Seu relato evidenciou o uso do processo de reavaliação circundante. O participante reconheceu a necessidade de mudar e como o seu comportamento impacta na vida das pessoas com as quais ele convive.

[...] aqui em casa é uma briga por causa do cigarro, sei que preciso (parar), eu sei que tem horas que eu estou fumando, eu sei que eu tenho que diminuir, que eu tenho que parar [...] eu falei que ia parar quando meu neto caçula nasceu, meu filho diz que ele vai entrar no exército e eu não parei ainda. É complicado, não é fácil (U08).

As pessoas identificadas como pertencentes ao estágio de manutenção em relação ao comportamento alimentar expressavam a consolidação de hábitos mais adequados ao manejo do DM2 por longo período. Observou-se nesse grupo que a permanência dos indivíduos nesse estágio pode ser associada a processos cognitivos e comportamentais. O processo alívio emocional foi observado em todas as pessoas em manutenção e ficou evidenciado pela influência que o medo de complicações potencialmente limitadoras e os eventos negativos relacionados ao DM2 em entes próximos ou na própria saúde, exerceram no comportamento dos participantes.

[...] meu maior medo é perder a visão, perder um rim, amputação, eu tenho medo, então eu tento levar uma vida bem mais controlada (U02).

Eu evito doce, eu gosto, mas eu evito, eu não como, se não a diabetes vai lá para cima. E eu morro de medo... você já pensou todo dia tomar

aquela agulhada? Eu fico com medo (U06).

[...] tem o meu irmão aqui perto que descontrola muito fácil (glicemia) [...] está quase perdendo a vista, não está nem podendo dirigir, então são os casos que eu posso relatar que é melhor você cuidar do que não cuidar (U09).

[...] hoje eu não posso ficar comendo doce, comendo essas coisas, comendo fritura [...] por causa do infarto que eu tive, mudou muito o jeito de ser [...] (U09).

Observou-se ainda nesses indivíduos elementos característicos da reavaliação circundante e autorreavaliação, demonstrado pela influência do meio social e dos valores, expectativas e anseios para o futuro na maneira como os participantes conduzem seus cuidados com o DM2.

[...] São os filhos, família, neto, o futuro, que me motivam a me cuidar (U02)

[...] eu acho que está mais fácil (controlar) até do que era de primeiro, porque hoje eu já entendo muita coisa. O que eu fazia no passado... você passa por uns processos na vida que é para você saber que quando não pode, não pode, se a gente fizer, a gente vai ter consequência para frente (U09).

Os processos comportamentais relações de ajuda e contracondicionamento também foram percebidos nesses indivíduos. As relações de ajuda foram observadas pela influência positiva de familiares no comportamento alimentar dos participantes.

O contracondicionamento foi identificado nesse grupo em função do uso de alternativas saudáveis em ocasiões em que não se pode evitar a exposição a estímulos não saudáveis.

De manhã meu esposo faz salada de fruta, eu como só salada de fruta com iogurte... sem açúcar (U06)

[...], mas quando eu saio num convite para comer fora, almoçar na casa de filho, de parente, eu já levo minha água com gás, espremo um limão dentro e tomo, pronto. Aí eu falo é meu refrigerante zero açúcar (risos) (U02)

Observou-se que alguns participantes com DM2 apresentaram progressos nos estágios de mudança em relação à adoção de hábitos mais saudáveis, como a prática de atividade física e uma alimentação equilibrada. Contudo, houve recaída a comportamentos anteriores,

indicando uma dificuldade em manter as mudanças a longo prazo. Esses participantes, retornaram ao estágio de contemplação, mas mantiveram o uso do processo alívio emocional.

[...]quando eu comprei o aparelho de fazer exercício e fazia caminhada também, eu comprei porque me deu gordura no fígado, aí médico falou assim, você pode tomar remédio, mas tem que fazer exercício, porque o que abaixa é o exercício. Eu fui, comprei o aparelho, fiz e perdi peso, acabou a gordura no fígado, aí eu falei “ah agora eu estou bem”, e comecei tudo de novo (U05).

[...] eu acho que está aí uma folha com o que eu posso e o que eu não posso, o que é veneno e o que eu posso comer. No começo eu olhava a folha bonitinho, agora já nem sei onde está. Não sigo muito não (U01).

Práticas de cuidado às pessoas com DM2: desafios na identificação do estágio de mudança de comportamento

De maneira geral, os profissionais de saúde, ao assistirem os indivíduos com DM2, não avaliam a sua prontidão para mudar comportamentos e não se atentam a esse princípio ao constatarem que os indivíduos não instituem as mudanças desejadas. Isso ficou evidenciado a partir de relatos dos próprios profissionais e pela percepção dos indivíduos. Os resultados também demonstraram que há fragilidades no relacionamento profissional-usuário, como ausência de personalização no cuidado, pouca abertura ao diálogo e comunicação pouco empática.

Eu sempre oriento de uma forma meio generalizada, eu falo para todo mundo, já fica meio que uma receita de bolo, eu falo a mesma coisa. (ODO7).

Quando o médico ele percebe, ou eu percebo que é um paciente que não está conseguindo controle por conta de uma alimentação por exemplo, “ah... eu comi isso, comi aquilo” [...]aí a gente agenda uma consulta com a nutricionista (ENF1).

O profissional falou assim, “você está com diabetes, não pode comer isso, não pode comer aquilo, não pode comer aquilo outro”, foi meio assim, se você comer, você vai morrer (U03)

[...] nem tem tempo, não tem muita conversa, é mais a receita, exames [...](U04).

[...] só receita e o remédio. A receita vence, aí tem que ir lá trocar, aí eles só trocam (U06).

Os resultados também demonstraram que os profissionais de saúde, ainda que de modo

não intencional, consideram os processos comportamentais relações de ajuda e alívio emocional como possíveis estratégias para apoiar as pessoas com DM2 na mudança. No entanto, o envolvimento de entes próximos aos pacientes no planejamento das ações de cuidado, embora mencionado, não é uma estratégia comumente utilizada na prática assistencial.

[...] talvez incluir alguém da família, uma pessoa mais próxima, usar, por exemplo, as redes sociais da pessoa, então por exemplo se a pessoa vai numa igreja [...] quem que ela tem uma relação mais forte? talvez se incluir essa pessoa no tratamento... (ENF1).

[...] eu acho que se tivesse o apoio da família num contexto ajudaria um pouco, para tentar mobilizar, tentar convencer, porque as vezes a pessoa não quer aceitar de forma alguma, e quem sabe a única forma fosse a família (ACS3).

[...] talvez a gente chame isso de educar pela dor (risos), mas falar das consequências do diabetes e tudo mais pode estimular ele (paciente) a querer se cuidar, controlar a patologia de uma forma melhor, para ter mais qualidade de vida no futuro e viver de forma legal por mais tempo possível (MED2).

O relato de profissionais revelou que eles realizam atividades de orientação e conscientização, seja de maneira individual ou coletiva, como um recurso para favorecer a mudança de comportamento, refletindo a etapa mais inicial dentre os processos de mudança, a ampliação da consciência.

Uma das principais abordagens que eu faço é em relação a evolução da doença [...] entender o diabetes como uma doença crônica não curável [...] que pode trazer muitas complicações futuras e que a gente não pode deixar na mão só do tratamento farmacológico, a gente precisa de um pouquinho de ajuda, precisa fazer a dieta e precisa fazer atividade física regular, para aqueles casos que tem indicações que é a maioria. Eu costumo abordar dessa forma para ver se o paciente sente um pouco mais a necessidade (MED2).

[...] a questão de hábitos, consciência para ter hábitos saudáveis, alimentação é muito importante também, a gente fala muito nas consultas [...] porque é importante cuidar da alimentação e inserir uma prática regular de exercício porque o resultado é muito mais rápido, tanto para favorecer o emagrecimento, quando para potencializar a saúde, a gente sempre tem essa fala (PEF6).

Tem o grupo de atividade física duas vezes na semana, que é quarta e sexta. Nesse grupo participam a nutricionista e a educadora física que ela faz esse trabalho de atividade física, alongamento, e a nutricionista com as orientações sobre alimentação (ENF1).

A despeito da oferta de um grupo de atividade coletiva na comunidade, com encontros regulares coordenados pela equipe, segundo os profissionais de saúde a adesão dos usuários tem sido limitada.

Eu já acompanhei esse grupo cheio [...] hoje diminuiu bastante, porque se mantém algumas pessoas de antigamente só (TE4).

A gente tem um grupo de atividade física para pacientes hipertensos e diabéticos que acontece na comunidade, mas a aderência é baixa, infelizmente (MED2).

[...] o grupo de ginastica de baixo impacto, por exemplo, é regular, mas são sempre os mais antigos, os mais doces de simpatia, de receptividade que frequentam (PSI8).

Embora a equipe da USF ofereça atividades coletivas regularmente, a maioria dos participantes da pesquisa não evidenciou conhecimento a respeito desses grupos. Apenas um participante demonstrou conhecimento, contudo, alegou dificuldades em conciliar sua participação com as demandas de sua rotina doméstica.

[...]o grupo de exercício era de manhã [...] aí de manhã tem as coisas de casa para fazer, aí não fui mais (U06).

No que se refere à capacitação para promover mudanças comportamentais em pacientes com DM2, os profissionais de saúde percebem uma carência significativa em sua formação profissional.

[...] felizmente a gente teve uma formação muito interessante na parte de endocrinologia, de controle do paciente com diabetes tipo 2. Para manejo do comportamento já não é uma coisa muito abordada na minha formação, a gente conta com os profissionais da equipe multi (multiprofissional) (MED2).

[...] eu acho que preciso melhorar principalmente a parte social, na faculdade a gente tem somente parte clínica, o paciente apenas como indivíduo que precisa ser curado, eu acho que isso é pouco [...] não é só a parte clínica, mas a parte social, comportamento, eu acho que a gente teria que ser mais capacitado nessa parte também (NUT5).

Na época (da faculdade) nem se falava em profissional de educação física na saúde, esse olhar (sobre mudança de comportamento) na graduação eu não tive, era só escola. E aí me deparei na SESAU (secretaria municipal de saúde), aí eu falava “gente não tem uma quadra aqui, o que é que eu vou fazer” (risos) (PEF6).

Sob a perspectiva dos participantes com DM2, a necessidade de ajustar o estilo de vida não tem sido suficientemente enfatizada nos seus atendimentos de saúde. Alguns participantes relataram que as orientações recebidas eram genéricas e não contemplavam a complexidade da questão, e que o enfoque principal do atendimento eram questões clínicas como sintomas, exames e medicamentos.

