



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO



MAYARA GÓES DOS SANTOS

MODELO NOLA PENDER DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA O
CUIDADO ÀS PESSOAS COM DIABETES

CAMPO GRANDE, MS
2024

MAYARA GÓES DOS SANTOS

MODELO NOLA PENDER DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA O
CUIDADO ÀS PESSOAS COM DIABETES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O cuidado em saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof. Dra Elen Ferraz Teston

CAMPO GRANDE/MS

2024

MAYARA GÓES DOS SANTOS

MODELO NOLA PENDER DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA O
CUIDADO ÀS PESSOAS COM DIABETES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Campo Grande, MS, 28 de fevereiro 2024

Resultado:

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Elen Ferraz Teston (Presidente da banca)
Instituto Integrado de Saúde
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Prof. Dr. Prof. Dra. Ana Paula de Assis Sales (Membro efetivo)
Instituto Integrado de Saúde
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Prof. Dra. Verusca Soares de Souza (Membro efetivo)
Universidade Estadual do Paraná (Unespar)

Profa. Dra. Maria do Carmo Lourenço Haddad (Suplente externo)
Universidade Estadual do Paraná (Unespar)

Profa. Dra. Rosilene Palasson (Suplente interno)
Instituto Integrado de Saúde
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus filhos que são minhas fonte inspiradoras, que me motivam e que despertam o que há de melhor em mim.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora **Prof^a Dr^a Elen Ferraz Teston** a qual tenho profunda admiração, por me conduzir neste caminho da pesquisa, por literalmente me “orientar”, pela compreensão das minhas mensagens nas madrugadas, afinal nós duas estávamos com bebês. Nesses dois anos enfrentamos o desafio de ser mãe e ter que “dar conta” de tudo. Você mesmo sem saber foi fonte de inspiração pra mim, eu via que você dava conta, que no seu trabalho você entregava o melhor, mesmo com todas as demandas de um bebê você foi sempre exemplar com seus compromissos, então eu me esforçava e tentava entregar meu melhor também.

Obrigada pela disposição em trilhar junto comigo este caminho, me mostrando que é possível, me apoiando nos momentos difíceis e me incentivando a não desistir.

Não teria conseguido se você não estivesse ao meu lado.

Eterna gratidão professora Elen!

AGRADECIMENTOS

À **DEUS** pela oportunidade de chegar até aqui, por me chamar de filha, pelo colo, consolo e por me mostrar dia a dia o quanto sua presença é primordial em minha vida e o quanto os seus planos são melhores que os meus.

À minha mãe **Marli**, pelo apoio, incentivo, por ser minha referência de mulher, por sempre estar presente nos momentos bons e outros nem tanto, por ser minha amiga, por mostrar o quanto é importante ser resiliente, ir a luta e não desistir.

Ao meu pai **Marcondes**, por ser um pai presente, carinhoso e parafraseando Roberto Carlos por ser “meu amigo de fé meu irmão camarada”, obrigada por todo o incentivo,

À minha sogra **Maria Neide**, por cuidar dos meus filhos nos momentos em que precisei me ausentar para dar andamento neste estudo.

Ao meu sogro **Floriano** que mesmo com suas limitações sempre esteve disposto a me ajudar cuidando de meus filhos e me ajudando a descontraír com nossos jogos “buraco”.

Ao meu companheiro **Floriano Filho**, foram dois anos difíceis pra nós, mas obrigada por não desistir, obrigada pela família linda que construímos, pelo apoio, incentivo, por acreditar em mim quando eu não mais acreditava.

Ao **meu irmão Luiz Marcondes** e a todos meus **amigos e familiares** pelo apoio e incentivo.

Aos **meus colegas de turma** por todo compartilhamento, por ser a melhor turma, seres humanos incríveis que fizeram parte deste capítulo da minha vida, aprendi muito com vocês, obrigada por toda troca de conhecimento, por cada risada e por cada desabafo que me acalmava. Que Deus abençoe o caminho de cada um!

À minha colega **Dani** que desde o início sempre esteve disposta a colaborar comigo nos momentos em que precisei.

Aos exímios **professores e coordenação do INISA-UFMS**, que jamais conseguiria citar todos, mas recebam minha mais absoluta e sincera gratidão por todo o conhecimento e acolhimento a mim ofertado nesta caminhada;

Aos **membros da banca examinadora**, pelo aceite, disponibilidade e contribuições para o enriquecimento desta pesquisa.

A todos que torceram por mim de uma forma ou de outra.

SANTOS, M.G. **Modelo Nola Pender de Promoção da Saúde: Subsídios para o cuidado às pessoas com Diabetes**. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2024.

RESUMO

As ações de promoção da saúde direcionadas às pessoas com condições crônicas, como o Diabetes Mellitus, tem como propósito estimular a autoeficácia e conseqüentemente o autocuidado. O Modelo de Nola Pender de Promoção da Saúde oferece subsídios para o planejamento e operacionalização de ações de cuidado pela equipe de enfermagem que consideram os fatores individuais que influenciam no comportamento e a interação deste com o meio. O presente estudo teve como objetivos sumarizar as produções científicas da Enfermagem que utilizaram o modelo de promoção da saúde de Nola Pender na Atenção Primária e conhecer a perspectiva de pessoas com Diabetes Mellitus sobre o seu comportamento em saúde. Trata-se de um estudo com duas vertentes metodológicas: revisão integrativa da literatura e pesquisa descritiva-exploratória de natureza qualitativa. Para a realização da revisão integrativa utilizou-se as bases de dados Embase, Elsevier's Scopus, Biblioteca Virtual em Saúde, Medline via PubMed, Web of Science e Ovid e a busca nas bases ocorreu em março de 2023. Por sua vez, o estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa foi realizado junto a 22 pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas em uma unidade de saúde de uma capital da região centro oeste brasileira. Os dados foram coletados por meio de entrevista em profundidade, semiestruturada e audiogravada, com duração média de uma hora, no período de agosto a novembro de 2023. Adotou-se como critério de encerramento das entrevistas, a saturação dos dados. Para coleta utilizou-se de um instrumento composto por duas partes, sendo a primeira de caracterização, e a segunda, por questões elaboradas com base no referencial teórico de Nola Pender. As entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática. As categorias foram demarcadas de forma apriorística, com base no referencial teórico adotado. O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Dentre os 660 artigos localizados no estudo de revisão, oito compuseram a amostra final. Os resultados apontaram a aplicabilidade do Modelo de Promoção da Saúde em diferentes contextos e ciclos de vida como por exemplo, ao tratar de comportamentos alimentares de pessoas com hipertensão; estudos direcionados à população de idosos; sobre o aleitamento materno em primíparas; em programas de educação para melhora do comportamento e aumento de conhecimento em pessoas com HIV. No estudo qualitativo, participaram 22 pessoas com idade entre 34 e 59 anos. A análise de conteúdo modalidade temática resultou na categoria intitulada: Comportamentos Promotores de Saúde sob a ótica das pessoas com Diabetes segundo Modelo de Nola Pender. Ao refletir sobre as características e experiências individuais relacionadas ao comportamento anterior à doença, os participantes relataram que pouco cuidavam da saúde e dentre aqueles que cuidavam, a realização de caminhada foi o comportamento destacado. Sentimentos negativos em relação à condição crônica foram apontados, o que pode dificultar a motivação para mudança de comportamento. Ademais, observou-se que os entrevistados não identificam seu papel na promoção/autogerenciamento da sua condição de saúde. No que tange às barreiras à adoção dos comportamentos promotores de saúde, os fatores apontados permanecem similares aos comportamentos anteriores à doença, como a falta de tempo, de vontade, questões financeiras e complicações do diabetes. Do mesmo modo, hábitos como fumar, comer compulsivamente e consumir bebida alcoólica foram destacados como barreiras para mudança comportamental. Contudo, ao serem indagados sobre os benefícios, os participantes referiram melhora na qualidade de vida, vaidade, a sensação de bem-estar, vitória,

felicidade, autossatisfação e autorrealização. As influências interpessoais no comportamento em saúde identificadas foram a convivência com outras pessoas e familiares. Concluiu-se que os estudos que utilizaram o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender apresentaram resultados satisfatórios na aplicação deste no processo de trabalho da Enfermagem na Atenção Primária e enfatizaram que o modelo oferece subsídios para implementação de intervenções com enfoque nos comportamentos promotores de saúde. Sendo a diabetes uma condição crônica, que necessita de engajamento diário do próprio indivíduo com sua condição de saúde, a incorporação deste modelo no acompanhamento à essas pessoas pode favorecer a autoreflexão em relação aos comportamentos e hábitos de vida, proporcionando um ponto de partida para o planejamento das ações de cuidado centrado nas necessidades do usuário e na promoção da autonomia para o cuidado. Assim, acredita-se que a reflexão sobre a própria condição de saúde pode favorecer o empoderamento do indivíduo para uma mudança comportamental e adoção de hábitos saudáveis.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Autocuidado. Promoção da Saúde. Enfermagem. Teoria de enfermagem.

SANTOS, M.G. **Perspective of people with Diabetes Mellitus on their behavior: subsidies for health promotion.** 86f. Dissertation (Master's in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2024.

ABSTRACT

Health promotion actions aimed at people with chronic conditions, such as Diabetes Mellitus, aim to stimulate self-efficacy and consequently self-care. The Nola Pender Health Promotion Model offers support for the planning and operationalization of care actions by the nursing team that consider the individual factors that influence behavior and its interaction with the environment. The present study aimed to summarize the scientific productions in Nursing that used Nola Pender's health promotion model in Primary Care and to understand the perspective of people with Diabetes Mellitus on their health behavior. This is a study with two methodological aspects: integrative literature review and descriptive-exploratory research of a qualitative nature. To carry out the integrative review, the databases Embase, Elsevier's Scopus, Virtual Health Library, Medline via PubMed, Web of Science and Ovid were used and the search in the databases took place in March 2023. In turn, the descriptive study - exploratory qualitative approach was carried out with 22 people with Diabetes Mellitus registered in a health unit in a capital in the central-western region of Brazil. Data were collected through in-depth, semi-structured and audio-recorded interviews, lasting an average of one hour, from August to November 2023. Data saturation was adopted as the criteria for closing the interviews. For collection, an instrument composed of two parts was used, the first for characterization, and the second for questions prepared based on Nola Pender's theoretical framework. The interviews were transcribed in full and subjected to content analysis, thematic modality. The categories were delimited in an a priori manner, based on the theoretical framework adopted. The project was approved by the Permanent Ethics Committee on Research with Human Beings of the Federal University of Mato Grosso do Sul. Among the 660 articles found in the review study, eight made up the final sample. The results showed the applicability of the Health Promotion Model in different contexts and life cycles, for example, when dealing with eating behaviors of people with hypertension; studies aimed at the elderly population; about breastfeeding in primiparous women; in education programs to improve behavior and increase knowledge in people with HIV. In the qualitative study, 22 people aged between 34 and 59 participated. The thematic content analysis resulted in the category entitled: Health Promoting Behaviors from the perspective of people with Diabetes according to the Nola Pender Model. When reflecting on individual characteristics and experiences related to behavior prior to the disease, participants reported that they took little care of their health and among those who did, walking was the highlighted behavior. Negative feelings regarding the chronic condition were highlighted, which can make motivation to change behavior difficult. Furthermore, it was observed that the interviewees did not identify their role in promoting/self-managing their health condition. Regarding barriers to the adoption of health-promoting behaviors, the factors mentioned remain similar to behaviors prior to the disease, such as lack of time, lack of desire, financial issues and complications of diabetes. Likewise, habits such as smoking, binge eating and drinking alcohol were highlighted as barriers to behavioral change. However, when asked about the benefits, participants reported improved quality of life, vanity,

a sense of well-being, victory, happiness, self-satisfaction and self-fulfillment. The interpersonal influences on health behavior identified were coexistence with other people and family members. It was concluded that studies that used Nola Pender's Health Promotion Model presented satisfactory results in its application in the Nursing work process in Primary Care and emphasized that the model offers support for the implementation of interventions focusing on health-promoting behaviors. . As diabetes is a chronic condition, which requires the individual's daily engagement with their health condition, the incorporation of this model in monitoring these people can encourage self-reflection in relation to behaviors and lifestyle habits, providing a starting point for planning. of care actions centered on the user's needs and promoting autonomy for care. Thus, it is believed that reflecting on one's own health condition can encourage individual empowerment to make behavioral changes and adopt healthy habits.

Keywords: Diabetes Mellitus. Self-care. Health promotion.Nursing. Nursing theory.

AP	Atenção Primária
ACS	Agentes comunitários de saúde
CAD	Cetoacidose diabética
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus do tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
HbA1c	Hemoglobina Glicada
IDF	Federação Internacional de Diabetes
IC	Insuficiência Cardíaca
MPS	Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender
OMS	Organização Mundial de Saúde
PS	Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
QV	Qualidade de Vida
SHH	Síndrome Hiperglicêmica Hiperosmolar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 – Determinantes Sociais em Saúde.....	22
Figura 2 – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	27
Figura 3 - Distritos Sanitários de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.....	30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVO GERAL	20
	2.1. Objetivos Específicos	Erro! Indicador não definido.
3	JUSTIFICATIVA	Erro! Indicador não definido.
4	PRINCIPAIS DIMENSÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE	21
5	REFERENCIAL TEÓRICO DO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER	26
6	MÉTODO	31
	6.1. Local de Estudo	31
	6.2. Tipo de estudo	31
	6.3. População do Estudo	39
	6.3.1. Critérios de Inclusão	39
	6.3.2. Critérios de exclusão.....	39
	6.4. Coleta de Dados.....	39
	6.5. Análise de Dados	41
	6.6. Aspectos éticos	42
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
	7.1. Artigo 1 – Utilização do Modelo de Promoção da Saúde pela enfermagem na Atenção Primária: revisão integrativa	43
	7.2. Artigo 2 - Comportamentos e perspectivas influentes nas ações de promoção à saúde de pessoas com diabetes.....	60
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
9	REFERÊNCIAS	84
	ANEXO A – TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO	89
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	90
	APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91

APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS94

APÊNDICE C - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA96

1 INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica, demográfica, nutricional e tecnológica, tem influenciado o aumento da prevalência das condições crônicas, dentre elas o Diabetes Mellitus (DM) o qual é considerado pandêmico (Brasil, 2019).

No ano de 2017 a Federação Internacional de Diabetes (IDF) apontou que 8,8% da população mundial com idade entre 20 a 79 anos (424,9 milhões de pessoas), conviviam com esta condição, sendo que 79% dos casos concentravam-se em países em desenvolvimento. Em 2018 a prevalência era de 7,7%, alcançando aproximadamente 23,1% de pessoas com 65 anos ou mais (Brevidelli *et al.*, 2021). Resultados apontados Pesquisa Nacional de Saúde (Brasil, 2019), essa prevalência se manteve em 7,7%, sendo maior em mulheres (8,4%) do que entre os homens (6,4%). Em 2021 a prevalência mundial foi de 10,5%, representando 537 milhões de adultos com DM. Estima-se que o número total aumente para 643 milhões (11,3%) até 2030 e 783 milhões (12,2%) até 2045 (IDF, 2021).

No Brasil, as pessoas com DM ocupam o 6º lugar no ranking mundial com 23,2 milhões, sendo responsável por altos índices de mortalidade - um óbito a cada 8 segundos, chegando no pódio de terceiro lugar relacionado a mortalidade precoce. A redução na sobrevida é decorrente das lacunas existentes no manejo da condição e da ocorrência das complicações agudas e crônicas (Brasil, 2019; IDF, 2021). Dentre as complicações agudas, destacam-se: cetoacidose diabética (CAD), síndrome hiperglicêmica hiperosmolar (SHH) e hipoglicemia (Benoit *et al.*, 2018). E nas crônicas destacam-se: nefropatia diabética; a neuropatia diabética; pé diabético – neuropático vascular (também chamado isquêmico), misto (neurovascular ou neuroisquêmico) e a retinopatia diabética (Figueiredo *et al.*, 2021).

Ademais, fatores como o uso irregular de insulina, idade, nível social, etnia, educação, desconhecimento da doença; deficiência no atendimento relacionado a saúde pública; automedicação e a não realização de exames clínicos nos últimos seis meses, também são fatores que influenciam na ocorrência de complicações (Ferreira *et al.*, 2021; Alves *et al.*, 2021; IDF, 2021; Brevidelli *et al.*, 2021). Por isso, o diagnóstico tardio e o reconhecimento da necessidade de mudança no estilo de vida constituem fatores que impactam diretamente nas complicações (IDF, 2021).

Viver com uma condição crônica implica na necessidade de mudanças no estilo de vida e requer engajamento diário da pessoa na realização de ações de autocuidado, as quais consistem na execução de ações dirigidas pela e para a própria pessoa, com a finalidade de satisfazer as necessidades, bem como contribuir para sua qualidade de vida (QV). Dentre essas

ações encontram-se o uso de medicação adequada, alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no consumo de álcool e abandono do tabagismo (Borba *et al*, 2019). Para que isto aconteça, a pessoa com DM precisa tornar-se corresponsável no planejamento das ações de cuidado, onde o indivíduo torna-se o centro da gestão de seus cuidados estabelecendo estratégias eficazes para manutenção da QV diante de sua condição.