[...] esse médico nosso, ele não é muito de falar isso não (orientações para mudança de estilo de vida), mas ele é bem atencioso no sentido do que a gente está sentindo (U03).

[...] (o médico) só passa o remédio, quando tem que fazer exames, passa os exames. Só acompanha assim (U04).

[...] eles fazem o controle daqui do dedo (glicemia capilar) e tira a pressão, entra no consultório e faz a receita (U06).

[...] fica naquela coisa meio vaga, na nutricionista que passei [...] eles só dão a folha, toma isso, toma chá, aí eu falei “fui no médico pra mandar eu tomar chá, fazer tudo que eu já estou fazendo?”, não muda nada (U02).

6 DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que a prontidão para a mudança de comportamento em indivíduos com diabetes tipo 2 é um construto multifacetado, sujeito a influências de natureza biopsicossocial. Ademais, a motivação para a mudança pode variar entre os múltiplos comportamentos relacionados à doença, evidenciando a complexidade da mudança comportamental nesse contexto.

A identificação dos estágios de prontidão para cada comportamento específico se torna fundamental para a personalização das intervenções, oportunizando que as ações pactuadas estejam alinhadas com o nível de motivação (Ludwig *et al.*, 2021). Ademais, a identificação e aplicação dos processos de mudança também são de extrema importância, pois são esses eventos que contribuem para o avançar nos estágios (Wieser *et al.*, 2020). Em suma, os estágios de mudança definem o “quando” da intervenção, enquanto os processos de mudança detalham o “como”. Essa relação complementar permite a personalização do cuidado, adaptando as estratégias de intervenção às necessidades e características individuais de cada pessoa em cada fase do processo de mudança, possibilitando um cuidado mais eficaz e personalizado (Oliveira *et al.*, 2017).

Segundo o MTT a identificação do estágio de mudança de cada indivíduo, bem como o uso de processos de mudança cognitivos e comportamentais requer uma avaliação cuidadosa por parte do profissional que presta cuidados. Essa avaliação pode ser realizada a partir de escalas e questionários próprios para esse fim ou a partir de entrevistas em profundidade. A observação da realidade, quando possível, também pode colaborar para uma identificação mais rigorosa (Mcconnaughy; Prochaska; Velicer, 1983; Prochaska *et al.*, 1988).

De acordo com Spielmann *et al.* (2023) a necessidade de realizar múltiplas mudanças de comportamento é desafiadora, pois as pessoas tendem a se sentir sobrecarregadas e desmotivadas em consequência da necessidade de muitos ajustes na rotina. Isso pode explicar a razão pela qual alguns participantes deste estudo estavam em estágios mais avançados de motivação para alguns comportamentos e menos para outros.

O MTT sugere que, a depender do contexto, o avançar nos estágios pode ser alcançado com abordagens sequenciais, ou seja, incentivando a mudança de um comportamento por vez (Prochaska; Velicer, 1997). Para tanto, torna-se necessário que as ações sejam bem definidas, em relação a meta pactuada e que as pessoas participem ativamente na definição de qual comportamento de risco desejam pactuar inicialmente, aquele em que o indivíduo se sente mais confiante e para o qual ele espera maior ganho em relação à sua qualidade de vida

(Spielmann *et al*, 2023).

Neste estudo nenhum dos participantes com DM2 encontrava-se em pré contemplação para os comportamentos abordados, ou seja, eles demonstravam consciência da importância do estilo de vida, no entanto, não conseguiram implementar todas as mudanças desejáveis. Esse achado é consistente com o descrito por Santos *et al.* (2018) que apontou o conhecimento satisfatório sobre o DM2 e suas complicações como um fator que não garante a adoção de comportamentos saudáveis, uma vez que outros fatores, como barreiras pessoais e sociais, podem interferir nesse processo.

Todos os participantes do presente estudo se encontravam no estágio de contemplação para a prática de atividade física, pois consideravam adotar hábitos de vida mais ativos como um comportamento necessário para com a saúde, mas a realização de fato desse comportamento, mostrou-se um desafio. As razões apresentadas para a não adesão foram diversas, incluindo limitações físicas decorrentes de comorbidades, escassez de locais adequados e acessíveis para a prática de exercícios e, ainda, pouca disposição. Esses achados corroboram a literatura científica, que aponta para a baixa adesão à prática de atividade física em indivíduos com DM2, especialmente entre aqueles com idade mais avançada e com múltiplas comorbidades. Adicionalmente, a falta de suporte social para a adesão a exercícios físicos, também foi apontada por estudo realizado por Salinas *et al.*, (2021) e Nagaraju *et al.*, (2019).

Na fase de contemplação para a mudança de algum comportamento, torna-se necessário o apoio do profissional com a oferta de orientações claras e concisas sobre os benefícios de adotar tal hábito bem como sobre as possibilidades, a fim de aumentar a chance de sucesso em relação ao comportamento almejado. Ademais, o profissional pode auxiliar o indivíduo a identificar as barreiras que dificultam a mudança e auxiliá-lo a identificar ações para superá-las (Miezahl *et al.*, 2024; Ludwig *et al.*, 2021).

Um recurso importante no manejo do DM2, que pode articular-se com o MTT, e que possibilita a utilização de técnicas de intervenção na prática é a entrevista motivacional (EM). A EM é uma abordagem centrada na pessoa, baseada em evidências que, por meio de um profissional treinado, auxilia indivíduos a identificar suas motivações e a tomar decisões autônomas sobre mudanças de estilo de vida, nela se incentiva a exploração da ambivalência e a busca por soluções personalizadas (Mcdaniel; Kavookjian; Whitley, 2022).

A entrevista motivacional embasada no MTT é particularmente eficaz nas fases de pré contemplação e contemplação, onde as pessoas ainda relutem em mudar. Ela revelou-se uma ferramenta valiosa para promover a autoeficácia e facilitar mudanças comportamentais

positivas em pacientes com DM2, contribuindo para um melhor controle metabólico (Nor *et al.*, 2021; Miezah *et al.*, 2024; Selçuk-Tosun; Zincir, 2019; Oliveira *et al.*, 2017).

A pouca disposição para a prática de atividade física, também citada como barreira, pode estar relacionada ao conhecimento insuficiente do potencial do exercício para melhoria das condições de saúde (Purim *et al.*, 2022). Do mesmo modo, a compreensão do potencial limitante das complicações do DM2 e como a modificação do comportamento pode postergá-las também corroboram para mudança e manutenção do comportamento (Hidrus *et al.*, 2022; Joachim-CélestiN *et al.*, 2020; Levy *et al.*, 2018; Wang *et al.*, 2022).

De acordo com o MTT, as práticas educativas que favorecem a autorreavaliação da condição de saúde pelo próprio indivíduo contribuem com a ampliação da consciência, que é um dos principais elementos para a mudança a serem evocados nos estágios iniciais. Desse modo, torna-se necessário que os profissionais de saúde que prestam cuidados às pessoas com DM2 forneçam informações que contemplem os diversos aspectos da condição, respeitando as necessidades e singularidades de cada indivíduo e os estimulem a refletir sobre seus comportamentos e hábitos de vida atuais (Oliveira *et al.*, 2017).

Além da ampliação da consciência, outros processos de mudança foram identificados como excelentes preditores da atividade física em pessoas com DM2, em um estudo que explorou a prontidão para a adoção de comportamentos preventivos, realizado com mulheres latinas, residentes no Estados Unidos, identificou que as relações de ajuda e o alívio emocional também foram elementos determinantes para adotar e manter comportamentos saudáveis, entre eles a atividade física (Joachim CélestiN *et al.*, 2020).

No presente estudo o processo relações de ajuda foi frequentemente observado no discurso dos participantes, tanto para a prática de atividade física, quanto para o comportamento alimentar, porém ainda assim, em relação à atividade física este processo não promoveu avanço nos estágios para nenhum dos participantes. Não obstante, estudos identificaram que as relações de ajuda são um forte determinante para a adoção e manutenção de um novo comportamento, especialmente envolvendo familiares, pois a participação destes no cuidado da pessoa com DM2 pode auxiliar na identificação e superação de barreiras no cotidiano, na adaptação da rotina familiar para tornar a prática mais prazerosa e constante, além de acompanhar a frequência e intensidade das atividades, sendo um apoio fora dos ambientes supervisionados (Joachim Celéstin *et al.*, 2020; Debalkie *et al.*, 2018; Purim *et al.*, 2022).

Cabe destacar que quando as pessoas se sentem mais confiantes, tendem a manter comportamentos saudáveis, do mesmo modo quando as relações de ajuda envolvem os profissionais de saúde, com encontros mais frequentes que o habitual, pois isso aumenta o

comprometimento dos indivíduos em função do compromisso com o profissional que o acompanha (Liu *et al.*, 2024; Sebire *et al.*, 2018).

Neste estudo a maioria dos participantes havia passado por atendimento na unidade de saúde a menos de três meses na época da coleta de dados, entretanto, a relação estabelecida tendeu a ser mais técnica e focada nos aspectos clínicos do tratamento, o que elucida a lacuna e a necessidade da utilização da abordagem centrada no paciente a fim de favorecer seu engajamento com sua própria condição de saúde (Mendes, 2012).

As relações de ajuda também podem se desenvolver através dos grupos para atividade física, pois a participação nesses espaços transcende os benefícios fisiológicos, promovendo um ambiente de socialização e apoio mútuo. A sensação de pertencer a uma comunidade e a interação com outros indivíduos com objetivos semelhantes fortalecem os laços sociais e contribuem para o bem-estar psicológico dos participantes. A dinâmica grupal estimula o processo da autorreavaliação, uma vez que os membros servem como modelos e fontes de inspiração para a persistência nos hábitos saudáveis, levando os demais à reflexão sobre aquilo que se deseja alcançar para a própria vida e se O Seu Comportamento Atual É Congruente Com O Almejado (Schmidt *Et Al*, 2020; Joachim Celéstin *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2017).

Os profissionais participantes do presente estudo referiram que as atividades em grupo na comunidade são oferecidas regularmente, embora a adesão das pessoas com DM2 não seja satisfatória. Em contrapartida, os usuários referiram barreiras para a participação nos grupos. Assim, identifica-se um desencontro entre as percepções dos envolvidos, o que pode estar relacionado ao uso de metodologias pouco atrativas nas atividades coletivas, que não promovem a participação ativa das pessoas, dificultando o vínculo entre os participantes e desses com os profissionais, além do uso de abordagens que não levam em consideração as necessidades e características dos participantes, horário dessas atividades, entre outros (Salci; Meirelles; Silva, 2018; Mendes, 2012).