No intuito de colaborar para a autogestão/autogerenciamento sete comportamentos que precisam ser adotados como: fazer atividade física periodicamente, seguir alimentação saudável, fazer auto monitorização da glicemia, tomar a medicação regularmente, buscar resolução de problemas, manter hábitos de vida saudável e redução de riscos de complicações (Diabetes Education Manual, 2020).

Para que o manejo da condição crônica e manutenção da QV seja adequado, é necessário que a pessoa com DM tenha o conhecimento sobre sua condição de saúde e reflita sobre os comportamentos necessários e possíveis de serem adotados. Estudo cujo objetivo foi identificar evidências científicas que demonstrem o impacto do conhecimento na atitude e prática para o autocuidado de pacientes diabéticos, tiveram como resultados que a falta de educação em saúde é um dos principais motivos para o baixo conhecimento sobre diabetes. (Solla *et al.*, 2023).

Neste contexto, o conhecimento constitui-se em um conjunto de informações, adquiridas por meio de experiências pessoais ou orientações profissionais, que o indivíduo precisa obter para manejar sua condição de saúde. Já a atitude consiste na decisão do indivíduo em adotar ou não as medidas de autocuidado (Borba *et al.*, 2019).

Como ponte entre o conhecimento e a atitude encontram-se os profissionais de saúde que trabalham na educação em saúde - uma das estratégias utilizadas na Atenção Primária (AP) que podem contribuir para a construção do conhecimento e favorecer o engajamento da pessoa com DM nas ações de autocuidado para com sua condição de saúde (Ribas; Araújo, 2021).

Estudo de revisão identificou que para a educação acontecer eficazmente é primordial ter uma linguagem cuidadosa, pois a mesma pode ter um efeito positivo ou negativo, a depender do uso das palavras estigmatizantes e discriminatórias na comunicação entre profissionais de saúde e pessoas com DM, o qual pode levar ao afastamento dos serviços de saúde e a um automanejo inapropriado (Lloyd *et al.*, 2018). Neste contexto, a educação em saúde leva à literacia em saúde, que segundo a World Health Organization (2021), diz respeito ao conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos em compreender e utilizar a informação de forma que promovam a sua condição em saúde e mantenham a QV diante da mesma.

Somado a isto, ações de educação em saúde, acompanhamento/monitoramento das pessoas com DM, pautadas na promoção da autonomia, independência e autoestima, estabelecimento e avaliação conjunta de metas de autocuidado, favorecem a promoção da saúde (PS) e a QV (Akash *et al.*, 2021).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” e promoção da saúde que visa a autonomia do usuário para o alcance de melhores condições de vida, sendo marcada por um conjunto de estratégias caracterizadas pela articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial a qual propõe a articulação de saberes técnicos e populares, mobilização de recursos para a qualidade de vida e a responsabilidade múltipla por problemas e soluções (Buss, 2020)

Diante disto, a PS envolve transformação da realidade em que se vive, com atuação na redução das iniquidades em saúde e desigualdades no acesso aos determinantes e condicionantes de saúde (Brasil, 2022). Para Pender (2011) a PS habilita a pessoa, através de mudanças individuais, organizacionais e na comunidade, para a maximização da sua saúde e bem-estar. Não devendo ser vista como responsabilidade exclusiva da equipe de saúde, indo além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar comunitário,

Considerando a saúde como um estado positivo que as pessoas desejam alcançar, destaca-se a importância da pessoa ser o centro das ações de cuidado, o que em consonância com o modelo teórico de Pender, expressa de forma única e pessoal os esquemas cognitivos, perceptivos e os fatores sociais (Pender 2010). No processo de cuidado, cuja pessoa possui a oportunidade de verbalizar sobre seus comportamentos e condição de saúde, torna-se possível ela mesma identificar comportamentos que necessitam ser alterados. A partir do momento que esse comportamento é identificado pelo próprio indivíduo, aumentam as chances da mudança ocorrer e ser mantida (Neves, 2018).

Apesar de haver elucidação científica sobre os diversos fatores intervenientes no cuidado às pessoas com DM, o enfoque nas ações de PS e mudança de comportamento é incipiente. Observa-se predomínio de estudos cujo enfoque são as complicações causadas pela doença, na adesão ao tratamento medicamentoso e na dificuldade do controle glicêmico (Rodrigues *et al.*, 2021; Akash *et al.*, 2021; Brevidelli *et al.*, 2021). Acredita-se que conhecer a perspectiva das pessoas com DM sobre seus comportamentos e ações de promoção da saúde, pode oferecer subsídios para o planejamento de ações de cuidado com enfoque na autonomia e estímulo do autocuidado.

Neste contexto, o indivíduo ao identificar os comportamentos que dificultam ou facilitam as ações de promoção da saúde, podem tornar consciente as mudanças necessárias em relação aos comportamentos (Caldeira, 2021). O empoderamento é outro fator decisivo que tem como objetivo maximizar o conhecimento dos indivíduos sobre autocuidado, habilidades, autoconsciência e sentimento de autonomia pessoal, bem como aumento da autoeficácia do indivíduo e da capacidade de estabelecer e atingir metas, juntamente com o aumento de sua autoconfiança. Pessoas com baixa autoeficácia são menos propensas a participar de ações de resolução de problemas e apresentam altos níveis de resistência ao uso de medicamentos e alimentação saudável (Brito; Figueiredo; Tyrrel, 2021).

Para Pender (2010), a autoeficácia está relacionada ao julgamento da capacidade pessoal de executar um comportamento de PS, a mesma influencia as barreiras percebidas à ação, de modo que uma maior eficácia resulta em percepções mais baixas de barreiras estabelecidas por bloqueios antecipados, imaginários ou reais e custos pessoais de compreensão de um determinado comportamento. Neste contexto, o MPS apresenta subconceitos fundamentais para implementação de uma intervenção eficaz.

Destarte, objeto do estudo em questão, converge com um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da agenda de 2030 da Organização das Nações Unidas, a qual tem como meta reduzir em um terço a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) via prevenção, tratamento e promoção a saúde e bem-estar.

Diante disto, a fim de encontrar uma Teoria que concentre em seu modelo categorias que preencham os requisitos necessários para uma promoção da saúde, utilizaremos o modelo de Nola Pender. Neste contexto foram realizadas duas questões: Como a Enfermagem tem utilizado o modelo do Nola Pender nas ações desenvolvidas na APS? Como as pessoas com diabetes mellitus percebem seu comportamento de promoção à saúde?

2 OBJETIVO GERAL

Sumarizar as produções científicas da Enfermagem que utilizaram o modelo de promoção da saúde de Nola Pender na Atenção Primária.

Analisar as perspectivas influentes nas ações de promoção da saúde em pessoas com Diabetes Mellitus.

3 PRINCIPAIS DIMENSÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A saúde tem como determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais que leva em consideração que a saúde não é apenas um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Brasil, 2013).

Isto corrobora com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual descreveu em 2017 que promover a saúde não significa impor uma mudança comportamental, ou apenas focar em um problema mas sim envolver o indivíduo e conhecer os determinantes de sua saúde para desenvolver estratégias para que aumente o conhecimento e aconteça um engajamento, através de um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde que dialoguem com o aspecto individual, por meio da construção de modos de vida saudáveis; e com o aspecto coletivo e socioambiental, que leva as pessoas a terem efetivas possibilidades (ou não) de adotar os referidos modos, caso queiram. Ou seja, o que condiciona, permite ou impede que as pessoas tenham opções mais saudáveis se for do seu desejo.

A PNPS foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e confirmou o compromisso dos gestores públicos com a ampliação e a qualificação de ações de promoção através do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, a PNPS compromete-se, através dos princípios da autonomia e empoderamento, com o fornecimento de subsídios para que os sujeitos envolvidos possam ser corresponsáveis pela sua saúde (Brasil, 2006).

Apesar dos avanços, muitos acontecimentos desenharam novos cenários com objetivo que promover a equidade e a melhora das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletivo reduzindo vulnerabilidade e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (Brasil, 2008).

Neste contexto a PNPS trouxe elementos importantes para o debate sobre a avaliação do alcance das iniciativas de PS no país. Portanto, é importante que se pense em políticas públicas saudáveis voltadas para diminuição das iniquidades sociais, evidenciadas nas desigualdades em saúde na vida individual e coletiva.

Desse modo, o fortalecimento da ação comunitária necessária ao exercício de autonomia e valorização do conhecimento popular e a participação social já que estão na base da PS. Diante disto, a PS e os determinantes sociais da saúde (DSS), quando integrados, podem contribuir para a compreensão e abordagem das iniquidades em saúde.



Fonte: Dahlgren; Whitehead (1991) adaptado pela CNDSS (2008).

Figura 1 – Determinantes Sociais em Saúde.

Fonte: Dahlgren; Whitehead (1991) adaptado pela CNDSS (2008).

Neste modelo, os DSS são abordados em cinco níveis interdependentes que atuam direta e indiretamente sobre o processo saúde/doença da população.

Os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores hereditários. Na camada externa estão os determinantes associados aos estilos de vida individuais. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No seguinte nível se encontram os determinantes intermediários como função das condições de vida e de trabalho, representados pelo acesso aos serviços públicos, educação, habitação, saneamento, saúde, produção de alimentos, emprego e renda. No nível mais externo estão os macro determinantes representados pelas condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. (Brasil, p.14, 2008).

Diante deste cenário, a atuação da PS sobre os DSS quando se pensa em condição crônica é mais relevante, pois se não houver ações sobre estes determinantes as metas de combate a estas doenças não conseguirão ser cumpridas (Brasil, 2008).

Neste contexto, a pessoa com o DM deve ser sensibilizada sobre a promover sua saúde e aumentar sua QV. Neste caso, a PS não se refere à busca de subsídios para que a doença não se estabeleça, uma vez que no portador de DM ela já se instalou, porém, neste caso a PS oferece a importância de que as pessoas com DM se conscientizem que é possível ter QV e levar uma vida saudável mesmo quando se é portador de uma doença crônica (Caldeira, 2021).

Neste sentido, os comportamentos promotores da saúde, que levam em conta tais determinantes, são ações sistematizadas que apresentam resultados positivos e duradouros para a manutenção do funcionamento físico, da QV e do seu bem-estar, das quais comprovadamente constituem fatores de proteção para condições crônicas (Brito *et al* 2021).

Dentre os principais fatores de risco comportamentais, destacam-se: o tabagismo, o uso nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável. Esses comportamentos são modificáveis e causam alterações metabólicas/fisiológicas para o desenvolvimento de DM (SBD, 2020). Desse modo, a autogestão diária da condição de saúde envolve estratégias importantes para o manejo do DM e para promoção da QV por meio de hábitos saudáveis, como: alimentação, prática de atividade física, adesão ao tratamento medicamentoso, acompanhamento da sua condição de saúde, capacidade para resolução de problemas, entre outras. (Diabetes Education Manual, 2020).

Frente a isso, ações com enfoque na educação nutricional individual, após avaliação da condição sociocultural são importantes para PS. Sobre os carboidratos, embora existam inúmeros estudos com diferentes proporções para o consumo, ainda não é possível afirmar uma proporção específica desse nutriente para pessoas com DM. A OMS não recomenda concentrações inferiores a 130 g/dia para adultos, por ser uma importante fonte de substrato energético cerebral e para outros processos metabólicos. Posto isso, para contribuir neste processo é importante ter acompanhamento com nutricionista para orientar sobre a importância da contagem de carboidrato. O consumo de alimentos contendo sacarose não é proibido para indivíduos com DM mas a OMS recomenda para a população em geral, desde 2015, que a ingestão não ultrapasse 5% do consumo diário (Brasil, 2019).

Ademais, a abordagem do manejo nutricional não deve ser somente prescritiva, mas também apresentar caráter subjetivo com olhar comportamental, colocando o indivíduo no centro do cuidado. Esse enfoque considera a disposição e a prontidão do usuário para mudar, possibilitando, por conseguinte, adaptar as recomendações às preferências pessoais, em uma tomada de decisão conjunta. Uma estratégia-chave para o manejo do diabetes é a inclusão de uma avaliação da ingestão alimentar atual seguida de orientação individualizada sobre o automonitoramento da ingestão de carboidratos, incluindo a contagem de carboidratos e organização dos horários das refeições, as escolhas alimentares e suas condições sócioeconômicas (Ewer, 2019).

Outro comportamento para promoção da saúde, está relacionado à prática de atividade física, pois, além de construir um hábito saudável, pode promover interações sociais e ambientais. Esta, pode ocorrer no tempo livre, no deslocamento ao trabalho ou escola, bem como nas tarefas domésticas (Caldeira, 2021).

Neste contexto, as atividades podem ser caracterizadas desde moderadas a vigorosas. Nas atividades físicas moderadas (prática de pelo menos 150 minutos por semana) o indivíduo - não vai conseguir cansar e a sua respiração e os batimentos do coração vão aumentar

moderadamente; e nas atividades físicas vigorosas (75 minutos por semana) a respiração fica rápida e os batimentos do coração vão aumentar, sendo também possível alcançar a quantidade recomendada de atividade física por semana combinando atividades moderadas e vigorosas. Pessoas que referem não ter praticado qualquer atividade física e que não se enquadraram em nenhum dos grupos, são considerados fisicamente inativas (Brasil, 2019).

Diante disto, a Organização Panamericana de Saúde (2021), recomenda pelo menos 150 a 300 minutos de atividade aeróbica moderada a vigorosa por semana para todos os adultos, incluindo quem vive com doenças crônicas ou incapacidade, e uma média de 60 minutos por dia para crianças e adolescentes

Conforme a declaração do American College of Sports (Kanaley *et al.*, 2022), vários tipos de atividade física melhoram a saúde e o controle glicêmico em pessoas com DM, embora o treinamento físico estruturado tenha sido estudado com mais frequência. Muitos dos benefícios comprovados resultam da melhora da sensibilidade à insulina, hiperglicemia pós-prandial e diminuição de doença cardiovascular, porém, embora o exercício de alta intensidade possa ser problemático para quem toma insulina, terminar uma sessão de exercício com uma sessão curta e de alta intensidade demonstrou ser benéfico na prevenção da hipoglicemia em quem não toma insulina.

Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (2018) elaborou um plano de ação tendo como meta a redução da inatividade física em 15% até 2030. O documento destaca a relevância de criar sociedades mais ativas por meio da melhoria dos ambientes e oferta de oportunidades para pessoas de todas as idades praticarem mais caminhadas, ciclismo, esportes, recreação ativa, dança e jogos. O documento também recomenda o apoio a capacitação de profissionais de saúde e outros profissionais, sistemas de dados mais sólidos, bem como o uso de tecnologias digitais.

De acordo com Diabetes Education Manual (2020) além da alimentação saudável e do exercício físico, para gerenciar o DM é preciso que haja engajamento diário, dos quais envolvem:

Quadro 1 – Comportamentos para autogerenciamento em pessoas com DM:

Enfrentamento Saudável	ter uma atitude positiva em relação ao gerenciamento de sua condição e relacionamentos positivos com outras pessoas, encontrar maneiras saudáveis de
------------------------	--

	lidar com a situação, para que você não adote hábitos prejudiciais, como fumar, comer demais, beber ou beber álcool.
Tomar Remédio	Criar uma rotina diária para tomar e monitorar seus medicamentos; encontre os melhores horários para tomar seus medicamentos para que funcionem melhor para você, pergunte à sua equipe de tratamento do diabetes sobre a hora do dia, o espaçamento entre as doses.
Monitorar	não só a glicemia, mas também a saúde do coração (pressão arterial, peso e nível de colesterol); saúde renal (exames de urina e sangue); saúde ocular (exames oftalmológicos; saúde dos pés (exames dos pés e testes sensoriais)
✓ Resolução de Problemas:	✓ Quando você conseguir resolver os problemas identificados, ganhará confiança em sua capacidade de lidar com futuras situações desafiadoras
✓ Reduza os riscos:	adotar comportamentos que minimizem ou previnam complicações e resultados negativos de pré-diabetes e diabetes. Exemplos desses comportamentos incluem fazer mudanças positivas no estilo de vida, participar de um programa de educação e apoio para prevenção do diabetes tipo 2 ou autogestão do diabetes, dormir adequadamente e receber vacinas e exames de saúde recomendados

Fonte: Elaborado pela própria autora

Neste contexto, atuação do enfermeiro na promoção da saúde busca a autonomia e autogerenciamento trabalhando na prevenção, com abordagens educativas para a melhoria da qualidade de vida. Através de programas, orientação e intervenções diretas, o enfermeiro desempenha um papel crucial na conscientização, educação e implementação de práticas saudáveis, promovendo uma comunidade mais saudável e resiliente. (Padilha, 2023)

Destarte, a Organização Panamericana de Saúde, a fim de contribuir para uma promoção eficaz, lançou um manual com a seguinte temática: Perspectivas e contribuições da enfermagem para promover a saúde universal e dentre alguns tópicos o Brasil ficou com capacitar novos quadros de profissionais de enfermagem, a fim desenvolver competências colaborativas: comunicação interprofissional, postura profissional, buscando conhecer o seu universo social e psicológico e a sua relação com o processo da doença da qual é portador, co destaque a promoção de cursos de reciclagem em doenças crônicas como DM.

4 REFERENCIAL TEÓRICO DO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

A PS visa aumentar o nível de bem-estar do indivíduo. O MPS de Nola Pender descreve a natureza multidimensional das pessoas conforme elas interagem em seu ambiente para buscar

a saúde, este modelo define saúde como um estado dinâmico positivo, e não simplesmente a ausência de doença (Pender, 2016).

Neste contexto, o MPS identifica fatores cognitivo-perceptivos que são modificados por características situacionais, pessoais e interpessoais, promovendo comportamentos de promoção à saúde por meio de um plano em ação que é baseado na teoria da aprendizagem social de Bandura, que postula a importância dos processos cognitivos na efetivação da mudança comportamental e na teoria da ação racional de Fishbein, que destaca que o comportamento é uma função de atitudes pessoais e normas sociais (Pender, 2010).

Os pressupostos do MPS envolvem o fato dos indivíduos procurarem regular seu próprio comportamento. Assim, o indivíduo, em toda a sua complexidade biopsicossocial, interage com o meio, transformando progressivamente o ambiente e sendo transformado ao longo do tempo. Os profissionais de saúde, constituem uma parte do ambiente interpessoal, que exerce influência sobre as pessoas ao longo de sua vida e a reconfiguração autoiniciada dos padrões interativos pessoa-ambiente é essencial para a mudança de comportamento e a promoção da saúde (Pender, 2016).

Esses pressupostos favorecem a compreensão dos principais determinantes dos comportamentos de saúde que precisam ser orientados para promover um estilo de vida saudável. Com isso, a demanda comportamental final também é influenciada pela demanda e preferências competitivas imediatas, que podem inviabilizar as ações de promoção da saúde pretendidas (Pender, 2016).

Este modelo é um guia para exploração dos complexos processos biopsicossociais que motivam as pessoas a assumir comportamentos em prol da melhoria da sua saúde e tem a intenção de ilustrar a natureza multidimensional dos indivíduos que interagem com seu meio ambiente em busca da saúde (Pender *et al* 2016). A Figura 1, apresenta o modelo teórico de Nola Pender:

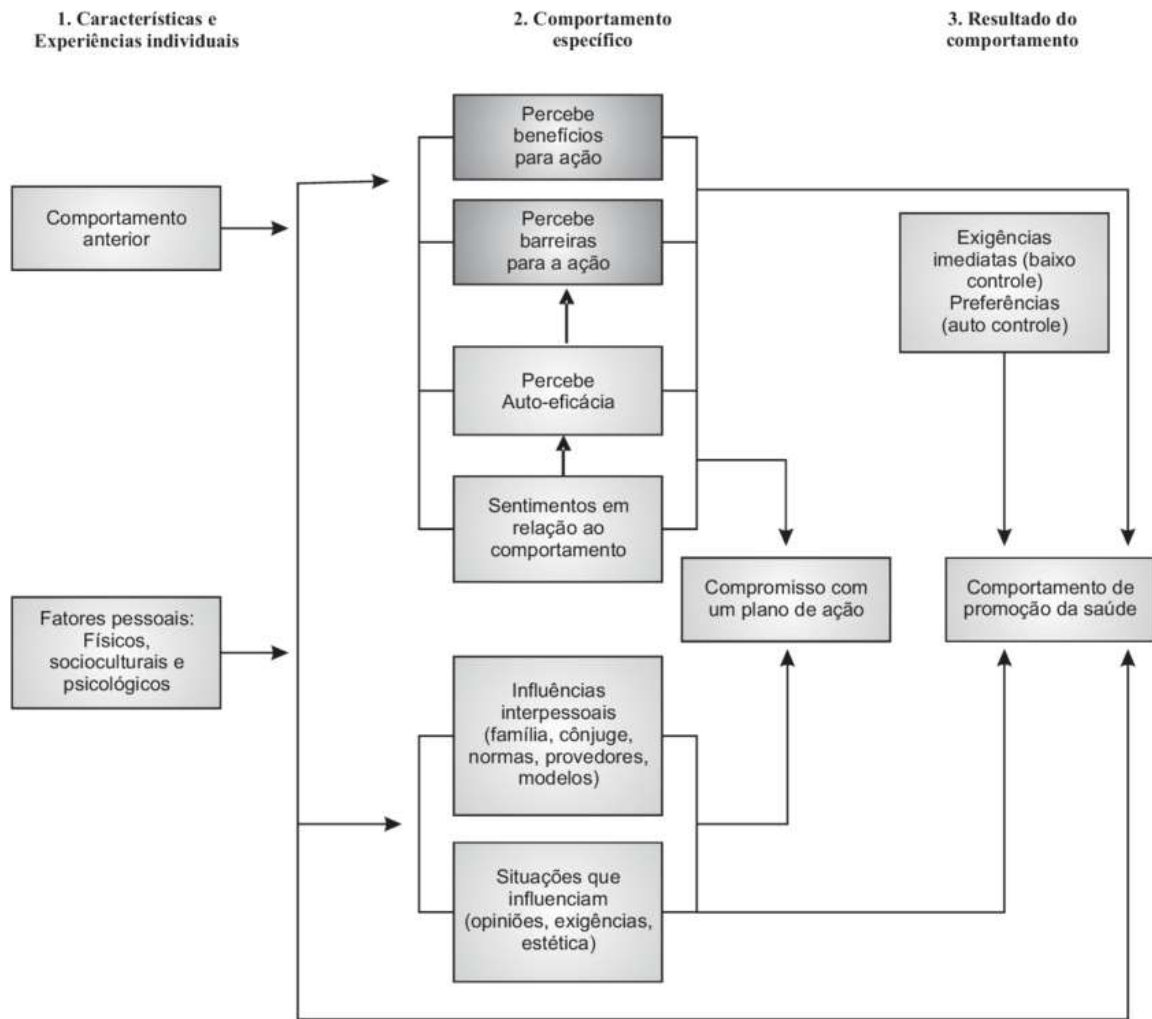


Figura 2 – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Fonte: Pender; Murdaugh; Parsons (2016)

Na categoria 1 – Características e Experiências individuais- apresentam-se os fatores que cada indivíduo tem e que podem afetar suas ações e seus comportamentos. O primeiro elemento é o comportamento anterior, que impacta a probabilidade de o indivíduo sentir-se engajado ou não a comportamentos de promoção da saúde. Destacam-se também os fatores pessoais que classificam-se em biológicos (idade, sexo, índice de massa corporal, capacidade aeróbica, força agilidade e equilíbrio), psicológicos (autoestima, motivação, competência pessoal, estado de saúde e definição de saúde) e socioculturais (raça, etnia, cultura, educação e estado socioeconômico).

Na categoria 2 – Comportamento Específico - são contemplados fatores que desempenham relevante papel na motivação para um determinado comportamento, sendo as categorias de maior importância e significado no MPSe. Configuram-se, portanto, como foco central das intervenções e estão sujeitos a modificações por meio das ações adotadas pelos

indivíduos. Os comportamentos específicos incluem a percepção de benefícios para ação (fatores que motivam o comportamento de acordo com as conquistas e os resultados esperados); a percepção de barreiras para ação (bloqueios mentais ou dificuldades para a adoção de determinados comportamentos.); a percepção de autoeficácia (o indivíduo avalia a si mesmo quanto à sua capacidade de realizar uma ação).; sentimentos em relação ao comportamento (sentimentos positivos relacionados a um comportamento motivam o indivíduo a repeti-lo e, de maneira inversa, sentimentos negativos sobre um comportamento reduzem as chances de realizá-lo novamente); influências interpessoais (percepções sobre comportamentos, crenças e condutas de outros indivíduos) e situações que influenciam (o contexto os ambientes).

Na terceira categoria – Resultado de comportamento – envolve o compromisso com um plano de ação; exigências imediatas (são subdivididas em baixo controle (ações que requerem mudança de comportamento imediato possuem baixo controle sobre as pessoas) e alto controle (ações que privilegiam as preferências pessoais possuem um controle alto pelo indivíduo, como, por exemplo, a escolha da roupa que veste); e comportamento promotor de saúde (o foco ou o resultado da implementação do MPS no qual as ações se dirigem aos resultados de saúde positivos, como o bem-estar e QV).

Mundialmente, estudos com abordagens em enfermagem utilizando o MPS favorecem ações de promoção da saúde, uma vez que o modelo não apenas destaca a mudança de estilo de vida, mas promovem uma conscientização por meio da participação ativa das pessoas com sua QV e conseqüentemente com o seu comportamento perante as condições de saúde (Lima *et al.*, 2019; Necipoylu, 2021; Sari; 2020)

Em um estudo cujo objetivo foi determinar o efeito da intervenção educativa baseada no MPS de Pender na QV e P Sem pacientes com insuficiência cardíaca (IC), verificou que a proposta de intervenção baseada no modelo de Nola Pender, apresentaram impacto positivo nas dimensões psicológicas e socioeconômicas e da QV em pacientes com IC, redução de reinternação hospitalar, complicações causadas pela doença e ocorrência de reinfarto (Habibzadeh, 2021).

Por sua vez, estudo realizado no Rio de Janeiro-RJ junto à pessoas com doença renal crônica durante a hemodiálise e que utilizou o MPS de Nola Pender, apontou a necessidade dessas pessoas compreenderem a importância do autogerenciamento, considerando que as intervenções relacionadas aos cuidados com saúde e bem-estar, não podem depender apenas de políticas públicas, e que o indivíduo deve se sentir responsável pela sua condição. O estudo concluiu que o modelo utilizado favoreceu a compreensão do comprometimento da pessoa com doença renal com sua condição de saúde (Cardoso, 2021; Lima *et al.*, 2019).

Outro estudo cujo objetivo foi compreender os estilos de vida dos acadêmicos de enfermagem, à luz do MPS de Nola Pender, apresentou como resultados que os principais fatores que repercutem na QV são pouco tempo de sono, falta de foco e de tempo para realizar mudanças em seus hábitos de vida. Destacaram também a influência dos hábitos dos familiares e amigos, bem como a necessidade de adaptá-los em decorrência de alguma doença principalmente na questão alimentar. Como conclusão evidenciou a necessidade do acompanhamento e avaliação do estilo e QV dos estudantes universitários para que venham a ser planejadas intervenções visando promover a saúde desse público (Lima *et al.*, 2020).

Por sua vez, estudo do tipo relato de caso, o qual utilizou o processo de enfermagem para cessação do tabagismo, destacou a importância da participação dos familiares neste processo e o reconhecimento dos riscos à saúde associados, concluindo que uma mudança nos comportamentos de saúde, o apoio emocional e social e a família, melhoram o controle de doenças como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e conseguem manter uma vida ativa e livre de complicações (Baracaldo-Campo; Meneses-Pérez, 2021).

5 MÉTODO

5.1. Local de Estudo

A pesquisa foi desenvolvida em uma capital da região centro-oeste brasileira, a qual possui uma área territorial de 8.082,978 km², com população estimada de 916.001 pessoas (IBGE, 2022).

Por ocasião do estudo, Campo Grande-MS possui 60 Unidades de Saúde da Família (USF), 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e três Clínicas da Família (CF), distribuídas em sete Distritos Sanitários distribuídas em sete regiões de saúde (Anhanduizinho; Bandeira; Centro; Imbirussu; Lagoa; Prosa; Segredo).

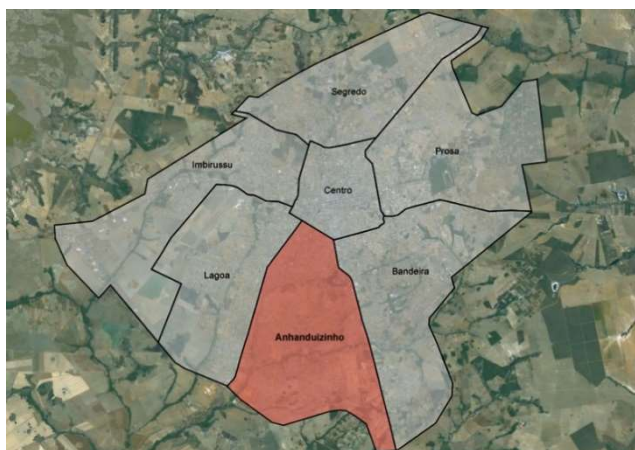


Figura 3 - Distritos Sanitários de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Fonte: <https://www.gritoregional.com.br/wp-content/uploads/2017/12/anhanduizinho.jpg>

A região selecionada por conveniência para realização do estudo esta localizada na Região do Anhanduizinho e conta com 18 Unidades (14 USF / 4 UBS), sendo: uma unidade rural com duas equipes, quatro unidades com duas equipes, seis unidades com três equipes e sete unidades com quatro equipes. A unidade selecionada para começar o estudo foi aquela que apresentou maior número de pessoas com DM cadastradas, localizada na Região do Anhanduizinho.

5.2. Tipo de estudo

Foi realizado em dois métodos, o primeiro uma revisão integrativa e o segunda qualitativa.

MÉTODO DO ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Aspectos Éticos

Os aspectos éticos deste estudo foram preservados, todos os autores dos artigos analisados foram adequadamente referenciados e seu conteúdo foi apresentado de forma fidedigna, conforme a Lei de Direitos Autorais 9.610 de 1998.

Delineamento da Pesquisa

Trata de um estudo de revisão integrativa de literatura, o qual consiste em um método rigoroso, definido e utilizado pela prática baseada em evidências. Foram seguidos os passos de identificação do problema e elaboração da questão norteadora; busca na literatura com aplicações de critérios de inclusão e exclusão; coleta de dados por meio de instrumentos previamente estruturado; análise de dados e apresentação da revisão⁽¹²⁻¹³⁾.

Elaboração da questão de pesquisa

Para a elaboração da questão norteadora foi utilizada a estratégia PVO⁽¹⁴⁾, na qual a letra P se refere a população de interesse ou condição/problema investigado (Profissionais de Enfermagem); a letra V trata de variável de interesse (Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender) e a letra O, do inglês *outcome*, remete ao resultado/desfecho a ser analisado (Produções científicas com enfoque na atenção primária à saúde). Desta forma foi definida a questão norteadora: “Quais as produções científicas da Enfermagem utilizaram o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender, na atenção primária à saúde?”

Busca na literatura e amostragem

A busca ocorreu no período de março de 2023 com o uso do *Proxy* da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, para acesso ao Portal de Periódicos CAPES. As bases de dados eletrônicas utilizadas foram *EMBASE*; *Elservier's Scopus (SCOPUS)*; *BVS*; *National Library of Medicine (Medline via PubMed)*; *Web of Science*; *Ovid*. Com os descritores do *Medical Subject Headings (MeSH)*, Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e ENTREE, com utilização dos operadores booleanos AND e OR (Quadro 1).

Quadro 1- Estratégias de busca utilizadas para as respectivas bases de dados e número de achados, 2023.

Base de dados	Estratégia de busca	Resultados

Pubmed Central	((((Nurses[Title/Abstract]) AND (Health Promotion[Title/Abstract])) OR (Pender's Model[Title/Abstract])) OR (Pender'shealthpromotion model[Title/Abstract])) AND (Primary Health Care[Title/Abstract])	177
Embase	('nurse'/exp OR 'communityhealth nurse' OR 'communityhealth nurses' OR 'nurse' OR 'nurse, communityhealth' OR 'nurses' OR 'nurses, communityhealth' OR 'nurses, publichealth' OR 'nursingassistance' OR 'publichealth nurse' OR 'publichealth nurses') AND ('healthpromotion model'/exp OR 'healthpromotion model' OR 'pender healthpromotion model' OR 'pender`shealthpromotion model') AND ('primaryhealthcare'/exp OR 'firstlinecare' OR 'healthcare, primary' OR 'primarycarenursing' OR 'primaryhealthcare' OR 'primary healthcare' OR 'primarynursingcare')	6
Scopus	ALL ("Nurses" AND "Health Promotion" AND "Pender healthpromotion model" AND "Primary Health Care")	32
BVS	A# (enfermagem) AND (teoria de enfermagem) AND (promoção da saúde) AND (atenção primária à saúde) B# (nursing) AND (nursingtheory) AND (healthpromotion) AND (primaryhealthcare)	80 178
WEB OF SCIENCE	((((ALL=(Nurses)) AND ALL=(Health Promotion)) AND ALL=(Pender'shealthpromotion model)) AND ALL=(Primary Health Care)	2
Ovid	(Nurses and Health Promotionand Primary Health Care).af.	185
Total		660

Como critérios de inclusão foram analisados artigos publicados na íntegra, sem limitação de idioma ou ano de publicação. Foram excluídos os artigos duplicados ou que não abordavam a temática de estudo, além de editoriais, cartas ao editor, resumos, opinião de especialistas, correspondências, resenhas, capítulos de livros, teses e dissertações, monografias e trabalho de conclusão de curso.