Nas atividades coletivas, o grupo operativo (GO) é uma ferramenta terapêutica que tem se mostrado eficaz no cuidado às pessoas com DM2. Inspirado nas ideias de Enrique Pichon-Rivière, o GO na saúde propõe a criação de um espaço onde as pessoas possam se reunir para discutir, aprender e encontrar soluções para problemas comuns. Nele se desenvolve um ambiente de troca e apoio, favorecendo o compartilhamento de experiências e desafios, tornando as pessoas mais motivadas e capazes de lidar com sua condição (Mendes, 2012; Novacki, 2023).

Em relação ao comportamento alimentar, a mudança mostrou-se desafiadora para alguns participantes deste estudo que se encontravam em contemplação, pois perceberam

diversas barreiras para a adesão à uma dieta mais equilibrada, como a disponibilidade de alimentos não saudáveis em eventos sociais, as pressões socioculturais, questões envolvendo a dinâmica familiar, a influência das emoções nas escolhas alimentares e as condições socioeconômicas desfavoráveis. Estes resultados coadunam com os apontados no estudo de Nor *et al.* (2021) que buscaram identificar e explorar os fatores que influenciam na adesão à mudança de estilo de vida de pessoas com DM2 na Malásia.

Superar as dificuldades em relação as barreiras percebidas é um desafio que exige motivação pessoal, apoio familiar e abordagem multiprofissional. É preciso entender cada caso de forma única e oferecer um apoio que vá além da alimentação, e envolva a atenção integral à saúde, o estabelecimento de metas e pactuações de ações concretas, delimitadas e de fácil mensuração pelo indivíduo e profissional (Kang; Me; Kamarudin, 2024).

As diferenças nas preferências alimentares entre os membros da família podem gerar conflitos e levar à não adesão ao comportamento. Como apontado por Lönnberg, Damberg e Revenäs (2020), o medo de causar tensões familiares e o maior custo de preparar refeições individualizadas são barreiras comuns para mudança do hábito alimentar. Para superar essas dificuldades, é fundamental envolver os familiares no processo de educação em saúde e adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Barreiras socioeconômicas são frequentemente consideradas um empecilho para adesão a um estilo de vida mais saudável (Parra *et al.*, 2019). É comum que indivíduos com DM2 associem um maior poder aquisitivo à possibilidade de acesso a uma dieta mais equilibrada (Suplici *et al.*, 2021).

A assistência à pessoa com DM2 exige uma abordagem que considere as questões socioeconômicas e culturais nas orientações oferecidas e que contemple as especificidades de cada caso, a fim de oportunizar e potencializar o engajamento do indivíduo com sua própria condição de saúde (Sociedade Brasileira De Diabetes, 2019). Nesse contexto, cabe considerar que a implementação de políticas públicas que promovam melhores condições de vida pode influenciar na adesão a hábitos alimentares mais saudáveis. A parceria com organizações comunitárias e serviços de assistência social também pode ser um recurso na superação dos desafios relacionados a condição socioeconômica dos indivíduos (Lira *et al.*, 2024).

Os resultados deste estudo apontam para a relevância dos eventos sociais como gatilhos para a prática de comportamentos não saudáveis, como identificado na fala de um dos participantes em contemplação para hábitos mais saudáveis de alimentação. Nesse contexto, a aplicação de técnicas de contracondicionamento pode ser uma ferramenta útil para auxiliar os indivíduos a desenvolverem comportamentos alternativos nessas ocasiões (Ludwig, 2021).

A pesquisa revelou que alguns participantes estabeleceram uma associação entre certos alimentos e o bem-estar emocional. Essa ambivalência, caracterizada pelo conflito entre prazer e saúde, é um desafio frequente na mudança de hábitos alimentares. Diante desse cenário, o profissional de saúde pode auxiliar na busca de estratégias para que os usuários consigam equilibrar ambos os aspectos (Lönnberg; Damberg; Revenäs, 2020; Oliveira *et al.*, 2017). Nessas circunstâncias, o controle de estímulos pode ser uma estratégia eficaz, uma vez que, prevendo reações emocionais indesejadas a determinadas situações, o indivíduo pode manipular o ambiente para aumentar a probabilidade de que certas condutas prejudiciais não ocorram (Ludwig, 2021).

Neste estudo se observou o uso de processos comportamentais, como controle de estímulos em pessoas em estágios mais iniciais, assim como o uso de processos cognitivos em estágios mais avançados. Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) propuseram que indivíduos em estágios iniciais de mudança (pré-contemplação e contemplação) utilizariam predominantemente processos cognitivos, enquanto aqueles em estágios mais avançados (preparação, manutenção e ação) recorreriam mais a processos comportamentais. No entanto, essa expectativa não se confirmou consistentemente nesta pesquisa, pois os participantes utilizavam os processos de forma não linear. Resultado semelhante foi descrito em uma meta-análise em que se revelou que adoção e manutenção de um comportamento envolveu a utilização de uma combinação variada de processos de mudança, desafiando a ideia de uma progressão sequencial no uso de processos de mudança (Romain *et al.*, 2018).

Por sua vez, os participantes no estágio de manutenção para a alimentação saudável utilizavam diversos processos, tanto cognitivos, quanto comportamentais como elementos favoráveis à permanência no estágio.

As relações de ajuda também foram importantes nos processos de reavaliação circundante e autorreavaliação, pois a percepção de que a adoção de um estilo de vida saudável proporcionaria qualidade de vida e permitiria desfrutar de momentos de convívio com os entes queridos atuou como um motivador para a manutenção da mudança. A busca por melhores hábitos, motivada pelo receio de perder qualidade de vida e afetar as relações familiares, também foi evidenciada por Joachim Celéstin *et al.* (2020), que destacam o papel das relações interpessoais como um fator determinante para a mudança comportamental.

O alívio emocional, apresenta papel central na adesão ao tratamento e na manutenção de um estilo de vida mais saudável. Estudos realizados nos Estados Unidos por Joachim-Celéstin *et al.* (2020) e na Alemanha por Fink, Fack e Schröder (2019) apontaram que as experiências que envolveram as complicações do DM2 em entes próximos, intensificaram o

progresso das pessoas com DM2 através dos estágios de mudança. Dessa forma, a ênfase nas complicações do DM2 pode ter um efeito positivo no que tange ao estímulo à mudança de hábitos.

Outro recurso referido pelos usuários com DM2, para a manutenção da alimentação saudável, foi o contracondicionamento, em que um participante desenvolveu uma resposta comportamental saudável em situações de maior tentação para um comportamento não saudável. A identificação de situações que possam levar os indivíduos a recair em comportamentos não saudáveis e o desenvolvimento de respostas a esses episódios pode reduzir as chances de recaída e melhoram a autoeficácia (Debalkie *et al.*, 2018).

O processo de reavaliação circundante também foi observado em relação ao hábito do tabagismo de um participante deste estudo, no entanto, o uso desse processo não se traduziu em uma motivação suficiente para cessar o hábito. Sugerindo que, para a progressão nos estágios de mudança, outros processos cognitivos sejam utilizados, como a aumento da percepção dos benefícios da mudança e a autodeliberação (Ludwig, 2021).

A autodeliberação é um importante processo de mudança a ser considerado na abordagem à pessoa com DM2. Esse processo envolve o fortalecimento da autoconfiança das pessoas sobre a sua capacidade de mudar, envolve a capacidade de inibir respostas automáticas, como impulsos e desejos, e direcionar o comportamento para a realização de objetivos específicos (Hennessy *et al.*, 2020). Isso pode ser mais facilmente alcançado através do estabelecimento de metas simples que possam ser incorporadas com facilidade à vida cotidiana (Nagaraju *et al.*, 2019). O estabelecimento de metas que não sejam realistas cria uma lacuna entre o idealizado e o comportamento real, frequentemente resultando em sentimentos de fracasso, culpa e vergonha (Skoglund *et al.*, 2022).

A ocorrência de recaída foi relatada por participantes deste estudo que em determinado momento estiveram no estágio de ação e retornaram à contemplação para atividade física e alimentação saudável. Segundo Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) a recaída é um evento comum na mudança de comportamento, os pesquisadores afirmam que a maioria das pessoas terá recaídas e readoção de comportamentos ao longo do tempo, caracterizando o aspecto não linear e cíclico do MTT. O indivíduo que recai frequentemente experimenta maior desinteresse e resistência em mudar, podendo permanecer em estágios iniciais de mudança por longo tempo. Nessa circunstância, é crucial que o profissional de saúde reconheça a ocorrência dessas oscilações durante o processo de mudança, e em parceria com o paciente, investigue os fatores que desencadeiam as recaídas. A partir dessa análise, é possível reajustar as metas e estratégias de forma mais personalizada, aumentando as chances de sucesso a longo prazo.

Embora este estudo não tenha investigado de maneira direta o conhecimento e a aplicação do MTT pelos profissionais de saúde, o uso de ações convergentes com as premissas do modelo não foi identificado durante as entrevistas. Esse achado alinha-se ao descrito por Santos *et al.* (2019) e Moreira *et al.* (2022) que identificaram fragilidades na abordagem para mudança, sendo necessário aos profissionais da APS uma formação continuada mais robusta em dispositivos metodológicos para promover mudanças comportamentais, além da criação de um ambiente favorável à implementação de novas práticas. Segundo uma revisão narrativa, o conhecimento dos estágios de mudança e das intervenções mais adequadas para cada fase é importante para auxiliar os indivíduos a realizarem mudanças comportamentais positivas e duradouras (Chatterjee *et al.*, 2018).

Ao analisar os relatos de profissionais de saúde e pacientes com DM2 sobre a abordagem para mudança de estilo de vida, observou-se uma divergência significativa. Os profissionais relataram a inclusão de orientações sobre mudança de comportamento em seus atendimentos. No entanto, alguns pacientes negaram ter recebido essas orientações ou expressaram insatisfação com a qualidade das informações fornecidas.

Essa discrepância pode ser resultado de um conjunto de fatores que envolvem tanto limitações do sistema de saúde, quanto questões relativas ao contexto das pessoas que recebem cuidados. Consultas com tempo limitado, frequentemente focadas no tratamento medicamentoso, comunicação ineficaz, com uso de linguagem inapropriada, de difícil compreensão, baixo letramento em saúde, falta de envolvimento ativo do paciente no planejamento do cuidado, orientações generalizadas, que não dialogam com a realidade de cada indivíduo e barreiras culturais e socioeconômicas são fatores que podem relacionar-se a esse cenário (Silocchi; Junges; Martino, 2019; Salci; Meirelles; Silva, 2018; Menezes *et al.*, 2022).