Os estudos foram identificados nas fontes de informação selecionadas por dois pesquisadores independentes, previamente treinados para avaliar títulos e resumos, por meio de um programa de revisão gratuito da *web* de versão única chamado *Rayyan Qatar Computing Research Institute*⁽¹⁵⁾. Na ocorrência de divergências, um segundo pesquisador participou da análise para a tomada de decisão. Em seguida, realizou-se a leitura dos artigos na íntegra e a busca manual das referências dos artigos incluídos, sem resultar, porém, em novos acréscimos ao final. O fluxograma de seleção foi organizado na Figura 1

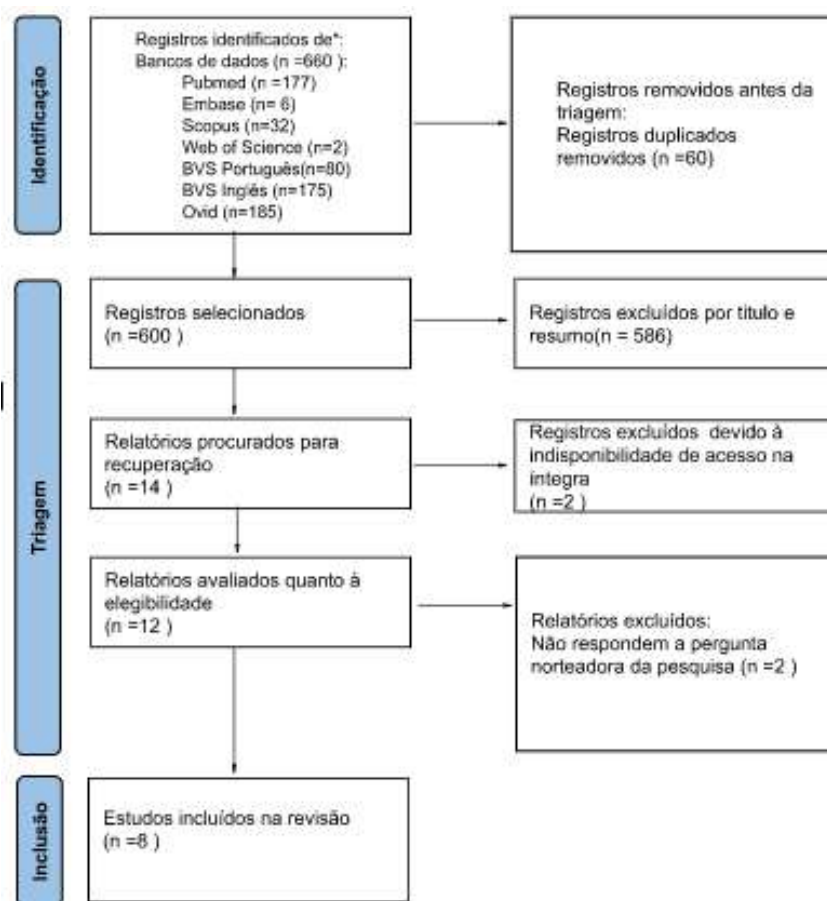


Figura 1- Fluxograma de identificação, triagem, elegibilidade, e inclusão dos estudos de revisão integrativa, 2023.

Caracterização e avaliação dos estudos

Na coleta dos dados, utilizou-se um instrumento detalhado contendo: 1º autor, método, caracterização dos participantes, conclusão e limitação. Após isso, realizaram-se a análise e síntese dos artigos obtidos descritivamente.

Para a avaliação do nível de evidência dos estudos foi utilizada a escala Rating System for the Hierarchy of Evidence for Intervention/ Treatment Questions, o qual contém sete níveis de evidência: Nível I–Revisão sistemática de meta-análises; Nível II–Ensaio controlado randomizado; Nível III–Ensaio controlado sem randomização; Nível IV–Caso controle ou Estudo de coorte; Nível V–Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos; Nível VI–estudo qualitativo ou descritivo; Nível VII–opinião ou consenso de especialistas ⁽¹⁶⁾.

Para sistematizar a descrição das etapas de elaboração da Revisão, seguiu-se a declaração dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises (PRISMA), atendendo-se aos padrões mínimos de qualidade de revisões⁽¹⁷⁾.

RESULTADOS

Com as estratégias de busca nas bases de dados, foram recuperados inicialmente 660 artigos. Destes, 60 foram removidos por duplicatas, 586 excluídos na leitura de título e resumo por não se enquadrar nos critérios de inclusão. A amostra final foi composta por 14 artigos, sendo excluídos quatro artigos devido à indisponibilidade de acesso na íntegra e após a leitura dos textos completos, dois artigos por não responderem à pergunta norteadora (Quadro 2). Portanto, foram analisados nesta revisão integrativa, oito artigos.

Quadro 2 - Artigos excluídos por indisponibilidade para acesso integral ao texto completo, 2023.

Autores	Título	Motivo de Exclusão
Rababa, 2022	Health promoting behaviors and associated factors among older adults: a narrative review.	Indisponibilidade de acesso ao texto completo
Damayanti, 2022	Predictors of Higher-Order Affective Skills in Health Promotion Among Indonesian Nursing Students: Assessment and Evaluation	Indisponibilidade de acesso ao texto completo
McClune, 2016	Farm Safety: A Tale of Translational Research and Collaboration	Indisponibilidade de acesso ao texto completo
Rothman, 2005	Temple Health Connection: a successful collaborative model of community-based primary health care.	Indisponibilidade de acesso ao texto completo
Guzmon-Ortiz, 2018	Estado nutricional saludable en la mujer durante la gestación: teoría de rango médio	Não respondeu a pergunta de pesquisa

Frauman, 1991	Predictors of a health-promoting life-style among well adult clients in a nursing practice.	Não respondeu a pergunta de pesquisa
------------------	---	--------------------------------------

O Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender, na APS, foi utilizado em estudos para análise da promoção do envelhecimento saudável^(18,19), apoio ao aleitamento materno e autoeficácia materna^(20,21), estilo de vida saudável e prevenção de agravos em trabalhadores^(22,23), percepção de barreiras e aprendizagem para pessoas convivendo com HIV/AIDS ⁽²⁴⁾ e melhorias de comportamentos promotores de saúde⁽²⁵⁾. (Quadro 3)

Quadro 3 - Artigos incluídos segundo objetivo, delineamento, método, conclusões e nível de evidência, 2023

Quadro 3 - Artigos incluídos segundo objetivo, delineamento, método, conclusões e nível de evidência, 2023

1º autor, ano País	Objetivo	Delineamento/amostra	Método	Conclusões
Abbas, 2022. ²³ Iraque	Identificar a eficácia do modelo baseado na promoção da saúde de Pender na intervenção para melhorar os comportamentos alimentares dos funcionários hipertensos.	Estudo experimental com abordagem de ensaio clínico randomizado, com 220 funcionários.	Foi aplicado um questionário com duas partes: a primeira relacionada às características sociodemográfica. E a parte II consiste em medir com uma escala que aprimora os comportamentos alimentares para Hipertensão com base no Modelo de Saúde de Pender	A Pen pre imp fun per per rela
Cardoso, 2021. ⁽¹⁸⁾ Brasil	Modelar o processo de promoção do envelhecimento saudável a partir da análise conceitual de Walker e Avant e do modelo de promoção da saúde de Nola Pender.	Revisão integrativa com amostra final de 36 artigos.	A busca ocorreu no mês de abril a maio de 2019, nas seguintes bases de dados: CINAHL, PubMed, que inclui a MEDLINE, Scopus e Web of Science, com o descritor “Healthy Aging”.	O Env orie enf ger o diag resu inte saú
Rababa, 2021 ⁽¹⁹⁾ .Jordânia	Examinar comportamentos promotores de saúde, necessidades de saúde e fatores associados entre idosos na Jordânia.	Estudo transversal e descritivo-correlacional, com 220 idosos que frequentavam os ambulatórios dos dois hospitais	Foi aplicado a escala HPLP18 (versão árabe) baseado no modelo de Promoção da Saúde de Pender. Possui 6 dimensões :autorrealização ,relações interpessoais,nutrição,exercício, responsabilidade pela Saúde e gerenciamento de estresse	Ape dos Life aut com o n foi
Necipoğlu, 2021 ⁽²¹⁾ Chipre	Determinar o efeito das intervenções de enfermagem baseadas na Teoria de Autoeficácia em Amamentação de Dennis e no Modelo de Promoção da Saúde de Pender.	Estudo randomizado controlado. Amostra de 60 mulheres imigrantes primíparas (grupo experimental n = 30, grupo de controle n = 30).	Cartilha Guia de Treinamento em Amamentação e as diretrizes foram utilizadas usando a estrutura da Teoria da Autoeficácia na Amamentação de Dennis e do Modelo de Promoção da Saúde de Pender.	Foi esta esc Aut Fer Am Am e d aut exp esp
Sari,2020. ⁽²⁰⁾ Turquia	Examinar a eficácia de um programa web, baseado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, para mulheres primíparas para o aleitamento.	Ensaio controlado randomizado. Com 71 gestantes primíparas (35 grupo intervenção e 35 grupo controle).	A pesquisa conteve 4 etapas:a criação de conteúdo profissional para o programa educacional baseado na web,projeto e pré aplicação do conteúdo, implementação e avaliação dos resultados. Os temas e assuntos foram pré comparados dentro da	As pro den seu por cre saú

			estrutura de Pender.	com
Heydari 2014. ⁽²⁵⁾ Paquistão	Detectar efeitos do programa de intervenção para melhorar os comportamentos de promoção da saúde.	Revisão narrativa com síntese descrita de 74 artigos.	A busca foi realizada utilizando as bases de dados eletrônicas Pub Med, Google Scholar, Proquest, Elsevier de 1990 a 2012 para artigos em inglês. Bases de dados iranianas também foram utilizadas. Os termos de busca utilizados foram: Pender, Saúde, Promoção da saúde e Modelo de promoção da saúde.	Os enc resp exe inte mo inf de i
Eshah, 2010. ⁽²²⁾ Jordânia	Avaliar a eficácia de um programa de educação, aconselhamento e desenvolvimento de competências comportamentais em adultos trabalhadores jordanianos para adoção de um estilo de vida saudável, baseado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.	Desenho quase experimental, com 123 adultos, entre 22 e 60 anos, trabalhadores de escolas, os quais foram alocados por escola para compor grupo experimental e grupo controle.	O grupo experimental recebeu um Programa que consiste em educação em grupo e aconselhamento individual, além de técnicas de desenvolvimento de habilidades comportamentais. E o Modelo de Pender foi utilizado para formular a estratégia para o aconselhamento e intervenções de desenvolvimento.	A f com ince pro cor com pro com em
Mendias; 2007. Estados Unidos da América	Examinar as percepções sobre as necessidades e interesses de aprendizagem de autocuidado, barreiras e modalidades de aprendizagem preferidas, baseado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	Estudo exploratório, com 151 pessoas com Vírus da Imunodeficiência Humana, em situação ambulatorial ativa, com idade igual ou superior a 18 anos.		A r saú iden bar mo pre esta nec par e S

MÉTODO DA PESQUISA QUALITATIVA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de natureza qualitativa.

O método descritivo visa a descrição das características do grupo pesquisado para aproximar-se do problema, explicitá-lo e alcançar o seu maior entendimento. O estudo exploratório, permite maior familiaridade com um assunto ainda pouco conhecido e pouco explorado (Gil, 2022).

A abordagem qualitativa, utilizada para o presente estudo, se justifica pelo fato de ser a mais adequada para se aproximar da perspectiva de pessoas com DM sobre comportamentos

promotores de saúde, uma vez que tais atitudes envolvem valores, concepções inerentes aos sujeitos, seus sentimentos e suas subjetividades.

Segundo Minayo (2016), a abordagem qualitativa remete ao universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, tendo-se respeito pela diversidade existente, ele 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.

O estudo seguiu os itens constantes no *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), o qual apresenta indicadores imprescindíveis para o planejamento, execução e elaboração de relatórios de pesquisas qualitativas (Souza *et al.*, 2021).

5.3. População do Estudo

Os participantes do estudo foram pessoas com DM cadastradas nas Unidades de Saúde de uma das regiões de saúde.

5.3.1. Critérios de Inclusão

Foram incluídas neste estudo pessoas maiores de 18 anos.

5.3.2. Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão definiu-se: pessoas que residem em lar de longa permanência; pessoas em situação de rua; dependentes de cuidado; com impossibilidade de comunicação verbal e aqueles que mudaram de cidade ou região de saúde.

5.4. Coleta de Dados

Inicialmente a pesquisadora principal solicitou à Coordenação da Atenção Básica da capital em estudo, uma lista contendo o número de pessoas com DM cadastradas em janeiro de 2023 nas unidades pertencentes a região de saúde selecionada para a pesquisa. De posse dessa listagem, foi selecionada a unidade com o maior número de pessoas cadastradas com DM (1.002 pessoas) e agendada uma reunião com a gerente dos serviços, para apresentação dos objetivos do estudo.

Após o aceite, foi solicitado uma lista contendo o nome, endereço das pessoas com DM cadastradas nas Unidade Básica de Saúde (UBS) e os agentes comunitários de saúde (ACS)

responsáveis por ela. De posse dessa listagem, os ACS realizam visita domiciliar e faziam o convite explicando o objetivo do estudo. Aqueles que aceitavam os ACS passavam o telefone, nome e endereço.

De posse a essas informações a pesquisadora principal entrou em contato telefônico e as entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade de cada participante, entre os meses de Agosto a Novembro de 2023 em seu domicílio. Durante as visitas os ACS acompanhavam nas casas, porém no momento da entrevista não permaneciam presentes, em algumas casas os ACS não acompanharam porém tiveram todo um cuidado para selecionar o ambiente ao qual realizamos a pesquisa.

Nos domicílios, após explicação do objetivo da pesquisa e do procedimento da coleta de dados, as entrevistas foram mediadas pela pesquisadora principal, aluna Pós Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Cada entrevista teve duração média de uma hora, foi audiogravada, posteriormente transcrita na íntegra. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista individual, semiestruturada e audiogravada, agendada conforme preferência do participante. O uso da entrevista semiestruturada no presente estudo se justificou porque é uma técnica de coleta de dados qualitativos e o roteiro com as perguntas iniciais possibilita a captura de outras questões inerentes às circunstâncias no momento da entrevista. As questões não precisaram seguir a ordem prevista no guia e puderam ser formulados novos questionamentos no decorrer da entrevista. (Manzini, 2012).

Para entrevista, utilizou-se um roteiro composto por duas partes, sendo a primeira de caracterização, contendo informações sobre o estado-civil, orientação sexual, data de nascimento, nacionalidade, grau de escolaridade, raça, cor, classificação econômica em salário mínimo, tempo de diagnóstico, tipo de DM, tipo de tratamento, exames realizados como glicemia de jejum; hemoglobina glicada; colesterol LDL; HDL, colesterol total, triglicerídeos, comorbidades, hábitos de vida e comportamentos em saúde (APÊNDICE B).

A segunda parte, por questões disparadoras, construídas com base no referencial teórico de Nola Pender, especificamente no que tange às categorias 1-características e experiências individuais e 2- Comportamentos Específicos. Tendo como questões disparadoras: O que é Saúde para você? Você acha que os seus comportamentos influenciam na sua condição de saúde? Fale sobre isso. Você já recebeu orientações de como cuidar da sua saúde? Quais? De quem?

Para avaliar a pertinência das questões da entrevista semiestruturada, foi realizado um teste-piloto com quatro pessoas com DM, cujo resultado apontou a necessidade de ajustes nas questões a fim de atender o objetivo. Essas entrevistas não foram incluídas no presente estudo.

Para encerramento das entrevistas, o critério adotado foi a saturação de dados, a qual pode ser empregada em investigações qualitativas como uma ferramenta conceitual, usada para estabelecer o tamanho final de uma amostra, interrompendo a captação de novos dados, a partir da não identificação de novos achados, verificados por meio da repetição das falas. (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

A entrevista foi preparada e realizada de acordo com três momentos chaves:

- 1 Momento inicial – reservado à apresentação do objetivo e considerações éticas;
- 2 Momento intermédio – realização da entrevista através de expressão livre do participante;
- 3 Momento final –agradecimento pela disponibilidade e valor do seu contributo.

5.5. Análise de Dados

Após a transcrição na íntegra, as entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo. Bardin (2016), que se estrutura em três fases:

- 1) Pré-análise: com a leitura geral e flutuante das entrevistas já transcritas. Esta leitura menos aderente permite uma visão mais descolada e auxilia na escolha dos documentos que integram o corpus de análise;
- 2) Exploração do material, categorização ou codificação: consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registo e das unidades de contexto, que teve por base conjunção de interdependência entre a análise temática, os objetivos de investigação e a teorias explicativas adotadas pelo investigador. Nesta fase, as categorias empregues podem ser apriorísticas, onde o pesquisador de antemão já possui, segundo, experiência prévia ou interesses ou categorias pré-definidas, ou não apriorísticas, as quais emergem totalmente do contexto das respostas dos sujeitos da pesquisa. (Bardin, 2016). Neste estudo as categorias utilizadas foram apriorísticas, uma vez que o investigador já possuía interesses em determinadas categorias pré-definidas, categorias essas que emergem do MPS proposto por Nola Pender.
- 3) A terceira fase da análise de conteúdo diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa efetua-se o tratamento dos resultados, através da análise crítico-reflexiva .

Para tratar os dados referentes à caracterização das participantes do estudo utilizou-se da descrição das informações. Já os discursos oriundos da entrevista semiestruturada foram categorizados a partir dos temas emergidos do Diagrama de Nola J. Pender, utilizando cores para destacar as falas correspondentes. Para comportamento anterior foi utilizado cor cinza

claro; para fatores psicológicos foi utilizado cor verde claro, para autoeficácia cor roxa, para benefícios cor verde escuro, para barreiras cor turquesa, para influencia interpessoal cor amarelo e para situações que influenciam rosa.

Depois foram transcritos de acordo com as cores e por fim foram selecionadas as falas que melhor representaram as categorias mencionadas.

5.6. Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido considerando-se as recomendações éticas nacionais e internacionais para pesquisas envolvendo seres humanos contempladas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2013). Os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias de igual teor (APÊNDICE A). Para garantir o sigilo e o anonimato dos participantes, utilizou-se a letra E para designar “entrevistado”, seguida do número indicativo da sequência em que foram realizadas as entrevistas e da sigla do serviço. Ex: E01 e assim por diante.

O projeto foi autorizado pela Prefeitura Municipal do município em estudo (ANEXO A) e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), conforme consta no parecer registrado sob o Protocolo nº 5.943.918 (ANEXO B). Antes do início da coleta de dados os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, tipo de participação desejada e tempo médio de duração da mesma.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo serão apresentados no formato de dois artigos científicos.

6.1. Artigo 1 – Utilização do Modelo de Promoção da Saúde pela enfermagem na Atenção Primária: revisão integrativa

RESUMO

Objetivo: Sumarizar as produções científicas da Enfermagem que utilizaram o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, na Atenção Primária. **Método:** Revisão integrativa, realizada nas bases de dados Embase; Elsevier's Scopus; Biblioteca Virtual em Saúde; Medline via PubMed Web of Science e Ovid, em março de 2023. **Resultados:** Identificou-se 660 artigos, dos quais oito compuseram a amostra final. As evidências destacaram a aplicabilidade do Modelo de Promoção da Saúde em diversas condições: comportamentos alimentares de pessoas com hipertensão; com idosos; sobre o aleitamento materno em primíparas; em programas de educação para melhora do comportamento e aumento de conhecimento em pessoas com HIV. **Conclusões:** Os estudos que utilizaram o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender apresentaram resultados satisfatórios na aplicação deste no processo de trabalho da Enfermagem na Atenção Primária e enfatizaram que o modelo oferece subsídios para implementação de intervenções com enfoque nos comportamentos promotores de saúde.

Descritores: Enfermagem; Teoria de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde.

Descriptors: Nursing; Nursing Theory; Primary; Health Care; care; Health Promotion.

Descriptores: Enfermería; Teoría de Enfermería; Atención Primaria de Salud; Promoción de la Salud.

ABSTRACT

Objective: To summarize the scientific productions in Nursing that used Nola Pender's Health Promotion Model in Primary Care. **Method:** Integrative review, carried out in the Embase databases; Elsevier's Scopus; Virtual Health Library; Medline via PubMed Web of Science and Ovid, in March 2023. **Results:** 660 articles were identified, of which eight comprised the final sample. The evidence highlighted the applicability of the Health Promotion Model in several conditions: eating behaviors of people with hypertension; with the elderly; about breastfeeding in primiparous women; in education programs to improve behavior and increase knowledge in people with HIV. **Conclusions:** The studies that used Nola Pender's Health Promotion Model presented satisfactory results in its application in the Primary Care Nursing work process and emphasized that the model offers support for the implementation of interventions focusing on health-promoting behaviors.

Descriptors: Nursing; Nursing Theory; Primary Health Care; Health promotion.

Descriptors: Nursing; Nursing Theory; Primary; Health Care; care; Health Promotion.

Descriptores: Nursing; Nursing Theory; Primary Health Care; Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A Promoção da saúde, tem sido entendida nas últimas três décadas enquanto uma política pública, a qual utiliza estratégias para enfrentar os problemas de saúde, com uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes. Propõe a articulação de saberes técnicos e populares, mobilização de recursos para a qualidade de vida e a responsabilidade múltipla por problemas e soluções⁽¹⁾. No contexto mundial, estudos apontaram a efetividade de ações de promoção da saúde, por meio de intervenções que envolvem a utilização de tecnologias, no engajamento das pessoas em comportamentos positivos e melhoria contínua da condição de saúde⁽²⁻⁴⁾.

No Brasil, as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional atuante na Atenção Primária à Saúde (APS) ocupam espaço privilegiado pela interação frequente entre os profissionais e os indivíduos/famílias, pelo vínculo estabelecido e o acesso às reais necessidades da população do território adscrito⁽¹⁾. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem na APS a porta de entrada dos usuários no serviço de saúde e a Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação desse nível de Atenção, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades. As equipes da ESF atuam em território delimitado com uma população adscrita e desenvolvem ações no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde⁽⁵⁾.

Embora configurem-se enquanto premissa do atendimento um cuidado voltado à promoção e proteção da saúde, observa-se que as ações de cuidado no âmbito da APS estão majoritariamente concentradas nas doenças ou na redução de complicações por elas causadas⁽⁶⁾. Estudos realizados no Brasil demonstram o desafio de reorientar o modelo de atenção à saúde e fortalecer as práticas de promoção da saúde. Para tal, são necessárias articulações de ações intersetoriais aos determinantes sociais da saúde, ampliação da cobertura e melhora da qualidade das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e agravos. Este arcabouço deve ter o foco na comunicação, intervenção e engajamento dos sujeitos^(7,8), o que denota a necessidade de se repensar os pressupostos teóricos que ancoram as ações de promoção da saúde no contexto da APS.

O Modelo de Promoção da Saúde (MPS) proposto por Nola Pender em 1980 nos Estados Unidos da América, tem como premissa a identificação de fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de explorar o processo biopsicossocial que motiva os

indivíduos ao engajamento em comportamentos produtores de saúde⁽⁹⁾. Assim, ao utilizar o modelo proposto por Nola Pender para nortear o processo de enfermagem com foco na promoção da saúde, o profissional consegue perceber como os fatores pessoais, as relações interpessoais e as condições de vida influenciam na adoção de um estilo de vida saudável. A partir disso, torna-se possível potencializar ações que promovam o bem-estar e favoreçam a aquisição de conhecimentos promotores de saúde para o engajamento dos indivíduos com sua condição de saúde e autocuidado⁽¹⁰⁾.

Considerando a utilização do MPS de Pender como facilitador na mudança de estilos de vida, conscientização, qualidade de vida e comportamento perante as condições de saúde ⁽¹¹⁾, questiona-se: Como a Enfermagem tem utilizado o modelo do Nola Pender nas ações desenvolvidas na APS? E para responder a esse questionamento, o presente estudo tem como objetivo sumarizar as produções científicas da enfermagem que utilizaram o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, na atenção primária à saúde.

OBJETIVO

Sumarizar as produções científicas da Enfermagem que utilizaram o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, na Atenção Primária

MÉTODO

Aspectos Éticos

Os aspectos éticos deste estudo foram preservados, todos os autores dos artigos analisados foram adequadamente referenciados e seu conteúdo foi apresentado de forma fidedigna, conforme a Lei de Direitos Autorais 9.610 de 1998.

Delineamento da Pesquisa

Trata de um estudo de revisão integrativa de literatura, o qual consiste em um método rigoroso, definido e utilizado pela prática baseada em evidências. Foram seguidos os passos de identificação do problema e elaboração da questão norteadora; busca na literatura com aplicações de critérios de inclusão e exclusão; coleta de dados por meio de instrumentos previamente estruturado; análise de dados e apresentação da revisão⁽¹²⁻¹³⁾.

Elaboração da questão de pesquisa

Para a elaboração da questão norteadora foi utilizada a estratégia PVO⁽¹⁴⁾, na qual a letra P se refere a população de interesse ou condição/problema investigado (Profissionais de

Enfermagem); a letra V trata de variável de interesse (Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender) e a letra O, do inglês *outcome*, remete ao resultado/desfecho a ser analisado (Produções científicas com enfoque na atenção primária à saúde). Desta forma foi definida a questão norteadora: “Quais as produções científicas da Enfermagem utilizaram o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender, na atenção primária à saúde?”

Busca na literatura e amostragem

A busca ocorreu no período de março de 2023 com o uso do *Proxy* da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, para acesso ao Portal de Periódicos CAPES. As bases de dados eletrônicas utilizadas foram *EMBASE*; *Elsevier's Scopus (SCOPUS)*; *BVS*; *National Library of Medicine (Medline via PubMed)*; *Web of Science*; *Ovid*. Com os descritores do *Medical Subject Headings (MeSH)*, *Descritores em Ciências da Saúde (DECS)* e *ENTREE*, com utilização dos operadores booleanos AND e OR (Quadro 1).

Quadro 1- Estratégias de busca utilizadas para as respectivas bases de dados e número de achados, 2023.

Base de dados	Estratégia de busca	Resultados
Pubmed Central	(((((Nurses[Title/Abstract]) AND (Health Promotion[Title/Abstract])) OR (Pender's Model[Title/Abstract])) OR (Pender's health promotion model[Title/Abstract])) AND (Primary Health Care[Title/Abstract]))	177
Embase	('nurse'/exp OR 'communityhealth nurse' OR 'communityhealth nurses' OR 'nurse' OR 'nurse, communityhealth' OR 'nurses' OR 'nurses, communityhealth' OR 'nurses, publichealth' OR 'nursingassistance' OR 'publichealth nurse' OR 'publichealth nurses') AND ('healthpromotion model'/exp OR 'healthpromotion model' OR 'pender healthpromotion model' OR 'pender'shealthpromotion model') AND	6

	('primaryhealthcare'/exp OR 'firstlinecare' OR 'healthcare, primary' OR 'primarycarenursing' OR 'primaryhealthcare' OR 'primary healthcare' OR 'primarynursingcare')	
Scopus	ALL ("Nurses" AND "Health Promotion" AND "Pender healthpromotion model" AND "Primary Health Care")	32
BVS	A# (enfermagem) AND (teoria de enfermagem) AND (promoção da saúde) AND (atenção primária à saúde) B# (nursing) AND (nursingtheory) AND (healthpromotion) AND (primaryhealthcare)	80 178
WEB OF SCIENCE	((((ALL=(Nurses)) AND ALL=(Health Promotion)) AND ALL=(Pender'shealthpromotion model)) AND ALL=(Primary Health Care)	2
Ovid	(Nurses and Health Promotionand Primary Health Care).af.	185
Total		660

Como critérios de inclusão foram analisados artigos publicados na íntegra, sem limitação de idioma ou ano de publicação. Foram excluídos os artigos duplicados ou que não abordavam a temática de estudo, além de editoriais, cartas ao editor, resumos, opinião de especialistas, correspondências, resenhas, capítulos de livros, teses e dissertações, monografias e trabalho de conclusão de curso.

Os estudos foram identificados nas fontes de informação selecionadas por dois pesquisadores independentes, previamente treinados para avaliar títulos e resumos, por meio de um programa de revisão gratuito da *web* de versão única chamado *Rayyan Qatar ComputingResearchInstitute*⁽¹⁵⁾. Na ocorrência de divergências, um segundo pesquisador participou da análise para a tomada de decisão. Em seguida, realizou-se a leitura dos artigos na íntegra e a busca manual das referências dos artigos incluídos, sem resultar, porém, em novos acréscimos ao final. O fluxograma de seleção foi organizado na Figura 1

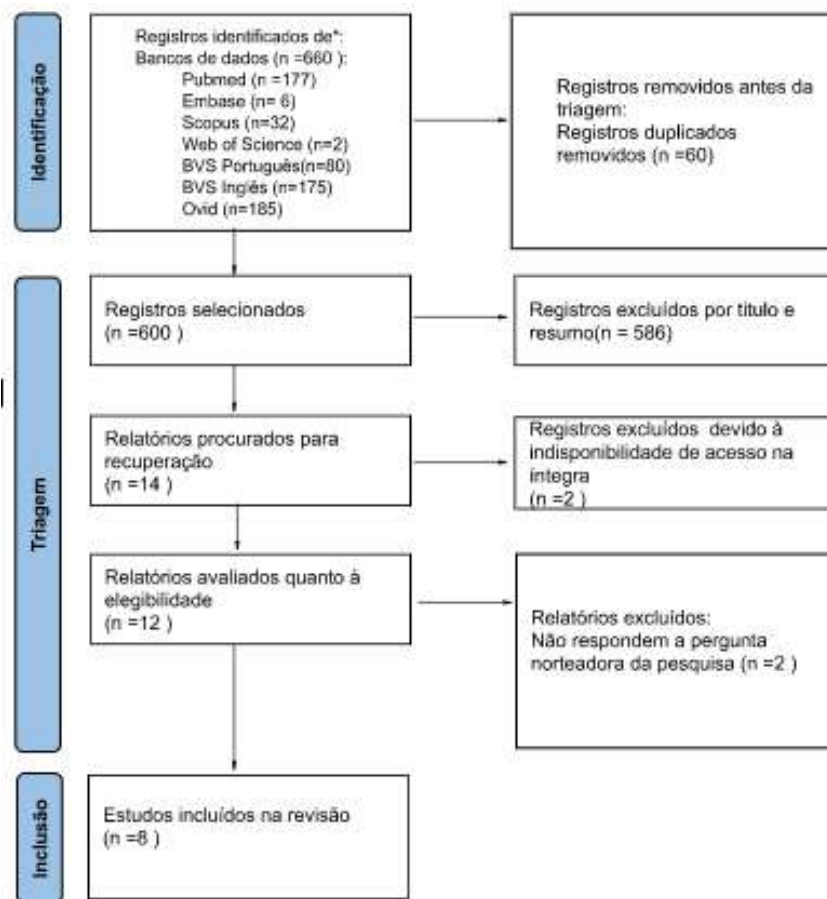


Figura 1- Fluxograma de identificação, triagem, elegibilidade, e inclusão dos estudos de revisão integrativa, 2023.

Caracterização e avaliação dos estudos

Na coleta dos dados, utilizou-se um instrumento detalhado contendo: 1º autor, método, caracterização dos participantes, conclusão e limitação. Após isso, realizaram-se a análise e síntese dos artigos obtidos descritivamente.

Para a avaliação do nível de evidência dos estudos foi utilizada a escala Rating System for the Hierarchy of Evidence for Intervention/ Treatment Questions, o qual contém sete níveis de evidência: Nível I–Revisão sistemática de meta-análises; Nível II–Ensaio controlado randomizado; Nível III–Ensaio controlado sem randomização; Nível IV–Caso controle ou Estudo de coorte; Nível V–Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos; Nível VI–estudo qualitativo ou descritivo; Nível VII–opinião ou consenso de especialistas ⁽¹⁶⁾.

Para sistematizar a descrição das etapas de elaboração da Revisão, seguiu-se a declaração dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises (PRISMA), atendendo-se aos padrões mínimos de qualidade de revisões ⁽¹⁷⁾.

RESULTADOS

Com as estratégias de busca nas bases de dados, foram recuperados inicialmente 660 artigos. Destes, 60 foram removidos por duplicatas, 586 excluídos na leitura de título e resumo por não se enquadrar nos critérios de inclusão. A amostra final foi composta por 14 artigos, sendo excluídos quatro artigos devido à indisponibilidade de acesso na íntegra e após a leitura dos textos completos, dois artigos por não responderem à pergunta norteadora (Quadro 2). Portanto, foram analisados nesta revisão integrativa, oito artigos.

Quadro 2 - Artigos excluídos por indisponibilidade para acesso integral ao texto completo, 2023.