Cabe mencionar que os profissionais de saúde participantes deste estudo consideraram sua formação profissional insuficiente em relação às abordagens educativas junto ao paciente. Para eles o modelo pedagógico é fragmentado e curativista, com enfoque na aquisição de habilidades clínicas. Essa percepção corresponde ao identificado em outros estudos onde se constatou que a formação profissional em saúde, embora tenha passado por reformulações curriculares visando a integração entre ensino e serviço, ainda não contempla as necessidades da APS, pois ainda é fundamentada no modelo biomédico, o que não favorece a comunicação efetiva e empática, a formação de vínculo e a continuidade do cuidado, sendo, portanto, necessária a educação permanente desses profissionais de modo a ampliar seu conhecimento, fortalecendo o uso de novas estratégias e novas abordagens nos cuidados às pessoas com DM2 (Silocchi; Junges; Martino, 2020; Cortez *et al.*, 2019; Viana; Ribeiro, 2021).

A compreensão dos conceitos do MTT pode transformar a prática clínica, permitindo que os profissionais de saúde desenvolvam intervenções mais eficazes para promover a mudança de comportamento (Ludwig *et al.*, 2021), nesse sentido, o presente estudo pode fornecer *insights* para a aplicabilidade dos conhecimentos e consequente diminuição de comportamentos prejudiciais à saúde.

Ademais, é importante salientar que, ainda que o MTT ofereça uma valiosa ferramenta para a compreensão dos processos de mudança comportamental, é fundamental reconhecer que as escolhas individuais são diretamente influenciadas por determinantes sociais complexos. Fatores como políticas públicas, desigualdades sociais e acesso aos recursos influenciam significativamente a capacidade das pessoas em adotar hábitos de vida saudáveis. Por isso, para enfrentar as perspectivas crescentes do DM2 de forma eficaz, também é necessário transcender a abordagem individual, devendo os gestores em saúde agirem sobre os determinantes sociais da saúde, promovendo ambientes que facilitem a adoção de melhores hábitos de vida (Skoglund *et al.*, 2022).

7 CONCLUSÃO

Este estudo destaca a complexidade do processo de mudança comportamental e a importância de uma abordagem individualizada para o manejo do DM2.

Embora a identificação dos estágios de mudança e a utilização de processos cognitivo e comportamentais sejam valiosas para o sucesso das intervenções, o estudo revelou a necessidade de aprimorar a prática clínica. A falta de avaliação sistemática da prontidão para a mudança e a insuficiente capacitação dos profissionais de saúde são desafios que precisam ser superados para garantir que o cuidado prestado esteja em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

Destaca-se como limitação deste estudo um potencial viés de desejabilidade social, pois, em estudos baseados em autorrelato, os participantes podem tender a relatar comportamentos mais saudáveis do que aqueles que realmente praticam, buscando apresentar uma imagem mais positiva de si mesmos.

Por fim, sugere-se a realização de estudos futuros que testem a elaboração do plano de cuidado a partir da identificação do estágio de motivação para mudança de comportamento que cada indivíduo vivencia.

Relevância, impactos e aplicabilidade à Estratégia de Saúde da Família

Espera-se que este estudo contribua para o aprimoramento da Atenção Primária à Saúde ao fornecer evidências sobre a complexidade da mudança de comportamento em pessoas com DM2 e ao apresentar estratégias para promover a mudança de comportamento de forma mais eficaz. As implicações desse estudo são relevantes para a prática clínica, a formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Retinopathy, Neuropathy, and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. **Diabetes Care**, v. 45, n. Supplement 1, p. S185- S194, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc22-s012>. Acesso em: 26 mar 2022.

AZAMI, G.; SOH, K. L.; SAZLINA, S. G.; SALMIAH, M. S.; AAZAMI, S.; MOZAFARI, M.; TAGHINEJAD, H. Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes. **Journal of diabetes research**, v. 2018, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2018/4930157>. Acesso em: 11 mai 2022.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Linha de cuidado do adulto com diabetes mellitus** [website]. Brasília, 2021a. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-\(DM2\)-no-adulto/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-(DM2)-no-adulto/). Acesso em: 10 mai 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis **Vigitel Brasil 2023: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Brasília: 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada**: Saúde da pessoa com diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica. São Paulo, 2020. Disponível em: https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa5_aps_anexo5.pdf. Acesso em: 16 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República, Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União. p. 70. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 371, de 04 de março de 2002**. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html. Acesso em: 20 jan 2022.

CHATTERJEE, S.; DAVIES, M. J.; HELLER, S.; SPEIGHT, J.; SNOEK, F. J.; KHUNTI, K. Diabetes structured self-management education programmes: a narrative review and current innovations. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 6, n. 2, p. 130–142, 2018.

Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(17\)30239-5](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(17)30239-5). Acesso em: 7 mai 2022.

CORTEZ, L. R.; GUERRA, E. C.; DA SILVEIRA, N. J. D.; NORO, L. R. A. The retention of physicians to primary health care in Brazil: Motivation and limitations from a qualitative perspective. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 1–12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3813-3>. Acesso em: 04 nov 2024.

DAMBHA-MILLER, H., DAY A.J., STRELITZ J., IRVING G., GRIFFIN S.J. Behaviour change, weight loss and remission of Type 2 diabetes: a community-based prospective cohort study. **Diabetic Medicine**, v. 37, n. 4, p. 681, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7155116/>. Acesso em: 22 jun. 2022.

DEBALKIE, G.; ALEMU, K.; ABAMECHA, F.; FENTAHUN, N. Predictors of regular physical activity among Type 2 diabetes mellitus patients in Wolaita Sodo University teaching hospital using the Trans-Theoretical Model. **Ethiopian Journal of Health Development**, v. 32, n. 2, p. 97–103, 2018. Disponível em: <https://ejhd.org/index.php/ejhd/article/view/2330/1302>. Acesso em: 20 out 2024.

DIABETES PREVENTION PROGRAM RESEARCH GROUP. Long-term effects of lifestyle intervention or metformin on diabetes development and microvascular complications over 15-year follow-up: the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. **Lancet Diabetes Endocrinol**. 2015, v. 3, n. 11, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(15\)00291-0](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(15)00291-0). Acesso em: 20 jun 2022.

DRAEGER, V. M.; ANDRADE, S. R. DE; MEIRELLES, B. H. S.; CECHINEL-PEITER, C. Práticas do enfermeiro no monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. 1–9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0353pt>. Acesso em: 01 nov 2024.

DUNKEL, A.; VON STORCH, K.; HOCHHEIM, M.; ZANK, S.; POLIDORI, M. C.; WOOPEN, C. Long-term effects of a telemedically-assisted lifestyle intervention on glycemic control in patients with type 2 diabetes – A two-armed randomised controlled trial in Germany. **Journal of Diabetes and Metabolic Disorders**, vol. 23, no. 1, p. 519–532, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12529-024-10323-0>. Acesso em: 15 out 2024

FILGUEIRAS, A. R.; SAWAYA, A. L. Intervenção multidisciplinar e motivacional para tratamento de adolescentes obesos brasileiros de baixa renda: estudo piloto. **Revista Paulista de Pediatria [online]**. v. 36, n. 02, p. 186-191, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00014>. Acesso em: 26 abr 2022.

FINK, A.; FACH, E. M.; SCHRÖDER, S. L. “Learning to shape life” - A qualitative study on the challenges posed by a diagnosis of diabetes mellitus type 2. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, n. 1, p. 1–11, 2019. International Journal for Equity in Health. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0924-3>. Acesso em: 20 out 2024.

FREITAS, P. P.; MENEZES, M. C.; SANTOS, L. C.; PIMENTA, A. M.; FERREIRA, A. V. M.; LOPES, A. C. S. The transtheoretical model is an effective weight management intervention: a randomized controlled trial. **BMC public health**, v. 20, n. 1, 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08796-1>. Acesso em: 26 abr 2022.

HENNESSY, S.; D'ANGELO, S.; MCINTYRE, N.; KOOMAR, S.; KREIMEIA, A.; CAO, L.; BRUGHA, M.; ZUBAIRI, A. Technology Use for Teacher Professional Development in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review. **Computers and Education Open**, v. 3, n. December 2021, p. 100080, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.caeo.2022.100080>. Acesso em: 10 out 2024.

HIDRUS, A.; KUEH, Y. C.; NORSA'ADAH, B.; KIM, Y.; CHANG, Y. K.; KUAN, G. Structural equation model of psychological constructs of transtheoretical model, motives for physical activity, and amount of physical activity among people with type 2 diabetes mellitus in Malaysia. **PloS one**, v. 17, n. 3, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266104>. Acesso em: 26 abr 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro, 2022.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 10. ed. Brussels, 2021. Disponível em: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf. Acesso em: 19 mar. 2022.

JOACHIM-CÉLESTIN, M.; GAMBOA-MALDONADO, T.; DOS SANTOS, H.; MONTGOMERY, S. B. A Qualitative Study on the Perspectives of Latinas Enrolled in a Diabetes Prevention Program: Is the Cost of Prevention Too High? **Journal of Primary Care and Community Health**, v. 11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2150132720945423>. Acesso em: 20 out 2023.

KANG, J.; ME, R. C.; KAMARUDIN, K. M. A healthy lifestyle persuasive design model based on behavioral analysis. **Learning and Motivation**, v. 87, n. June, p. 102021, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lmot.2024.102021>. Acesso em: 24 out 2024.

LEVY, D. T.; MAYS, D.; YUAN, Z.; HAMMOND, D., T; HRASHER, J. F. Public health benefits from pictorial health warnings on US cigarette packs: a SimSmoke simulation. **Tab Control**. v. 26, n. 6, p. 649–655, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053087>. Acesso em: 20 out 2024.

LIMA DO CARMO, R.; NUNES, T. D.; NUNES, T. D.; LIBARDONI, K. S. de B. Influência das atividades de autocuidado de pacientes diabéticos sobre os parâmetros bioquímicos e antropométricos. **Revista Contexto & Saúde**, v. 18, n. 35, p. 27–33, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2018.35.27-33>. Acesso em: 11 mai 2022.