Autores	Título	Motivo de Exclusão
Rababa, 2022	Health promoting behaviors and associated factors among older adults: a narrative review.	Indisponibilidade de acesso ao texto completo
Damayanti, 2022	Predictors of Higher-Order Affective Skills in Health Promotion Among Indonesian Nursing Students: Assessment and Evaluation	Indisponibilidade de acesso ao texto completo
McClune, 2016	Farm Safety: A Tale of Translational Research and Collaboration	Indisponibilidade de acesso ao texto completo
Rothman, 2005	Temple Health Connection: a successful collaborative model of community-based primary health care.	Indisponibilidade de acesso ao texto completo
Guzmon-Ortiz, 2018	Estado nutricional saludable en la mujer durante la gestación: teoría de rango médio	Não respondeu a pergunta de pesquisa
Frauman, 1991	Predictors of a health-promoting life-style among well adult clients in a nursing practice.	Não respondeu a pergunta de pesquisa

O Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender, na APS, foi utilizado em estudos para análise da promoção do envelhecimento saudável^(18,19), apoio ao aleitamento materno e autoeficácia materna^(20,21), estilo de vida saudável e prevenção de agravos em trabalhadores^(22,23), percepção de barreiras e aprendizagem para pessoas convivendo com HIV/AIDS⁽²⁴⁾ e melhorias de comportamentos promotores de saúde⁽²⁵⁾. (Quadro 3)

Quadro 3 - Artigos incluídos segundo objetivo, delineamento, método, conclusões e nível de evidência, 2023

Quadro 3 - Artigos incluídos segundo objetivo, delineamento, método, conclusões e nível de evidência, 2023

1º autor, ano País	Objetivo	Delineamento/amostra	Método	Conclusões	Nível de evidência
Abbas, 2022. ²³ Iraque	Identificar a eficácia do modelo baseado na promoção da saúde de Pender na intervenção para melhorar os comportamentos alimentares dos funcionários hipertensos.	Estudo experimental com abordagem de ensaio clínico randomizado, com 220 funcionários.	Foi aplicado um questionário com duas partes: a primeira relacionada às características sociodemográfica. E a parte II consiste em medir com uma escala que aprimora os comportamentos alimentares para Hipertensão com base no Modelo de Saúde de Pender	A promoção da saúde do modelo Pender demonstra relevância para prevenção da hipertensão e tem um impacto favorável nas percepções dos funcionários sobre vantagens percebidas, autoeficácia e riscos percebidos, apoio social e efeito relacionado à atividade de insalubres.	II
Cardoso, 2021. ⁽¹⁸⁾ Brasil	Modelar o processo de promoção do envelhecimento saudável a partir da análise conceitual de Walker e Avant e do modelo de promoção da saúde de Nola Pender.	Revisão integrativa com amostra final de 36 artigos.	A busca ocorreu no mês de abril a maio de 2019, nas seguintes bases de dados: CINAHL, PubMed, que inclui a MEDLINE, Scopus e Web of Science, com o descritor “Healthy Aging”.	O Modelo de Promoção do Envelhecimento Saudável, pode orientar a aplicação do processo de enfermagem, na prática gerontológica. Este poderá direcionar o enfermeiro na identificação de diagnósticos, estabelecimento de resultados e implementação de intervenções voltadas à promoção da saúde do idoso.	VI
Rababa, 2021 ⁽¹⁹⁾ . Jordânia	Examinar comportamentos promotores de saúde, necessidades de saúde e fatores associados entre idosos na Jordânia.	Estudo transversal e descritivo-correlacional, com 220 idosos que frequentavam os ambulatórios dos dois hospitais	Foi aplicado a escala HPLP18 (versão árabe) baseado no modelo de Promoção da Saúde de Pender. Possui 6 dimensões :autorrealização ,relações interpessoais,nutrição,exercício, responsabilidade pela Saúde e gerenciamento de estresse	Apesar da boa pontuação média geral dos idosos no <i>Health-Promoting Lifestyle Profile</i> total e nas dimensões autorrealização, responsabilidade com a saúde e relações interpessoais, o nível de exercício e atividade física foi ruim.	IV
Necipoğlu, 2021 ⁽²¹⁾	Determinar o efeito das intervenções de enfermagem	Estudo randomizado controlado. Amostra de 60	Cartilha Guia de Treinamento em Amamentação e as diretrizes foram	Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os	II

Chipre	baseadas na Teoria de Autoeficácia em Amamentação de Dennis e no Modelo de Promoção da Saúde de Pender.	mulheres imigrantes primíparas (grupo experimental n = 30, grupo de controle n = 30).	utilizadas usando a estrutura da Teoria da Autoeficácia na Amamentação de Dennis e do Modelo de Promoção da Saúde de Pender.	escores do Questionário, Escala de Autoeficácia em Amamentação e Ferramenta de Avaliação de Amamentação e a Autoeficácia na Amamentação do grupo experimental e do grupo controle. O escore de autoeficácia em amamentar do grupo experimental aumentou mais que o esperado.	
Sari,2020. ⁽²⁰⁾ Turquia	Examinar a eficácia de um programa web, baseado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, para mulheres primíparas para o aleitamento.	Ensaio controlado randomizado. Com 71 gestantes primíparas (35 grupo intervenção e 35 grupo controle).	A pesquisa conteve 4 etapas:a criação de conteúdo profissional para o programa educacional baseado na web,projeto e pré aplicação do conteúdo, implementação e avaliação dos resultados. Os temas e assuntos foram pré comparados dentro da estrutura de Pender.	As mulheres que participaram do programa baseado na web demonstraram melhor autoeficácia e seus bebês demonstraram melhores pontuações em medidas de crescimento, desenvolvimento e saúde do que aqueles no grupo de controle	II
Heydari 2014. ⁽²⁵⁾ Paquistão	Detectar efeitos do programa de intervenção para melhorar os comportamentos de promoção da saúde.	Revisão narrativa com síntese descrita de 74 artigos.	A busca foi realizada utilizando as bases de dados eletrônicas Pub Med, Google Scholar, Proquest, Elsevier de 1990 a 2012 para artigos em inglês. Bases de dados iranianas também foram utilizadas. Os termos de busca utilizados foram:Pender, Saúde, Promoção da saúde e Modelo de promoção da saúde.	Os fatores comportamentais encontrados foram: autorrealização, responsabilidade pela saúde, exercício físico, nutrição, apoio interpessoal e gestão do stress. Este modelo viável permite fornecer informações para o desenvolvimento de intervenções.	Não citado
Eshah, 2010. ⁽²²⁾ Jordânia	Avaliar a eficácia de um programa de educação, aconselhamento e desenvolvimento de competências comportamentais em adultos trabalhadores	Desenho quase experimental, com 123 adultos, entre 22 e 60 anos, trabalhadores de escolas, os quais foram alocados por escola para compor grupo experimental e grupo controle.	O grupo experimental recebeu um Programa que consiste em educação em grupo e aconselhamento individual, além de técnicas de desenvolvimento de habilidades comportamentais E o Modelo de Pender foi utilizado para	A falta de conhecimento, combinada com atitudes inadequadas e crenças incorretas, pode aumentar a probabilidade de sofrer doença coronariana. Os resultados confirmam a importância de	III

	jordanianos para adoção de um estilo de vida saudável, baseado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.		formular a estratégia para o aconselhamento e intervenções de desenvolvimento.	programas interventivos no conhecimento e atitude dos sujeitos em relação à doença coronariana.	
Mendias; 2007. Estados Unidos da América	Examinar as percepções sobre as necessidades e interesses de aprendizagem de autocuidado, barreiras e modalidades de aprendizagem preferidas, baseado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	Estudo exploratório, com 151 pessoas com Vírus da Imunodeficiência Humana, em situação ambulatorial ativa, com idade igual ou superior a 18 anos.		A maioria manifestou interesse pela saúde e autocuidado. Muitos identificaram vários tópicos como barreiras de aprendizagem e modalidades de aprendizagens preferidas. Houve diferença estatisticamente significativa nas necessidades de comunicação dos participantes com diagnóstico de HIV e SIDA.	IV

DISCUSSÃO

Os estudos analisados nesta revisão, apontaram a utilização do MPS em intervenções realizadas com pessoas nos diferentes ciclos de vida e condições de saúde⁽¹⁸⁻²⁵⁾.

Quando realizada a análise dos Níveis das hierarquias das evidências⁽¹⁶⁾, três estudos foram caracterizados com nível II^(20,21,23), um com nível III⁽²²⁾, dois de nível IV^(19,24) e dois com nível VI^(18,25), demonstrando o desenvolvimento de estudos para gerar evidências científicas, alta qualidade e robustez. Fato este necessário e imprescindível para garantir a tomada de decisões pelos enfermeiros e melhoria da assistência prestada.

No que tange à aplicabilidade das teorias de Nola Pender nos estudos analisados, observou-se que estas foram empregadas para formulação de intervenções em saúde^(18,20,21,22,23), assim como na análise de comportamentos e percepções promotoras de saúde^(19,24,25).

Formulação de intervenções em saúde

Estudo cujo objetivo foi determinar o efeito das intervenções de enfermagem, baseadas na Teoria de Autoeficácia em Amamentação de Dennis e no Modelo de Promoção da Saúde de Pender, apontou aumento na autoeficácia de mães primíparas em relação à amamentação. A intervenção contou com visitas domiciliares baseadas na educação em saúde, com assuntos relacionados a importância da amamentação, a frequência e a quantidade de amamentação necessária, além de orientações quanto a posição da criança durante a amamentação, os cuidados com as mamas, cuidados com a saúde bucal do recém-nascido, nutrição materna e condições de ordenha e armazenamento.

Diante disto, esta intervenção realizada com aumento do vínculo entre os profissionais através das visitas domiciliares e da educação em saúde, trouxeram sentimentos positivos. Destaca-se que o sentimento da mãe sobre sua própria autoeficácia na amamentação influencia no estabelecimento da amamentação, na duração, no esforço que ela precisa ter para se dedicar e para cuidar de seu bebê, nos pensamentos sobre a amamentação e na capacidade de lidar com dificuldades⁽²¹⁾.

Outro estudo que teve como base o MPS, utilizou como recurso de intervenção um site com disciplinas educacionais, vídeos, coleta de dados e instrumentos que dispunha de um local com um menu de perguntas os quais serviam de apoio para as mães tirarem as suas dúvidas, apresentou como resultados no terceiro mês de acompanhamento que no grupo intervenção havia 88,6% de bebês amamentados em contraste com 33,3% dos bebês do grupo controle. No que diz respeito à introdução de alimentos prematuramente, no grupo intervenção houve 11,4% dos bebês em comparação com 66,7% dos lactentes do grupo controle⁽²⁰⁾. Considerando que as

etapas que envolvem uma gestação de baixo risco, parto natural e amamentação correspondem um processo natural do curso da vida à qual os profissionais de enfermagem devem acompanhar promovendo atitudes e comportamentos saudáveis, faz sentido o modelo de promoção à saúde ter se apresentado enquanto ferramenta adequada.

O MPS ao ser aplicado para prevenção de doenças crônicas como hipertensão⁽²³⁾ e doença coronariana⁽²²⁾, também destacou a importância de programas de educação para a prevenção de agravos. Estudo de intervenção composto por sessões de aconselhamento e desenvolvimento de habilidades comportamentais, baseado no modelo de Pender, apontou que o grupo experimental apresentou melhores pontuações para subescalas de responsabilidade pela saúde, nutrição e relacionamento interpessoal⁽²²⁾.

Por sua vez, estudo que utilizou o MPS como base para uma intervenção realizada junto às pessoas com hipertensão, apontou que havia diferença no perfil clínico laboratorial dos pacientes após a intervenção e isso significa que a “autoeficácia” dos hipertensos do grupo de estudo aumentou⁽²³⁾. Os estudos supracitados permitem inferenciar que os indivíduos e coletividades podem se beneficiar com um modelo de promoção à saúde que integre e incentive hábitos saudáveis, mesmo em um contexto de uma doença instaurada.

Além das intervenções, uma revisão integrativa descreveu um modelo teórico desenvolvido a partir da aplicação do conceito de envelhecimento saudável na diagramação do MPS, formando uma estrutura capaz de orientar a operacionalização do processo de enfermagem, o qual possibilita ao enfermeiro a aplicação deste modelo para ações de enfermagem voltadas à promoção do envelhecimento saudável⁽¹⁸⁾.

Análise de comportamentos e percepções promotoras de saúde

A utilização do MPS para análise de comportamentos promotores de saúde em idosos⁽¹⁹⁾ e percepções sobre aprendizagem e autocuidado de pessoas convivendo com HIV⁽²⁴⁾, elucidaram a importância da utilização do modelo para a compreensão das dimensões do comportamento promotor de saúde pelos profissionais, o que gera subsídios para o planejamento de intervenções clínicas eficazes.

As ações de promoção da saúde permitem a criação de um espaço onde é possível dinamizar estratégias multiníveis e fornecer conhecimentos para a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis, além de estímulos para o desenvolvimento do indivíduo em relação as ações de cuidado com sua saúde. Essas ações favorecem fatores comportamentais positivos de autorrealização, responsabilidade pela saúde, exercício físico, nutrição, apoio interpessoal e gestão do stress⁽²⁵⁾.

Estudo realizado com base nas premissas do modelo de Nola Pender, apontou que os cuidados às gestantes durante o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária, por vezes são realizados de forma técnica. Isso porque, geralmente não incluem a paciente no desenvolvimento do plano de cuidado, o que aumenta a chance da adesão às ações de cuidado estabelecidas no plano. O estudo reforçou que a utilização dos elementos que compõem a teoria de Nola Pender contribuem com a efetividade do cuidado uma vez que torna necessária a participação da gestante no seu plano de ação⁽²⁶⁾.

Outro estudo, cujo objetivo foi analisar a abordagem da enfermagem baseada na promoção de saúde de Nola Pender no cuidado às pessoas com alteração no padrão de sono, destacou que a utilização de dispositivos eletrônicos constitui uma barreira. A intervenção proposta foi reduzir a utilização de celular e televisão, utilizar técnicas de relaxamento e estabelecer horário para dormir, estratégias que demonstraram êxito nos resultados apresentados. Esse processo ocorreu a partir da elaboração de um plano de cuidados adaptado às necessidades do paciente de acordo com MPS. Dessa forma foi considerado três áreas: comportamento atual do indivíduo, identificação de benefícios e causas que levam ao retrocesso dos hábitos e avaliação do plano⁽²⁷⁾.

Reitera-se a importância de ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde que estimulem e apoiem o processo de autocuidado dos usuários e que incluam as necessidades e as preferências do próprio indivíduo. É uma prática da pessoa para si mesma e desenvolvida por ela mesma em um verdadeiro *self (Aceitação)*, de forma autêntica, revendo valores e princípios através da autorreflexão e exibindo comportamentos de cuidar, considerando a integralidade das dimensões corporais (física, mental e espiritual), as quais são refletidas no ambiente que convive⁽²⁸⁾. Destarte, de acordo com os preceitos do modelo de Pender, destaca-se a importância do objetivo central da ação de cuidado planejada estar vinculado a um comportamento sobre o qual o indivíduo possa intervir, pois ao sentir-se confiante que o objetivo é alcançável, aumenta a autoconfiança e a autoeficácia⁽⁹⁾.

Mesmo sendo colocado ao centro do cuidado e tendo suas preferências respeitadas, inicialmente os indivíduos podem ter dificuldade em estabelecer metas, e é nesse contexto que o enfermeiro atua como “apoiador” no processo de autoavaliação de seus comportamentos, de sua condição de saúde e na elaboração do plano de cuidados. Fornecer opções permite ao indivíduo escolher e aumentar o controle pessoal sobre o comportamento proposto.

Cumprir assinalar, que apenas um dos artigos analisados no presente estudo utilizou todas as categorias do MPS⁽¹⁸⁾. Contudo, esse fator não exclui a validade dos resultados encontrados, uma vez que de acordo com o modelo, as categorias precisam ser trabalhadas

separadamente e dependendo do resultado que o autor quer chegar não há necessidade de utilizar todas as categorias. No entanto, os demais artigos utilizaram as subcategorias do comportamento específico, as quais incluem: benefícios, barreiras, autoeficácia, sentimento, influência interpessoal e situações que influenciam.

Limitações do Estudo

Este estudo apresentou como limitação o acesso restrito a alguns artigos que não fizeram parte deste estudo, porém vale ressaltar que a organização e robustez do método e análise desenvolvida tentou minimizar tais limitações.

Contribuições para a Área de Enfermagem e Saúde Pública

Os resultados evidenciam a aplicabilidade do Modelo de Promoção da Saúde proposto por Pender em diversos contextos, de tal maneira que fornece suporte a prática de enfermagem, ao orientar a construção do plano de cuidados para que haja a promoção da saúde e participação ativa do indivíduo em seu processo de cuidado. E vale ressaltar que os modelos e teorias devem ser utilizados na prática clínica com o intuito de evitar agravos e saúde da população. Posto isso, ao tratar-se da atenção primária à saúde, o modelo de Pender é uma ferramenta protagonista a ser utilizada pelos profissionais.

CONCLUSÃO

Os artigos analisados descreveram resultados positivos e favoráveis alcançados com a aplicação do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender no processo de trabalho da Enfermagem na Atenção Primária e enfatizaram que este modelo pode ser utilizado como um instrumento, o qual fornece subsídios para uma assistência integral e qualificada e para a implementação de ações que gerem comportamentos promotores de saúde.

Sugere-se a realização de novos estudos com a utilização desse modelo, uma vez que o mesmo pode ser adaptado e utilizado em várias fases da vida para promoção da saúde, pois através de suas categorias e subcategorias oferecem ferramentas para que o indivíduo juntamente com o profissional faça um plano de mudança comportamental, pois, além de evidenciar as principais informações que devem ser extraídas para que seja possível compreender o indivíduo em todo o seu aspecto biopsicossocial, aumenta a autoeficácia e consequentemente a autogestão.

Destarte, o MPS influencia diretamente no desfecho relacionado as ações de promoção da saúde, pois os registros mediante as categorias permitem identificar que os comportamentos

promotores de saúde não acontecem de uma forma isolada mas relacionadas a vários fatores como as questões ambientais, socioculturais, socioeconômicas, hereditárias e sentimentais.