LIRA, I. T. S. DE; CHAGAS, J. R. N. DAS; MARZOLA, M. B.; MARTINS, I. DE M.; LUNA, L. DE S. Abordagens multidisciplinares e inovações tecnológicas no manejo da Síndrome Metabólica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 4, p. e72399, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n4-491>. Acesso em: 04 nov 2024.

LIN, X.; XU, Y.; PAN, X.; XU, J.; DING, Y.; SUN, X.; SONG, X.; REN, Y.; SHAN, P.F. Global, regional, and national burden and trend of diabetes in 195 countries and

territories: an analysis from 1990 to 2025. **Scientific Reports**. v. 10, n. 1, p. 1–11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-71908-9>. Acesso em: 10/4/2022.

LIU, K.; CHOI, T. S.T.; ZHAO, L.; TEONG, X. T.; HUTCHISON, A. T.; HEILBRONN, L. K. A qualitative exploration of behaviour change and maintenance experience in people with overweight or obesity in a dietary intervention. **Nutrition and Dietetics**, v. 81, n. 3, p. 296–305, 2024. Disponível: <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12855>. Acesso em: 18 out 2024.

LÖNNBERG, L.; DAMBERG, M.; REVENÄS, Å. "It's up to me": the experience of patients at high risk of cardiovascular disease of lifestyle change. **Scand J Prim Health Care**. v. 38, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1794414>. Acesso em: 10 out 2024.

LUDWIG, M. W. B.; DUTRA, N. S.; DE MELO BOFF, R.; FEOLI, A. M. P., GUSTAVO, A. DA S., MACAGNAN, F. E., OLIVEIRA, M. DA S. Intervention Protocol Based on Transtheoretical Model of Behavior Change for Metabolic Syndrome. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 37, p. 1–12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37401>. Acesso em: 20 out 2024.

LUZ, C. R.; SALOMON, A. L. R.; FORTES, R. C. Efeitos da Educação Alimentar e Nutricional sobre qualidade da dieta e comportamento alimentar de idosos. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 32, n. 01, 2021. Disponível em: <https://fiadmin.bvsalud.org/document/view/rn22u>. Acesso em: 26 abr 2022.

MARTÍNEZ, L.F.P. **A pesquisa qualitativa crítica**. In: Questões sociocientíficas na prática docente: Ideologia, autonomia e formação de professores [online]. São Paulo: Editora UNESP, p. 138-152. 2012.

MCCONNAUGHY, E. A., PROCHASKA, J. O., VELICER, W. F. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, v. 20, n. 3, p. 368–375. 1983. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/h0090198>. Acesso em: 01 out 2024.

MCDANIEL, C. C.; KAVOOKJIAN, J.; WHITLEY, H. P. Telehealth delivery of motivational interviewing for diabetes management: A systematic review of randomized controlled trials. **Patient Education and Counseling**, v. 105, n. 4, p. 805–820, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.036>. Acesso em: 16 out 2024.

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.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 31, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7839>. Acesso em: 9 mai 2022.

MENEZES, A. F.; TIER, C. G.; SANTOS, A. O.; OLIVEIRA, J. L. B.; MOURA, C. B. M.; SAUCEDA, M. F. M.; LANA, L. D.; ABREU, D. P. G.; CASSOLA, T. P. Nursing in the face of health literacy, food and non-communicable chronic diseases in the elderly:

integrative literature review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, p. e48211528368, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28368>. Acesso em: 10 out 2024.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensus e controvérsias. **Rev. Pesqui. Qual.**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 16 ago 2023.

MIEZAH, D.; AMOADU, M.; OPOKU, P. N.; JUNIOR, E. M.; ZUTAH, J.; OBENG, P.; SARFO, J. O. Transtheoretical-Based Model of Intervention for Diabetes and Prediabetes: A Scoping Review. **Journal of Diabetes Research**, vol. 2024, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2024/2935795>. Acesso em: 13 set 2024.

MOREIRA, M. R. S.; DAMASCENO, A. N. C.; MELO, S. R. S.; OLIVEIRA, V. A. O. Conhecimento sobre o manejo da obesidade na atenção primária à saúde. **Cadernos ESP**, v. 16, n. 2, p. 47–54, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.54620/cadesp.v16i2.780>. Acesso em: 23 out 2024.

MOURA, N. S.; LOPES, B. B.; TEIXEIRA, J. J. D.; ORIÁ, M. O. B.; VIEIRA, N. F. C.; GUEDES, M. V. C. Alfabetização em saúde e autocuidado em pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 700–706, 2019. Associação Brasileira de Enfermagem. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0291>. Acesso em: 7 mai 2022.

MURAKAMI, M.; AOKI, T.; SUGIYAMA, Y.; TAKEUCHI, M.; YUI, T.; KOYAMA, M.; ICHIKAWA, Y.; YANAGISAWA, K.; FURUHATA, S.; IKEZOE, M.; OTA, T.; MATSUSHIMA, M. Association between the transtheoretical model approach and sustained intradialytic pedaling exercise: A retrospective cohort study. *Medicine*, v. 100, n. 42, p. e27406, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000027406>. Acesso em: 26 abr 2022.

MUZY, J.; CAMPOS, M. R.; EMMERICK, I.; DA SILVA, R. S.; DE ANDRADE SCHRAMM, J. M. Prevalência de diabetes *mellitus* e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00076120>. Acesso em: 07 mai 2022.

NAGARAJU, A.S., TONDARE, D. & GOPICHANDRAN, V. What makes patients with diabetes adopt physical activity behaviors? —a transtheoretical model approach. **Int J Diabetes Dev Ctries**. v. 39, p. 739–748. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13410-019-00730-5>. Acesso em: 15 out 2024.

NOR, N. M.; SIDEK, S.; SAAD, N.; JAAFAR, N. H.; MOHD SHUKRI, N. A. Adhering to lifestyle change recommendations via the trans-theoretical model: a mixed-methods study among type 2 diabetes patients. **Nutrition and Food Science**, v. 51, n. 2, p. 362–374, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/NFS-02-2020-0043>. Acesso em: 15 out 2024.

NOVACKI, R. A. L.; SANTANA, L. A.; NOVAIS, M. F. S.; DIAS, G.C.; LIMA, T. R.; ZANOTTO FILHO, R. L.; ALVES, F.T.; BRAGA, J. V. V.; ARAÚJO, D. A.; GREGÓRIO,

L. C. S.; SANTANA, C. F.; FERRARI, C.; BATISTA, F. M. P.; FREITAS, A. T.; PEREIRA FILHO, R. P.; BARBOSA, J. D. M.; NOLETO, I. O. B.; FRAGA, W. C.; COSTA, G. M. M.; PASCAL, A. V. P. C.; MASCENA, M. E. P. V. Abordagens inovadoras no tratamento da Diabetes Mellitus tipo 2: análise de revisões sistemáticas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 6, p. 30733–30747, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv6n6-316>. Acesso em: 24 out. 2024.

OLIVEIRA, M. S.; BOFF, R. M.; CAZASSA, M. J.; DICLEMENTE, C. C. **Por que é tão difícil mudar?** Contribuições do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento na Prática Clínica e na Promoção da Saúde. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York, 2015. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_amigo_pesso_idosa/Agenda2030.pdf. Acesso em: 28 jan. 2022.

PARRA, D.I.; ROMERO GUEVARA, S. L.; ROJAS, L. Z. Fatores Influentes na Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão e Diabetes. **Investigação e Educação em Enfermagem**. v. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n3e02>. Acesso em: 7 nov. 2024.

PORTELA, R. A.; SILVA, J. R. S.; NUNES, F. B. B. F.; LOPES, M. L. H.; BATISTA, R. F. L.; SILVA, A. C. O. Diabetes mellitus type 2: factors related to adherence to self-care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 4, p. e20210260, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0260>. Acesso em: 08 nov 2024.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. **The American psychologist**, v. 47, n. 9, p. 1102–1114, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>. Acesso em: 26 abr 2022.

PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward na integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983. Disponível em: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.3.390>. Acesso em: 11 abr 2022.

PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: theory, research and practice**, v. 19, n. 3, p. 276-288. 1982. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0088437>. Acesso em: 11 abr 2022.

PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F. The transtheoretical model of health behavior change. **American journal of health promotion**. v. 12, n. 1, p. 38–48, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>. Acesso em: 26 abr 2022.

PROCHASKA J.O., VELICER W.F., DICLEMENTE C.C., FAVA J. Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. **J Consult Clin Psychol**. V. 56, n. 04, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.4.520>. Acesso em: 15 out 2024.

PURIM, K. S. M.; ALVES, J. V. M.; SILVA, D. D. B.; SOBREIRO, B. P.; MENEZES JUNIOR, F. J.; JESUS, Í. C.; LEITE, N. Percepção De Barreiras À Prática De Atividades Físicas Por Pacientes Diabéticos Tipo 2. **Revista Médica do Paraná**, v. 80, n. 1, p. 1690, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.55684/80.1.1690>. Acesso em: 20 out 2024.

ROMAIN, A. J.; CAUDROIT, J.; HOKAYEM, M.; BERNARD, P. Is there something beyond stages of change in the transtheoretical model? The state of art for physical activity. **Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement**. v. 50, n. 1, p. 42-53. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cbs0000093>. Acesso em: 10 out 2024.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; DA SILVA, D. M. G. V. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/KqrCzL9TjgWHKKCpHZpQF4G/?lang=pt>. Acesso em: 8 mai 2022.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Educação em saúde para prevenção de complicações crônicas do diabetes *mellitus* na atenção primária. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>. Acesso em 11 mai 2022.

SALINAS MARTÍNEZ, A. M., GÓMEZ CAMPUSANO, R. I., CORDERO FRANCO, H. F., CHÁVEZ BARRÓN, K. A., GUTIÉRREZ SAUCEDA, C. J., GUZMÁN DE LA GARZA, F. J., & NÚÑEZ ROCHA, G. M. Multiple unhealthy behaviors share equivalent profiles of readiness for change in patients with type 2 diabetes. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 7, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073631>. Acesso em: 15 out 2024.

SANTOS, A. D. L.; FELIPE, G. F.; SOUZA, L. B.; ANJOS, S. D. J. B. DOS; MARCON, S. S. Viver e conviver com diabetes: dificuldades experienciadas no enfrentamento e manejo da doença. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. e18221, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.18221>. Acesso em: 12 out 2024.

SANTOS, M. DE D. V.; SANTOS, S. V.; CACCIA-BAVA, M. D. C. G. G. The prevalence of strategies for cessation of tobacco use in primary health care: An integrative review. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 563–572, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.27712016>. Acesso em: 05 out 2024.