AGRADECIMENTO

O presente estudo foi realizado com o apoio financeiro da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Buss MP, Hartz AMZ, Pinto FL, Rocha MF. Health promotion and quality of life: a historical perspective of the last two 40 years (1980-2020). *Ciência e Saúde Coletiva*. 2020;25:4723-4735. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>
2. Santis KK, Mergenthal L, Christianson L, Zeeb H. Digital Technologies for Health Promotion and Disease Prevention in Older People: Protocol for a Scoping Review. *JMIR Res Protoc*. 2022;11. <https://doi.org/10.2196/37729>
3. Félix A, Días S. Digital Communication: Strategy in Health Literacy. *Revista de Ciencias de la Comunicación e Información*. 2023;28:174-189 <https://doi.org/10.35742/rcci.2023.28.e288>
4. Araújo MH, Daher VD, Brito SI, et al. Preced-Proceed model as a tool for the construction and evaluation of interventions in workers' health: methodological study. *Contribuciones a las ciencias sociales*. 2023;16: 26105-26123. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-079>
5. OPAS. Five-year report 2018-2022 of the director of the Pan- American Sanitary Department. Disponível em: https://www.paho.org/sites/default/files/od366-p-relatorio-quinquenal-diretor-opas-2018-2022_0.pdf. Acesso: 20/11/2023
6. Facchini L, Thomasi E, Dilélio A. Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives. *Saúde Debate*. 2018;42: 208-23. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
7. Souza LE, Paim JS, Teixeira CF, Bahia L, Guimarães R, Almeida N, et al. The current situation of health promotion in Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2019;24: 2783-92. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>
8. Telo MA. Literacia em saúde na Prática. [data set]. 2019 Dez 17 [cited 2023 Jan 03]. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida Repository. Available from <http://hdl.handle.net/10400.12/7658>
9. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 7th Edition. Boston: Pearson, 2014.
10. Saavedra JN, Rodríguez MY, Londoño SP, Alméziga OS, Garzón MC, Díaz LP. Barriers and Facilitators that Influence on Adopting Healthy Lifestyles in People with Cardiovascular Disease. *Invest. Educ. Enferm*. 2021;39. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e04>

11. Castañeda M, Juana E, Padilla A, Ana M. Theoretical Adaptation of Dorotea Elizabeth Orem in Cerebral Vascular Disease [internet]. 2010 [cited 2023 Jan 17];4:45-48. Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/133>
12. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*. 2005;5:546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
13. Stillwen S, Fineout-Overholt E, Melnyk B, Williamson K. Evidence based practice, stepbystep: searching for the evidence. *Am J Nur*. 2010;110:41-7. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e>
14. Biruel E, Pinto R. Bibliotecário um profissional a serviço da Pesquisa. XXIV Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação. Maceió. Anais. 2011 [citado 2019 Jun 4] Disponível em from: https://www.academia.edu/9594560/Bibliotec%C3%A1rio_um_profissional_a_servi%C3%A7o_da_pesquisa.
15. Ouzzani M, Hammady H, Federowicz Z, et al. Rayyan- a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5:210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
16. Melnyk BM, Fineou E. Evidence based practice in nursing & healthcare: A guide to Best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2015. 3-24p.
17. Page MJ, Mackenzie JE, Bossuyt MP, et AL. The prisma 2020 statement: updated guidance for reporting systematic reviews. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2022; 31(2): <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742022000200033>
18. Cardo RB, Caldas CP, Brandão MA. Healthy aging promotion model referenced in Nola Pender theory. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(01): e20200373. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0373>
19. Rababa M, Ali M, Alshaman. Health Promoting Behaviors, Health Needs and Associated Factors among Older Adults in Jordan: A Cross-Sectional Study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2021;9(2):106-116. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2020.87493.1443>
20. Sari C, Altay N. Effects of providing nursing care with web-based program on maternal self-efficacy and infant health. *Public Health Nurs*. 2020;37(3):380-392. <https://doi.org/doi:10.1111/phn.12712>
21. Necipoglu D, Bebiş H, Seviğ Ü. The effect of nursing interventions on immigrant women living in Northern Cyprus on their breastfeeding self-efficacy and success: a randomized controlled trial. *Health Care Women Int*. 2021;42(2):235-247. <https://doi.org/doi:10.1080/07399332.2021.1883023>
22. Eshah NF, Bond AE, Froelicher ES. The effects of a cardiovascular disease prevention program on knowledge and adoption of a heart healthy lifestyle in Jordanian working adults. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2010;9(4):244-253. <https://doi.org/doi:10.1016/j.ejcnurse.2010.02.002>
23. Abbas A, Younis N. Efficacy of Pender's Health Promotion-based Model on Intervention for Enhancing University of Mosul Hypertensive Employees' Eating Behaviors: A Randomized Controlled Trial. *Bionatura*. 2022;7(3):46. <https://doi.org/10.21931/RB/2022.07.03.46>
24. Mendias EP, Paar DP. Perceptions of health and self-care learning needs of outpatients with HIV/AIDS. *J Community Health Nurs*. 2007;24(1):49-64. <https://doi.org/doi:10.1080/07370010709336585>
25. Heydari, A., & Khorashadizadeh, F. Pender's health promotion model in medical research [internet]. 2014 [cited 2023 Dez 02];64(9):1067-1074. [internet]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25823190/>

26. Carlos CV, Rosário LM, Sousa CNS, et al. Nola Pender's theory in health care for pregnant women: a reflective study. *CLCS*.2023;16(12):30092–30110. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.12-063>
27. Guevara HC, E. Nursing Approach Based on the Nola Pender model of sleep habits. *Revista Ene De Enfermería* [internet]. 2021 [cited 2023 Jan 17];16(2). Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1322>
28. Saldanha X, Santos I , Silva FVC. Promoting self-care in clients on hemodialysis: application of the nola pender's diagram. *Rev. Pesqui*.2017;9(2):545-50. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.545-550>

6.2. Artigo 2 – Perspectiva de pessoas com Diabetes Mellitus sobre seu comportamento: Subsídios para promoção da saúde

RESUMO

Objetivo: Conhecer a perspectiva de pessoas com Diabetes Mellitus sobre o seu comportamento de saúde. **Método:** estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, com 22 pessoas em uma capital da região centro-oeste brasileira. A coleta foi realizada através de entrevista semiestruturada/audiogravada, de agosto a novembro de 2023. O instrumento apresentou duas partes, a primeira caracterização sociodemográfica e a segunda com questões elaboradas com base no referencial teórico de Nola Pender. Após a transcrição foram submetidas à análise de conteúdo com categorização apriorística. **Resultados:** comportamentos influentes que facilitam as ações de promoção da saúde estão relacionados aos benefícios; sentimentos positivos; relação interpessoal com apoio da família e à autogestão. Nos fatores que dificultam/barreiras encontram-se: falta de tempo, vontade, questões financeiras, complicações já causadas pelo Diabetes Mellitus e os hábitos como bebida alcoólica, fumar e comer compulsivamente. **Considerações Finais:** A identificação das barreiras e dos fatores que facilitam a mudança de comportamento geram subsídios para a promoção de comportamentos de promoção da saúde no cuidado às pessoas com condição crônica.

Descritores: Diabetes Mellitus; Autocuidado; Promoção da Saúde; Enfermagem; Teoria de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the behaviors that influence health promotion actions in people with Diabetes Mellitus. Method: descriptive, exploratory study with a qualitative approach, with 22 people in a capital in the central-western region of Brazil. Collection was carried out through semi-structured/audio-recorded interviews, from August to November 2023. The instrument presented two parts, the first sociodemographic characterization and the second with questions prepared based on Nola Pender's theoretical framework. After transcription, they were subjected to content analysis with a priori categorization. Results: influential behaviors that facilitate health promotion actions are related to benefits; positive feelings; interpersonal relationship with family support and self-management. The factors that make it difficult/barriers are: lack of time, desire, financial issues, complications already caused by Diabetes Mellitus and habits such as alcoholic beverages, smoking and compulsive eating. Final Considerations: The influences that facilitate and the barriers are important for establishing specific strategies for change.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Self-care; Health promotion; Nursing; Nursing theory.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma condição multideterminada, porém sensível à Atenção Primária à Saúde (APS). (Arruda, 2018). Segundo a International Diabetes Federation, no ano de 2021 a prevalência foi de 10,5%, representando 537 milhões de adultos com DM. Estima-se que o número total aumente para 643 milhões (11,3%) até 2030 e 783 milhões (12,2%) até 2045. No cenário brasileiro, no ano de 2021, a prevalência de DM foi de 9,2%⁽¹⁾.

Em relação a assistência às pessoas com DM, estudo apontou lacunas na qualidade do cuidado prestado pela APS, na realização de exames e no acesso aos serviços de saúde, os quais resultaram no aumento das complicações⁽²⁾. Verifica-se, também que a não realização de autocuidado e autogerenciamento incluindo exercício físico, alimentação, monitorização da glicemia; do coração; da saúde renal; ocular; dos pés e a falta de conhecimento aumentam o risco de complicações agudas e crônicas⁽³⁾.

Embora os serviços de saúde representem uma parcela significativa no impacto do manejo das condições crônicas, não exclui a corresponsabilização do indivíduo com sua condição de saúde, em especial, no que tange a autoavaliação de seus comportamentos, identificação da necessidade de mudanças no estilo de vida e engajamento diário na realização de ações de autocuidado⁽³⁾. Do mesmo modo, a autoeficácia (definida como a capacidade de julgamento sobre sua condição), também constitui um fator a ser considerado no planejamento das ações de cuidado às pessoas com DM⁽⁴⁾.

Neste contexto, a promoção da saúde (PS) não deve ser vista apenas como responsabilidade da equipe de saúde, mas também do indivíduo. A PS deve acontecer através de mudanças individuais, organizacionais e na comunidade, para a maximização da sua saúde e bem-estar comunitário⁽⁴⁾. Diante disto, a PS, através da AP devem estabelecer estratégias com individuais pois é preciso considerar os fatores determinantes⁽⁵⁾.

Neste contexto, os pressupostos do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender envolvem o fato dos indivíduos procurarem regular seu próprio comportamento. Assim, o indivíduo, em toda a sua complexidade biopsicossocial, interage com o meio, transformando progressivamente o ambiente e sendo transformado ao longo do tempo⁽⁴⁾.

Diante disto, a aplicação de teorias no campo da promoção da saúde pode auxiliar o enfermeiro na compreensão das fatores que influenciam ou não em comportamentos promotores de saúde. Segundo a Resolução nº 736/2024 o “Processo de Enfermagem deve estar fundamentado em suporte teórico, que podem estar associados entre si, como Teorias e Modelos de Cuidado, Sistemas de Linguagens Padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, Protocolos baseados em evidências”⁽⁶⁾. Desse modo, teorias de enfermagem e

modelos teóricos têm contribuído no processo de cuidar encontrando fatores importantes para que aconteça uma mudança comportamental.

Neste contexto, afim de encontrar uma Teoria que concentre em seu modelo não só fatores influentes, mas também as barreiras e subcategorias que preenchem os requisitos necessários para uma mudança comportamental, foi utilizado a Teoria de Nola Pender. A mesma apresenta-se como um das mais importantes teorias contemporâneas relacionadas a promoção de vida, este modelo é dividido em três categorias: comportamentos anteriores constituídos nos compromisso com um plano de ação, demandas e preferências concorrentes imediatas e comportamento de promoção da saúde⁽⁴⁾. Neste estudo utilizaremos as duas primeiras categorias visto que não haverá intervenção.

Embora, estudo sobre DMrelatem a importancia do autogerenciamentos, pesquisa relacionados a promoção da saúde são incipientes. Diante disto, questiona-se: Como as pessoas com diabetes mellitus percebem seu comportamento de promoção da saúde?

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de natureza qualitativa.

O método descritivo visa a descrição das características do grupo pesquisado para aproximar-se do problema, explicitá-lo e alcançar o seu maior entendimento. O estudo exploratório, permite maior familiaridade com um assunto ainda pouco conhecido e pouco explorado (Gil, 2022).

A abordagem qualitativa, utilizada para o presente estudo, se justifica pelo fato de ser a mais adequada para se aproximar da perspectiva de pessoas com DM sobre comportamentos promotores de saúde, uma vez que tais atitudes envolvem valores, concepções inerentes aos sujeitos, seus sentimentos e suas subjetividades.

Segundo Minayo (2016), a abordagem qualitativa remete ao universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, tendo-se respeito pela diversidade existente, ele 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.

O estudo seguiu os itens constantes no *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), o qual apresenta indicadores imprescindíveis para o planejamento, execução e elaboração de relatórios de pesquisas qualitativas (Souza *et al.*, 2021).

6.3. População do Estudo

Os participantes do estudo foram pessoas com DM cadastradas nas Unidades de Saúde de uma das regiões de saúde.

6.3.1. Critérios de Inclusão

Foram incluídas neste estudo pessoas maiores de 18 anos.

6.3.2. Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão definiu-se: pessoas que residem em lar de longa permanência; pessoas em situação de rua; dependentes de cuidado; com impossibilidade de comunicação verbal e aqueles que mudaram de cidade ou região de saúde.

6.4. Coleta de Dados

Inicialmente a pesquisadora principal solicitou à Coordenação da Atenção Básica da capital em estudo, uma lista contendo o número de pessoas com DM cadastradas em janeiro de 2023 nas unidades pertencentes a região de saúde selecionada para a pesquisa. De posse dessa listagem, foi selecionada a unidade com o maior número de pessoas cadastradas com DM (1.002 pessoas) e agendada uma reunião com a gerente dos serviço, para apresentação dos objetivos do estudo.

Após o aceite, foi solicitado uma lista contendo o nome, endereço das pessoas com DM cadastradas nas Unidade Básica de Saúde (UBS) e os agentes comunitários de saúde (ACS) responsáveis por ela. De posse dessa listagem, os ACS realizam visita domiciliar e faziam o convite explicando o objetivo do estudo. Aqueles que aceitavam os ACS passavam o telephone, nome e endereço.

De posse a essas informações a pesquisadora principal entrou em contato telefônico e as entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade de cada participante, entre os meses de Agosto a Novembro de 2023 em seu domicílio. Durante as visitas os ACS acompanhavam nas casas, porém no momento da entrevista não permaneciam presentes, em algumas casas os ACS não acompanharam porem tiveram todo um cuidado para selecionar o ambiente ao qual realizamos a pesquisa.

Nos domicílios, após explicação do objetivo da pesquisa e do procedimento da coleta de dados, as entrevistas foram mediadas pela pesquisadora principal, aluna Pós Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Cada entrevista teve duração média de uma hora, foi audiogravada, posteriormente transcrita na íntegra. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista individual, semiestruturada e audiogravada, agendada conforme preferência do participante. O uso da entrevista semiestruturada no presente estudo se justificou porque é uma técnica de coleta de dados qualitativos e o roteiro com as perguntas iniciais possibilita a captura de outras questões inerentes às circunstâncias no momento da entrevista. As questões não precisaram seguir a ordem prevista no guia e puderam ser formulados novos questionamentos no decorrer da entrevista. (Manzini, 2012).

Para entrevista, utilizou-se um roteiro composto por duas partes, sendo a primeira de caracterização, contendo informações sobre o estado-civil, orientação sexual, data de nascimento, nacionalidade, grau de escolaridade, raça, cor, classificação econômica em salário mínimo, tempo de diagnóstico, tipo de DM, tipo de tratamento, exames realizados como glicemia de jejum; hemoglobina glicada; colesterol LDL; HDL, colesterol total, triglicerídeos, comorbidades, hábitos de vida e comportamentos em saúde (APÊNDICE B).

A segunda parte, por questões disparadoras, construídas com base no referencial teórico de Nola Pender, especificamente no que tange às categorias 1-características e experiências individuais e 2- Comportamentos Específicos. Tendo como questões disparadoras: O que é Saúde para você? Você acha que os seus comportamentos influenciam na sua condição de saúde? Fale sobre isso. Você já recebeu orientações de como cuidar da sua saúde? Quais? De quem?

Para avaliar a pertinência das questões da entrevista semiestruturada, foi realizado um teste-piloto com quatro pessoas com DM, cujo resultado apontou a necessidade de ajustes nas questões a fim de atender o objetivo. Essas entrevistas não foram incluídas no presente estudo.

Para encerramento das entrevistas, o critério adotado foi a saturação de dados, a qual pode ser empregada em investigações qualitativas como uma ferramenta conceitual, usada para estabelecer o tamanho final de uma amostra, interrompendo a captação de novos dados, a partir da não identificação de novos achados, verificados por meio da repetição das falas. (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

A entrevista foi preparada e realizada de acordo com três momentos chaves:

Momento inicial – reservado à apresentação do objetivo e considerações éticas;

Momento intermédio – realização da entrevista através de expressão livre do participante;

Momento final –agradecimento pela disponibilidade e valor do seu contributo.

6.5. Análise de Dados

Após a transcrição na íntegra, as entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo. Bardin (2016), que se estrutura em três fases:

Pré-análise: com a leitura geral e flutuante das entrevistas já transcritas. Esta leitura menos aderente permite uma visão mais descolada e auxilia na escolha dos documentos que integram o corpus de análise;

Exploração do material, categorização ou codificação: consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registo e das unidades de contexto, que teve por base conjunção de interdependência entre a análise temática, os objetivos de investigação e a teorias explicativas adotadas pelo investigador. Nesta fase, as categorias empregues podem ser apriorísticas, onde o pesquisador de antemão já possui, segundo, experiência prévia ou interesses ou categorias pré-definidas, ou não apriorísticas, as quais emergem totalmente do contexto das respostas dos sujeitos da pesquisa. (Bardin, 2016). Neste estudo as categorias utilizadas foram apriorísticas, uma vez que o investigador já possuía interesses em determinadas categorias pré-definidas, categorias essas que emergem do MPS proposto por Nola Pender.

A terceira fase da análise de conteúdo diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa efetua-se o tratamento dos resultados, através da análise crítico-reflexiva .

Para tratar os dados referentes à caracterização das participantes do estudo utilizou-se da descrição das informações. Já os discursos oriundos da entrevista semiestruturada foram categorizados a partir dos temas emergidos do Diagrama de Nola J. Pender, utilizando cores para destacar as falas correspondentes. Para comportamento anterior foi utilizado cor cinza claro; para fatores psicológicos foi utilizado cor verde claro, para autoeficácia cor roxa, para benefícios cor verde escuro, para barreiras cor turquesa, para influencia interpessoal cor amarelo e para situações que influenciam rosa.

Depois foram transcritos de acordo com as cores e por fim foram selecionadas as falas que melhor representaram as categorias mencionadas.