SATIJA, A., BHUPATHIRAJU, S. N., RIMM, E. B., SPIEGELMAN, D., CHIUVE, S. E., BORGI, L., HU, F. B. Plant-Based Dietary Patterns and Incidence of Type 2 Diabetes in US Men and Women: Results from Three Prospective Cohort Studies. **PLOS Medicine**, v. 13, n. 6, p. e1002039, jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002039>. Acesso em: 23 jun. 2022.

SCHMIDT, S. K.; HEMMESTAD, L.; MACDONALD, C. S.; LANGBERG, H.; VALENTINER, L. S. Motivation and barriers to maintaining lifestyle changes in patients with type 2 diabetes after an intensive lifestyle intervention (The U-TURN trial): A

longitudinal qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 20, p. 1–16, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17207454>. Acesso em: 16 out 2024.

SEBIRE, S. J.; TOUMPAKARI, Z.; TURNER, K. M.; COOPER, A. R; PAGINA, A. S.; MALPASS, A.; ANDREWS, R. C. I've made this my lifestyle now: A prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 1–10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5114-5>. Acesso em: 10 out 2024.

SELÇUK-TOSUN A., ZINCIR H. The effect of a transtheoretical model-based motivational interview on self-efficacy, metabolic control, and health behaviour in adults with type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled trial. **Int J Nurs Pract.** v. 25, n. 4. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijn.12742>. Acesso em: 17 out 2024.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R.; MARTINO, A. Estudo comparativo das inovações sobre condições crônicas na atenção primária em Porto Alegre, RS, Brasil e Ferrara, Itália. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, p. 1–11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190633>. Acesso em: 11 mai 2022.

SKOGLUND, G.; NILSSON, B. B.; OLSEN, C. F.; BERGLAND, A.; HILDE, G. Facilitators and barriers for lifestyle change in people with prediabetes: a meta-synthesis of qualitative studies. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, p. 1–27, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12885-8>. Acesso em: 16 out 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2019-2020. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 19 mar. 2022.

SOUZA, K. O. C. DE; MENDONÇA, S. C. B. DE; OTERO, L. M.; SOUZA, M. F. C. DE; RIBEIRO, S. DE O. Autocuidado de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v.40, n.1, p.75–88,2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2019v40n1p75>. Acesso em 08 nov 2024.

SPIELMANN M., KROLO-WICOVSKY F., TIEDE A., KRAUSE K., BAUMANN S., SIEWERT-MARKUS U., JOHN U., FREYER-ADAM J. Patient motivation and preferences in changing co-occurring health risk behaviors in general hospital patients. **Patient Educ Couns.** V. 114. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107841>. Acesso em: 19 out 2024.

SUPLICI, S. E. R.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. DA; BOELL, J. E. W. Adesão ao autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Primária: estudo de método misto. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 5, p. 1–9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0032>. Acesso em: 20 out 2024.

TANG, L.; FU, Z. The effects of the transtheoretical model combined with nutritional intervention in hemodialysis patients. **American journal of translational research**, v. 13, n. 7, p. 7898–7905, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34377268/>. Acesso em: 26 abr 2022.

TESSARO, V. C. Z.; SILVA, A. M. R.; LOCH, M. R. Estágios de mudança de comportamento para atividade física no lazer em adultos brasileiros: estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2021, v. 26, n. 08, p. 2969-2980. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.18022020>. Acesso em: 26 abr 2022.

TESTON, E. F.; SPIGOLON, D. N.; MARAN, E.; SANTOS, A. L.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Nurses' perspective on health education in Diabetes Mellitus Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2735–2742, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0396>. Acesso em: 7 mai 2022.

VELASQUEZ, M. M.; CROUCH, C.; STEPHENS, N. S.; DICLEMENTE, C. C. **Group Treatment for Substance Abuse: A Stages-of-Change Therapy Manual**. 2 ed. New York: The Guilford Press, 2016.

VIANA, V. G. A.; RIBEIRO, M. F. M. Fragilidades que afastam e desafios para fixação dos médicos da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, n. February, p. 216, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v9i0.4462>. Acesso em: 04 out 2024.

WANG, Y.; LIU, X.; WAN, P.; WU, M.; GENG, Y.; YAO, L. The application effect of the trans-theoretical model of behavior change in diabetic kidney disease patients treated with maintenance hemodialysis. **Diabetic Nephropathy**, v. 2, n. 1, p. 24–30, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.2478/dine-2022-0013>. Acesso em: 03 nov 2024.

WIESER, H.; VITTADELLO, F.; COMPLOJ, E.; STUMMER, H. Do Health Professionals Sufficiently Address Patients' Disposition Toward Changing Their Nutritional and Physical Activity Habits? Findings from a Pilot Study among People with Type 2 Diabetes in Northern Italy. **Healthcare**, vol. 8, no. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare8040524>. Acesso em: 3 nov 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classification of diabetes mellitus**. Geneva: 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/classification-of-diabetes-mellitus>. Acesso em: 20 abr 2022.

YAMAMOTO, A. O.; DUARTE, A. G.; OLIVEIRA, J. L. B. de; ESPINDOLA, T. L. A importância do vínculo profissional com o usuário na atenção primária em saúde: revisão de escopo. **Contribuciones a las ciencias Sociales**. v. 17, n. 10, p. e11336, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.10-082>. Acesso em: 6 nov. 2024.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa intitulada: **“PRONTIDÃO PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS”**,

cujo objetivo é compreender os aspectos que envolvem a prontidão para mudança de comportamento em indivíduos com diabetes mellitus do tipo 2 e a atuação de profissionais de saúde nesse contexto. Os benefícios que se espera a partir deste estudo estão relacionados à melhorias na assistência à saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

Caso o(a) senhor(a) concorde, sua participação ocorrerá através de informações prestadas a partir de um questionário para caracterização sociodemográfica e clínica, e ainda através de uma entrevista com perguntas abertas sobre seu comportamento em relação ao diabetes. Haverá necessidade de gravação do áudio da entrevista para posterior análise dos dados. A partir da assinatura do presente termo, o(a) senhor(a) concorda com o uso do equipamento de gravação para registro de suas respostas durante a entrevista. A entrevista poderá ocorrer na Unidade de Saúde da Família onde o(a) senhor(a) faz acompanhamento de saúde ou mesmo em seu domicílio, se assim desejar, em dia e horário mais oportunos.

O tempo estimado de duração da aplicação do questionário socioeconômico e clínico será de 10 minutos e da entrevista será de até 45 minutos.

A sua participação não lhe gerará nenhum custo financeiro, bem como nenhuma vantagem da mesma natureza. O(A) senhor(a) poderá solicitar maiores informações sobre a pesquisa quando desejar, através dos canais de comunicação com a pesquisadora principal, informados ao final deste termo e, pode ainda, retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízos ou necessidade de esclarecimentos, contudo, sua participação é de suma importância para o sucesso da pesquisa.

Como riscos decorrentes de sua participação, poderá ocorrer algum desconforto ou constrangimento ao longo da coleta dos dados em virtude da exposição de opiniões e informações ao seu respeito, caso isso ocorra, o(a) senhor(a) poderá comunicar a pesquisadora no momento da entrevista ou posteriormente, entrar em contato através dos canais de comunicação informados ao final deste termo e medidas para minimização dos danos serão tomadas. Entretanto, ressaltamos que sua identificação, ao longo do processo da pesquisa e, posteriormente em sua divulgação, será sigilosa.

Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos e revistas

científicas, e qualquer dado que possa identificá-lo será omitido. Os resultados da pesquisa também serão divulgados para os participantes do estudo e sempre que desejar o(a) senhor(a) poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico sob guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período de cinco anos após o término da pesquisa conforme a Resolução CNS nº 466/2012.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias ‘Hércules Maymone’ – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Obrigada pela sua colaboração.

Nome e assinatura do pesquisador

Local e data: [REDACTED], ____ de ____ de ____

Nome e assinatura do participante

Local e data: [REDACTED], ____ de ____ de ____

Caso haja qualquer dúvida quanto à sua participação o (a) senhor (a) poderá esclarecê-la através dos seguintes contatos:

Narjara Tizzo Romeiro Dosso – telefone: (67) 99609-9239 E-mail: narjara.tizzo@ufms.br

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa intitulada: **“PRONTIDÃO PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS”**,

cujo objetivo é compreender os aspectos que envolvem a prontidão para mudança de comportamento em indivíduos com diabetes mellitus do tipo 2 e a atuação de profissionais de saúde nesse contexto. Os benefícios que se espera a partir deste estudo estão relacionados à melhorias na assistência à saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

Caso o(a) senhor(a) concorde, sua participação ocorrerá através de informações prestadas em um questionário de caracterização sociodemográfica e posteriormente em uma entrevista com questões abertas sobre seu cotidiano de trabalho em relação à assistência a pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

Haverá necessidade de gravação do áudio da entrevista para posterior análise dos dados. A partir da assinatura do presente termo, o(a) senhor(a) concorda com o uso do equipamento de gravação para registro de suas respostas durante a entrevista.

O tempo estimado de duração da aplicação do questionário socioeconômico será de 10 minutos e da entrevista será de até 40 minutos.

A sua participação não lhe gerará nenhum custo financeiro, bem como nenhuma vantagem da mesma natureza. O(A) senhor(a) poderá solicitar maiores informações sobre a pesquisa quando desejar, através dos canais de comunicação com a pesquisadora, informados ao final deste termo e, pode ainda, retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízos ou necessidade de esclarecimentos, contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

Como riscos decorrentes de sua participação, poderá ocorrer algum desconforto ou constrangimento ao longo da coleta dos dados em virtude da exposição de suas ideias, opiniões e condutas relativas à sua atuação profissional, caso isso ocorra, o(a) senhor(a) poderá informar a pesquisadora responsável no momento da entrevista ou posteriormente, através dos canais de comunicação informados ao final deste termo e medidas para minimização dos danos serão tomadas. Entretanto, ressaltamos que sua identificação, ao longo do processo da pesquisa e, posteriormente em sua divulgação, será mantida em sigilo.

Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos e revistas científicas, e qualquer dado que possa identificá-lo será omitido. Os resultados da pesquisa

também serão divulgados para os participantes do estudo e sempre que desejar o(a) senhor(a) poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico sob guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período de cinco anos após o término da pesquisa conforme a Resolução CNS nº 466/2012.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias ‘Hércules Maymone’ – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Obrigada pela sua colaboração.

Nome e assinatura do pesquisador

Local e data: [REDACTED], ____ de ____ de ____

Nome e assinatura do participante

Local e data: [REDACTED], ____ de ____ de ____

Caso haja qualquer dúvida quanto à sua participação o (a) senhor (a) poderá esclarecê-la através dos seguintes contatos:

Narjara Tizzo Romeiro Dosso – telefone: (67) 99609-9239

E-mail:

narjara.tizzo@ufms.br

r

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA – INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

1. Identificador: _____
2. Idade: _____
3. Sexo: () masculino () feminino
4. Cor da pele: () branca () parda () preta () amarela () indígena () outra

5. Situação conjugal: () casado(a)/estável () solteiro(a) () viúvo(a) () divorciado(a)/separado
6. Escolaridade: () fundamental incompleto () fundamental () médio incompleto () médio () superior incompleto () superior () pós graduação
7. Ocupação atual: () autônomo () assalariado () aposentado/pensionista () do lar () outro : _____
8. Renda familiar: () até 1 salário mínimo () 1 a 3 salários mínimos () 3 a 5 salários mínimos () mais de 5 salários mínimos
9. Quantas pessoas dependem desta renda para viver?

10. Tempo de diagnóstico do diabetes tipo 2:

11. Realiza acompanhamento com profissional de saúde para o cuidado do diabetes?
() sim. Com qual(is) profissionais?

() não
12. Realiza acompanhamento com algum destes profissionais para auxílio no controle do diabetes?
Nutricionista: () sim () não
Profissional de educação física: () sim () não
Enfermeiro: () sim () não
Psicólogo: () sim () não
13. Realiza tratamento medicamentoso para diabetes?
() sim. Quais: _____ () não
Usa insulina: () sim () não

14. Quando foi a última consulta médica de acompanhamento do diabetes?
☐ nos últimos três meses
☐ entre 3 meses a 6 meses
☐ entre 6 meses a 1 ano
☐ há mais de um ano
15. Apresenta complicações do diabetes, por exemplo: problemas na visão, nos rins, feridas, amputações ou outras?
☐ sim. Qual(is)?

☐ não
16. É fumante?
☐ sim. Há _____ anos. Cigarros por dia: _____ ☐ não
17. Consome bebida alcoólica?
☐ sim. Tipo de bebida: _____ Vezes por semana: _____
_____ ☐ não
18. O(a) senhor(a) pratica alguma atividade física? ☐ sim. Qual(is) _____
Quantas vezes por semana? _____
Duração da atividade: _____
É acompanhada por profissional de educação física? ☐ sim ☐ não

☐ não pratica
19. Há histórico de diabetes na família?
☐ sim. Quem? _____
☐ não

**APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA –
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

1. Identificador: _____
2. Idade: _____
3. Sexo: () masculino () feminino
4. Cor da pele: () branca () parda () preta () amarela () indígena () outra

5. Estado civil: () casado(a)/estável () solteiro(a) () viúvo(a) () divorciado(a)
6. Qual a sua profissão atual e há quanto tempo a exerce?

7. Há quanto tempo você trabalha nesta unidade de saúde?

8. Escolaridade: () fundamental () médio incompleto () médio () superior incompleto () superior () pós graduação em andamento () pós graduação
9. Se tiver curso de graduação, escreva a área do curso:

10. Tempo de formado(a):

11. Se tiver curso(s) de pós graduação (residência, especialização, mestrado, doutorado), qual é a área do(s) curso(s):

12. Você possui mais de um vínculo empregatício? Se sim, qual a sua jornada de trabalho semanal, somando todos os vínculos que possui?

**APÊNDICE E - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

- 1- Fale sobre a sua rotina de cuidados com o diabetes no seu dia a dia.
- 2- Escolha a afirmativa que mais lhe representa em relação aos seus comportamentos e hábitos de vida no cuidado com o diabetes.
 - a) No momento não tenho hábitos de vida saudáveis e não pretendo modificá-los.
 - b) Sei que preciso modificar meus hábitos de vida prejudiciais, mas não estou certo(a) de que quero fazer isso por enquanto.
 - c) Sei que preciso modificar meus hábitos de vida prejudiciais e pretendo modificá-los no prazo de até 1 mês.
 - d) Modifiquei meus hábitos prejudiciais e já mantenho hábitos saudáveis há pelo menos 6 meses.
 - e) Modifiquei meus hábitos prejudiciais e já os mantenho há mais de 6 meses.
- 3- Na sua opinião, qual a importância dos hábitos de vida saudáveis (alimentação adequada, prática de atividade física, não fumar, não consumir abusivamente bebida alcoólica) para o controle do diabetes?
- 4- O(A) senhor(a) acredita que através de sua rotina de cuidados, consegue manter o diabetes controlado? Fale sobre isso.
- 5- O(A) senhor(a) considera que possui hábitos de vida que prejudicam/dificultam o controle do diabetes? Fale sobre eles.
- 6- Considerando sua vida atualmente, acredita ser possível mudar algum dos comportamentos prejudiciais que o(a) senhor(a) comentou? De que forma?
- 7- O que o(a) senhor(a) considera como dificuldades para mudar os seus comportamentos prejudiciais
- 8- Dentre essas dificuldades que o senhor apontou, seria possível mudar alguma delas? Do que precisaria?
- 9- Há pessoas ao seu redor que influenciam (ajudando, pressionando, cobrando,

monitorando) no seu cuidado com o diabetes? Quem são? De que forma?

- 10- (Caso o paciente refira hábitos saudáveis) Em alguma ocasião o(a) senhor(a) já sentiu dificuldade em manter seu hábito de vida saudável? Que momento foi esse? Fale sobre isso.
- 11- (Caso o paciente refira hábitos saudáveis) Quais foram as motivações que o levaram a abandonar seus hábitos prejudiciais e adotar hábitos saudáveis? (busca por saúde, questões estéticas, sintomas desagradáveis, medo de morrer, sofrimento dos familiares).
- 12- (Caso refira hábitos saudáveis) E atualmente, o que o motiva a manter seus hábitos saudáveis?
- 13- (Caso o paciente refira hábitos saudáveis) Após adotar hábitos saudáveis, o senhor já teve momentos de recaída, em que voltou aos comportamentos prejudiciais?
- 14- (Caso o paciente refira hábitos saudáveis) O senhor acha que será capaz de manter seus hábitos saudáveis por longo prazo?
- 15- Analisando seu contexto de vida hoje, você identifica algo (circunstâncias, sentimentos, relacionamentos, objetivos, anseios, etc.) que possa servir de motivação/incentivo para o(a) senhor(a) adotar comportamentos saudáveis?
- 16- Durante os seus atendimentos de rotina com profissionais de saúde é abordada a necessidade de mudanças de hábitos de vida para o controle do diabetes? Com que frequência isso ocorre? De que maneira esse assunto é abordado pelo profissional de saúde? Você considera adequada/eficaz essa abordagem?
- 17- O(A) senhor(a) se sente confortável em expor as dificuldades que apresenta em relação às mudanças de comportamento aos profissionais de saúde que o acompanham? Fale sobre isso.

APÊNDICE F – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

1. Fale sobre suas ações de estímulo ao autocuidado em relação ao paciente com diabetes.
2. Comente sobre o(s) fator(e)s que você considera essenciais para o sucesso do tratamento de pessoas com diabetes tipo 2.
3. Quais ações de saúde você e sua equipe realizam ou já realizaram no intuito de promover a mudança de comportamento e adoção de hábitos de vida mais saudáveis pelos pacientes com diabetes tipo 2?
4. Quais ações de saúde você acredita serem necessárias realizar para auxiliar as pessoas com diabetes tipo 2 a mudarem os comportamentos que prejudicam a sua saúde?
5. O que você acredita que dificulta a mudança de comportamento de pessoas com diabetes tipo 2?
6. Você considera que sua formação/capacitação profissional proporcionou recursos adequados e suficientes para auxiliar as pessoas com diabetes tipo 2 a adotarem hábitos de vida saudáveis?
7. Você e sua equipe realizam processos de educação permanente, através de reuniões de equipe, treinamentos, etc, visando favorecer a mudança de comportamento dos seus pacientes com diabetes tipo 2? Fale sobre isso.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

0078/2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAÚ, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Nanjara Tizzo Romeiro Dosso, inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 030.751.211-85, portador (a) do documento de Identidade sob n°. 2070334 SEJUSP/MS, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Pedro Labatut, N° 376, Bairro: Coronel Antonino, nesta Capital, telefone n°. (67) 99609-9239, pesquisador (a) do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Instituição Universidade Federal de Mato Grosso do Sul com o título do Projeto de Pesquisa: **"Prontidão Para Mudança de Comportamento em Pessoas com Diabetes Mellitus"**, orientado (a) pela Professor (a) Elen Ferraz Teston, inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 009.345.559-31, portador (a) do documento de Identidade sob n°. 101064450, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Costa e Silva, N°. S/N, Bairro:, nesta cidade, telefone n°. (67) 99920-7237, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Instituição Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAÚ.

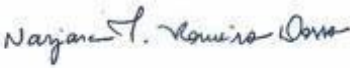
Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 09 de agosto de 2022.



Pesquisador (a)



Orientador(a)



Manoel Roberto dos Santos
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadoria Geral de Educação em Saúde/SESAÚ

0078/2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
 Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
 Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
 O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 09 de agosto de 2022.

Nayara T. Loureiro Dantas

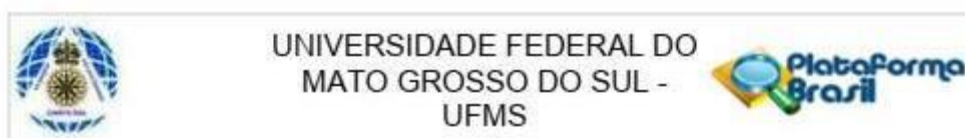
Pesquisador (a)

Elan Ferraz Justen

Orientador(a)

Manoel Roberto dos Santos
 Manoel Roberto dos Santos
 Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
 Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU

ANEXO B – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL



PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prontidão para mudança de comportamento em pessoas com diabetes mellitus.

Pesquisador: NARJARA TIZZO ROMERO DOSSO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65038922.1.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

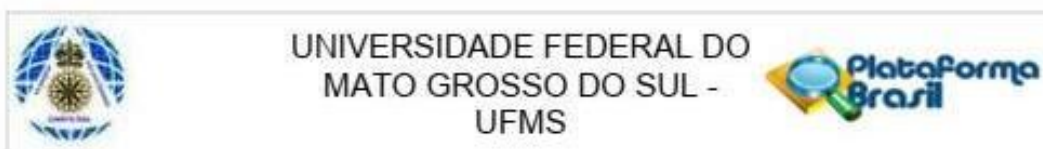
Número do Parecer: 5.826.293

Apresentação do Projeto:

O diabetes mellitus (DM) é um importante problema de saúde pública que vem crescendo globalmente nas últimas décadas. Sua ocorrência está relacionada à altas taxas de morbimortalidade, além de graves complicações que impactam na qualidade de vida dos indivíduos. Hábitos saudáveis são elementos essenciais no controle da DM, logo, mudanças comportamentais são almejadas para o sucesso no tratamento. O Modelo Transteórico de Mudança pode ser útil neste processo à medida que auxilia na identificação da prontidão para mudanças de comportamento dos indivíduos, fator importante a ser considerado na atenção à saúde. O presente estudo tem por objetivo compreender os fenômenos que permeiam a prontidão para mudança de comportamento de indivíduos com DM tipo 2 atendidos na Atenção Primária à Saúde e a atuação dos profissionais de saúde nesse contexto. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada com indivíduos com DM tipo 2 e profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde, cujos dados serão coletados através de entrevistas individuais realizadas em uma Unidade de Saúde da Família do município de Campo Grande – MS.

Critério de Inclusão: 1- Indivíduos com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 há, no mínimo, 6 meses e que tenham 18 anos ou mais; 2- Profissionais de saúde que compõem a equipe de saúde da família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogo) da Unidade de Saúde da Família selecionada), além de profissionais que compõem o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) vinculados à mesma USF. Serão convidados os

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros - Prédio das Pró-Reitorias - Hércules Maymone - 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.826.293

profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, agentes comunitários de saúde, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo e assistente social, que desempenhem suas funções na APS há, no mínimo, seis meses.

Critério de Exclusão: 1- Serão excluídos da pesquisa indivíduos que apresentem algum comprometimento cognitivo; 2- Serão excluídos da pesquisa profissionais que se encontrarem em férias ou licença de qualquer natureza na ocasião da coleta dos dados.

Grupos

Indivíduos com diabetes mellitus-20

Profissionais de saúde-12

(texto do pesquisador)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os aspectos que envolvem a prontidão para mudança de comportamento em indivíduos com DM tipo 2 e a atuação de profissionais de saúde nesse contexto.

Objetivo Secundário: Identificar os estágios de prontidão para mudança de comportamento em indivíduos com DM tipo 2. Conhecer os desafios e facilidades vivenciados pelos indivíduos com DM tipo 2 para efetivar mudanças de comportamento. Compreender a relação entre os estágios de mudança e os processos de mudança nos indivíduos com DM tipo 2. Conhecer os conceitos e as práticas de profissionais de saúde em relação à mudança de comportamento em pessoas com DM tipo 2.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos aos participantes da pesquisa consistem em eventuais constrangimentos ou desconforto durante a coleta de dados devido a exposição de opiniões, informações pessoais e condutas. Tais riscos serão minimizados reforçando-se o caráter sigiloso das informações dos participantes, não havendo possibilidade de identificação dos mesmos, a não ser pelos pesquisadores que coletarão os dados.

Benefícios: Os benefícios da pesquisa serão indiretos. Espera-se que os resultados forneçam subsídios para o aprimoramento dos processos de atenção à saúde no âmbito da APS.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ; Prédio das Pró-Reitorias ; Hércules Maymone ; 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.826.293

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família- UFMS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

Informações básicas,

TCLE,

Anuência SESAUF

Projeto detalhado

Folha de rosto

Recomendações:

No TCLE: Incluir espaço para rubrica do participante e pesquisador na primeira página.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ver recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

CONFIRA AS ATUALIZAÇÕES DISPONÍVEIS NA PÁGINA DO CEP/UFMS

1) Regimento Interno do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/novo-regimento-interno/>

2) Calendário de reuniões

Disponível em <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2022/>

3) Etapas do trâmite de protocolos no CEP via Plataforma Brasil

Disponível em: <https://cep.ufms.br/etapas-do-tramite-de-protocolos-no-cep-via-plataforma-brasil/>

4) Legislação e outros documentos:

Resoluções do CNS.

Norma Operacional nº001/2013.

Portaria nº2.201 do Ministério da Saúde.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros e Prédio das Pró-Reitorias e Hércules Maymone e 1º andar
Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconeppropp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.826.293

Cartas Circulares da Conep.

Resolução COPP/UFMS nº240/2017.

Outros documentos como o manual do pesquisador, manual para download de pareceres, pendências frequentes em protocolos de pesquisa clínica v 1.0, etc.

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/legislacoes-2/>

5) Informações essenciais do projeto detalhado

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-projeto-detalhado/>

6) Informações essenciais – TCLE e TALE

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-tcle-e-tale/>

- Orientações quanto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aos Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) que serão submetidos por meio do Sistema Plataforma Brasil versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os participantes da pesquisa versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os responsáveis pelos participantes da pesquisa menores de idade e/ou legalmente incapazes versão 2.0.

7) Biobancos e Biorrepositórios para armazenamento de material biológico humano

Disponível em: <https://cep.ufms.br/biobancos-e-biorrepositorios-para-material-biologico-humano/>

8) Relato de caso ou projeto de relato de caso?

Disponível em: <https://cep.ufms.br/662-2/>

9) Cartilha dos direitos dos participantes de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/cartilha-dos-direitos-dos-participantes-de-pesquisa/>

10) Tramitação de eventos adversos

Disponível em: <https://cep.ufms.br/tramitacao-de-eventos-adversos-no-sistema-cep-conep/>

11) Declaração de uso de material biológico e dados coletados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/declaracao-de-uso-material-biologico/>

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros e Prédio das Pró-Reitorias e Hércules Maymone e 1º andar
 Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.826.293

12) Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa
Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-prontuarios/>

13) Termo de compromisso para utilização de informações de banco de dados
Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-banco-de-dados/>

DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO SARS-CoV-2, CONSIDERAR:

Solicitamos aos pesquisadores que se atentem e obedeçam às medidas de segurança adotadas pelo locais de pesquisa, pelos governos municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e pelas demais instâncias do governo devido a excepcionalidade da situação para a prevenção do contágio e o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

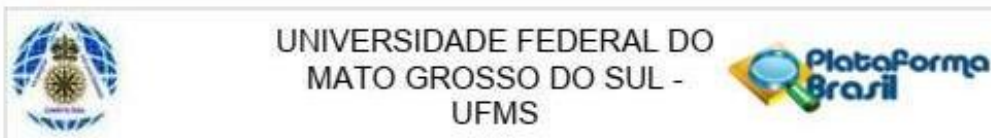
As medidas de segurança adotadas poderão interferir no processo de realização das pesquisas envolvendo seres humanos. Quer seja no contato do pesquisador com os participantes para coleta de dados e execução da pesquisa ou mesmo no processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE, incidindo sobre o cronograma da pesquisa e outros.

Orientamos ao pesquisador na situação em que tenha seu projeto de pesquisa aprovado pelo CEP e em decorrência do contexto necessite alterar seu cronograma de execução, que faça a devida "Notificação" via Plataforma Brasil, informando alterações no cronograma de execução da pesquisa.

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER PENDENTE, CONSIDERAR:

Cabe ao pesquisador responsável encaminhar as respostas ao parecer de pendências por meio da Plataforma Brasil em até 30 dias a contar a partir da data de emissão do Parecer Consubstanciado. As respostas às pendências devem ser apresentadas e descritas em documento à parte, denominado CARTA RESPOSTA, além do pesquisador fazer as alterações necessárias nos documentos e informações solicitadas. Ressalta-se que deve haver resposta para cada uma das pendências apontadas no parecer, obedecendo a ordenação deste. Para apresentar a Carta Resposta o pesquisador deve usar os recursos "copiar" e "colar" quando for transcrever as pendências solicitadas e as respostas apresentadas na Carta, como também no texto ou parte do

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.826.293

texto que será alterado nos demais documentos. Ou seja, deve manter a fidedignidade entre a pendência solicitada e o texto apresentado na Carta Resposta e nos documentos alterados.

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2022, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2022/> Observar se o atendimento as solicitações remeterá a necessidade de fazer adequação no cronograma da pesquisa, de modo que a etapa de coleta de informações dos participantes seja iniciada somente após a aprovação por este Comitê.

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER NÃO APROVADO, CONSIDERAR:

Informamos ao pesquisador responsável, caso necessário entrar com recurso diante do Parecer Consubstanciado recebido, que ele pode encaminhar documento de recurso contendo respostas ao parecer, com a devida argumentação e fundamentação, em até 30 dias a contar a partir da data de emissão deste parecer. O documento, que pode ser no formato de uma carta resposta, deve contemplar cada uma das pendências ou itens apontados no parecer, obedecendo a ordenação deste. O documento (CARTA RESPOSTA) deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto do projeto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado".

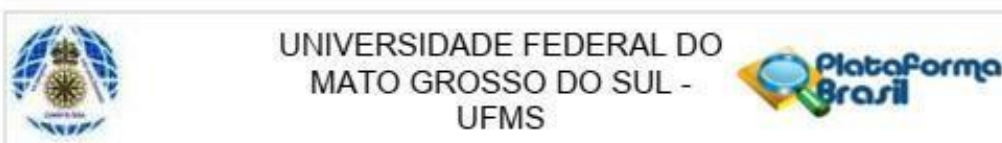
Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência.

Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2022, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2022/>

EM CASO DE APROVAÇÃO, CONSIDERAR:

É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros e Prédio das Pró-Reitorias e Hércules Maymone e 1º andar
 Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconeppropp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.826.293

Informações sobre os relatórios parciais e final podem acessadas em <https://cep.ufms.br/relatorios-parciais-e-final/>

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2037706.pdf	27/10/2022 11:23:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	26/10/2022 11:02:05	NARJARA TIZZO ROMEIRO DOSSO	Aceito
Outros	TermosDeAutorizacaoEdeResponsabilidadeSESAU.pdf	26/10/2022 11:01:47	NARJARA TIZZO ROMEIRO DOSSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_NarjaraDosso.docx	26/10/2022 10:17:03	NARJARA TIZZO ROMEIRO DOSSO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	26/10/2022 08:49:44	NARJARA TIZZO ROMEIRO DOSSO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 19 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Juliana Dias Reis Pessalacia
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br