6.6. Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido considerando-se as recomendações éticas nacionais e internacionais para pesquisas envolvendo seres humanos contempladas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2013). Os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias de igual teor (APÊNDICE A). Para garantir o sigilo e o anonimato dos participantes, utilizou-se a letra E para designar “entrevistado”, seguida do número indicativo da sequência em que foram realizadas as entrevistas e da sigla do serviço. Ex: E01 e assim por diante.

O projeto foi autorizado pela Prefeitura Municipal do município em estudo (ANEXO A) e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), conforme consta no parecer registrado sob o Protocolo nº 5.943.918 (ANEXO B). Antes do início da coleta de dados os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, tipo de participação desejada e tempo médio de duração da mesma.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentação dos dados sociodemográficos

Participaram do presente estudo 22 pessoas com DM, sendo 19 mulheres. A idade foi de 34 anos e máxima de 59 anos. Em relação à ocupação, oito eram do lar, três trabalhavam como empregadas domésticas, duas como vendedora e os demais estavam desempregados.

Esses dados corroboram com os resultados apresentados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2019, a qual constatou que 17,3 milhões (10,7%) de pessoas de 18 anos ou mais procuraram algum serviço da Atenção Primária à Saúde (APS) durante seis meses, entre elas a maioria também eram mulheres 69,9% ⁽¹¹⁾. Embora o SUS procure oferecer com equidade o acesso aos serviços de saúde, ações que mantenham padrões de comportamentos saudáveis entre mulheres e a participação dos homens no cuidado com a saúde, ainda demandam desafios ⁽¹²⁾.

Quanto ao estado civil, 11 eram casados, seis solteiros, três divorciados, um em união estável e uma viúva. De acordo com dados do IBGE (2019), entre 18 e 49 anos, 19% das mulheres na região centro-oeste são casadas; em relação à raça 2,6% se consideram brancas e 3,3% pretas ou pardas.

Quanto ao nível de instrução, as mulheres pretas ou pardas, em sua maioria, não possuem nível fundamental (42,6%) ao serem comparadas às mulheres brancas (30,9%). No nível superior, essas disparidades também são visualizadas, mostrando-se mais favoráveis às mulheres brancas (26,7%) em detrimento das mulheres negras ou pardas (12,9%)⁽¹¹⁾.

Estudos apontaram, que menores níveis educacionais, entre outros fatores socioeconômicos, contribuem negativamente para a saúde física, com repercussões na QV. A educação está relacionada aos comportamentos promotores de saúde, uma vez que através do nível de educação escolar são reduzidos impactos nas condições gerais de vida e desigualdades que repercutem na inserção do mercado de trabalho, condições financeiras e conscientização de seus deveres e direitos sobre saúde⁽¹²⁻¹⁴⁾.

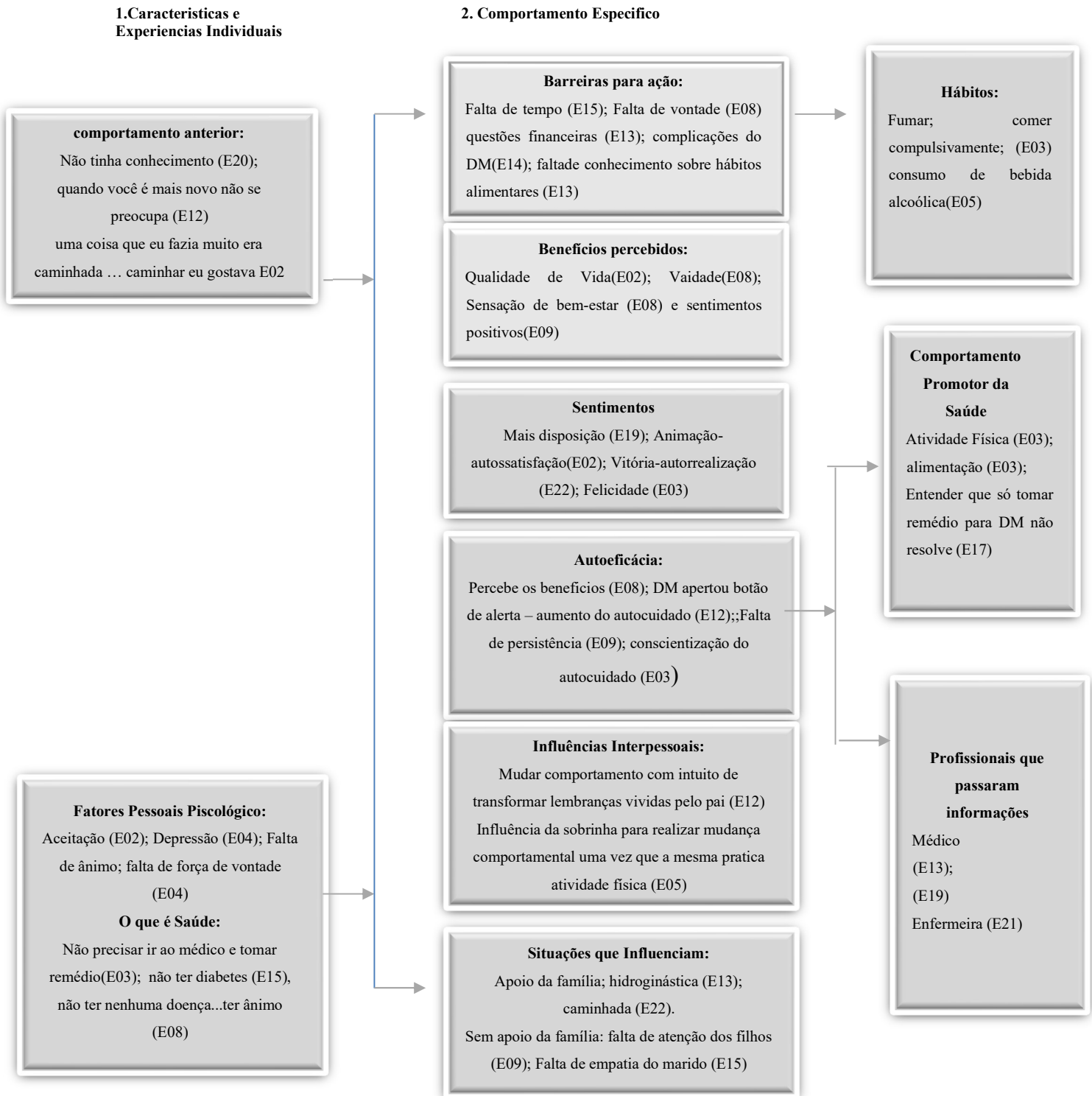
Assim como a educação, o reflexo das condições econômicas também interfere na adoção de comportamentos saudáveis, como expresso por Pender, que notifica a falta de recursos financeiros como uma das barreiras para adoção de comportamentos promotores de saúde⁽⁴⁾. Foi observado neste estudo que a maioria dos adultos que convivem com DM, dispõe de renda pessoal de um salário mínimo, baseado na referência do salário mínimo atual do ano de 2023 no país que é de um mil e trezentos reais (R\$ 1300,00). Esse achado pode ser relacionado ao baixo nível de escolaridade do grupo, que não favoreceu o acesso a atuações profissionais com maiores rentabilidades.

Apresentação dos dados relativos aos comportamentos de saúde pela matriz de categorização

Após a apresentação dos dados sociodemográficos foi realizada a categorização com base na matriz de categorias do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender⁽⁴⁾. As mesmas, foram identificadas como categorias à priori.

O Modelo de Promoção de Saúde, apresenta três categorias que descrevem características e experiências pessoais, conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento. O presente estudo utilizou duas categorias do referencial teórico adotado: características/experiências individuais e comportamento específico, uma vez que não foi realizada intervenção. Foram efetuados vários ensaios de codificação até alcançar a matriz final de categorias (Figura 2).

Figura 2 -Matriz final das categorias relacionadas a comportamentos promotores de pessoas com DM.



Fonte: Elaboração própria a partir do MPS (2016)

Comportamentos Promotores de Saúde sob a ótica das pessoas com Diabetes segundo Modelo de Nola Pender

Para apresentar a configuração dos comportamentos promotores de saúde foi utilizado o Diagrama de Nola J. Pender. Um dos principais motivos é que o modelo de Nola J. Pender facilita a apropriação dos determinantes dos comportamentos promotores de saúde, assim como, dos fatores que influenciam tais comportamentos, o que permite à equipe de enfermagem planejar o cuidado a partir da identificação das necessidades e interesses dos indivíduos.

De acordo com Pender, Murdaugh e Parsons ⁽⁴⁾ o modelo possibilita a identificação dos fatores que influenciam no comportamento para construção de um guia do complexo processo biopsicossocial que estimula e impulsiona o indivíduo a adotar os comportamentos, o que consequentemente traz subsídios para o planejamento das ações de cuidado de modo mais preciso e adequado a realidade de cada indivíduo.

Ao refletir sobre as características e experiências individuais relacionadas ao comportamento anterior, as pessoas com DM relataram que pouco cuidavam da saúde em decorrência de vários fatores:

Eu não tinha conhecimento antigamente, eu achava que tinha que comer de tudo. Não tive criação de pai de mãe, com sete anos tive que sair pelo mundo trabalhar, construir minha vida, e nesse decorrer do tempo não tinha uma boa alimentação... eu bebia, eu jogava, eu não levava a sério a saúde. E20 - 49 anos e 12 anos de diagnóstico

Aqui em casa era mais massa: pão, nhoque, lasanha, coisas que não são boas para saúde..a gente come doce bastante, exagera na alimentação, no refrigerante.... quando você é mais novo não se preocupa mas quando fica mais velho isso traz muita coisa ruim. E12 50 anos e 05 anos de diagnóstico

Eu abusava muito do doce, eu bebia cerveja..comia coisas gordurosas, carne, rabada, essas coisas que tem muita gordura..não cuidava eu trabalhava muito..não tinha tempo pra mim, então era só trabalhar mesmo. E08 47 anos e 12 anos de diagnóstico

Dentre aqueles participantes que realizavam algum cuidado com a saúde, anterior à doença, a atividade relatada foi a caminhada.

Uma coisa que eu fazia muito para mim era a caminhada, isso ai era todos os dias, eu trabalhava longe e ia a pé dava uma hora uma hora e vinte...caminhar eu gostava daí eu sempre conseguia manter o meu peso [...]. E02 53 anos e 02 anos de diagnóstico

Tinha prática de exercício regular, desde de criança eu e meus irmãos sempre tivemos uma rotina de exercícios assim...era mais essas práticas de exercícios que eram constantes. E14 34 anos e 10 anos de diagnóstico

Estes dados coadunam com os resultados da Pesquisa Domiciliar desenvolvida pela sociedade brasileira de diabetes 2019-2020 que apontou que dentre os 28,5% dos indivíduos que praticavam alguma atividade física, quase a metade (45,7%) realizava caminhadas ⁽¹⁵⁾.

Foi observado na fala do E02 a afinidade pela caminhada. O apoio do profissional para o indivíduo identificar e verbalizar suas preferências no momento da elaboração do plano de cuidados, em relação a hábitos saudáveis, impulsionam sentimentos positivos que podem favorecer a mudança de comportamento.

Segundo os resultados da pesquisa por amostra de domicílios do IBGE ⁽¹¹⁾, “não gostar” está entre um dos principais motivos que levam as pessoas a não praticarem atividade física ou esporte. Tais evidências contribuem para explicar como a variável “gostar” se associa a fazer ou não atividade física⁽¹⁶⁾. Do mesmo modo, um dos pressupostos do modelo de Pender é que os comportamentos associados ao sentimento positivo provavelmente serão repetidos⁽⁴⁾.

Com relação aos **Fatores pessoais psicológicos:**

Às vezes eu fico pensando eu to muito de cabeça baixa.. falando que eu não vou conseguir, que não vou andar para frente..mas dai tento ter pensamento positivo e digo eu consigo sim eu tenho que dar dois passos para frente pra modificar meus comportamentos..... E09 56 anos e 02 anos de diagnóstico

eu acho que falta animo..às vezes me sinto desanimada com tudo, eu acho que eu preciso aceitar..eu não aceito a diabetes na minha vida (emociona) então eu preciso aceitar...E02 53 anos e 02 anos de diagnóstico

Eu no momento eu acho que estou ficando mais em casa por conta da depressão então eu não tenho incentivo, eu acho que não estou preparada para fazer caminhada. Mais pra frente eu pretendo parar de fumar, fazer academia..mas agora não..precisa ter uma força de vontade minha porque não adianta as outras pessoas quererem eu não..E04 41 anos e 02 anos de diagnóstico

Foi observado que os participantes referiram sentimentos negativos associados à condição crônica, alguns relatando depressão e isto dificulta a relação de mudança comportamental, embora seja reconhecido como necessária.

Estudo de revisão apontou que embora seja conhecido o impacto da depressão nas condições de saúde das pessoas com DM, apenas 1/3 dos indivíduos com DMs e depressão recebem o diagnóstico adequado. Fisiologicamente, existem evidências de que a depressão e o DM2 estejam associadas a fatores biológicos⁽¹⁷⁾. Um estudo de meta-análise demonstrou que pessoas com DM que têm depressão possuem um risco aumentado de 33 a 38% de desenvolver complicações microvasculares e macrovasculares, respectivamente, em comparação com os sem depressão⁽¹⁸⁾

Diante disso, ações de rastreio para identificação precoce de depressão, ansiedade, distúrbios alimentares e dificuldades de aprendizagem em pessoas com DM, podem facilitar as opções de tratamento efetivo e a adesão dos indivíduos às ações de manejo da doença. Isso porque, o sofrimento, a tristeza e a solidão são sentimentos que podem impactar na capacidade da pessoa de agir e cuidar da sua própria saúde.

Do mesmo modo, a relação com a doença é um item que necessita ser ponto de partida para a discussão do cuidado junto às pessoas com condições crônicas. Isso porquê a não aceitação ou negação da condição crônica, além de acarretar sofrimento para o indivíduo, serve como barreira para o autocuidado.

Ainda sobre os **fatores psicológicos**, Pender⁽⁴⁾ descreve que o significado de saúde/ser saudável adotado pelo indivíduo, influencia na mudança comportamental.

Uma pessoa saudável ela consegue fazer exercício físico, ela tem outro desempenho, consegue ir...é uma vida com mais estabilidade sem tomar medicações, eu não gosto de medicações, quem tem saúde boa não precisa dessa rotina de remédio, ir ao médico. E03 44 anos e 02 meses de diagnóstico

Saúde é não ter diabetes, pressão alta, não ter nada..hoje em dia quem tem diabetes não tem saúde não, essa doença veio para complicar nossa vida..E15 51 anos e 11 anos de diagnóstico

Saúde é a pessoa não ter doença nenhuma é uma pessoa que tem ânimo para tudo vontade de fazer as coisas e pode fazer, que não vai prejudicar a gente. Quem já tem uma doença assim, a gente sabe que ela não tem cura, mas tem controle, mais a gente não é mais saudável. E08 47 anos e 12 anos de diagnóstico

Observa-se nas falas que os participantes não identificam seu papel na promoção/autogerenciamento da sua condição de saúde. Esses resultados corroboram com as premissas do cuidado pautado no modelo biomédico, que reforça a relação entre ter saúde com a ausência de doença⁽¹⁹⁾. Assim, visualiza-se a necessidade do resgate pela equipe de saúde durante as ações de cuidado prestadas, do conceito ampliado de saúde que inclui os determinantes sociais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e na capacidade para o manejo de uma doença crônica e o papel do autocuidado⁽²⁰⁾.

O estímulo às ações de cuidado com a própria condição de saúde deve ser pautado no comprometimento tanto da pessoa com DM como dos profissionais. Estes atuam como mediadores no processo da mudança de comportamento e hábitos de vida, pautando a assistência na escuta ativa e em ações preventivas, excluindo dessa forma, as práticas autoritárias e prescritivas.

Outra categoria elencada por Nola Pender foram as **barreiras para ação**, estas podem ser bloqueios mentais ou dificuldades para a adoção de determinados comportamentos.

A gente não tem tempo...porque no restaurante você entra cinco horas e sai cinco da tarde e quando dá movimento sai até mais tarde...ai não tem tempo chega em casa cansada. E15 51 anos e 11 anos de diagnóstico

Pouca vontade de fazer as coisas, se a pessoa persistir vai, mas a gente dá desculpa, por exemplo hoje não porque está quente, ... E08 47 anos e 12 anos de diagnóstico

Se a gente for seguir ao pé da letra o que deve ser feito a gente não come nada é uma restrição bem grande do que pode e do que não pode e tem a questão do financeiro também, se você for seguir uma alimentação dessa você tem que ter um gasto pra seguir ela certinha...tudo é muito caro se a gente for seguir o que a nutricionista fala, vai além do limite que quem recebe um salário mínimo não consegue manter. E13 33 anos e 04 anos de diagnóstico

Eu tive Neuropatia no começo do ano, isso dificultou muito e até hoje eu quero voltar a atividade física e está difícil, porque é uma dor que tem nos pés e nas pernas que é constante E14 34 anos e 10 anos de diagnóstico

Os depoimentos revelaram que as barreiras à adoção dos comportamentos promotores de saúde permanecem similares aos comportamentos anteriores à doença referidos, como por exemplo a falta de tempo, a falta de vontade, questões financeiras, complicações da DM.

Na fala da E13, por exemplo, observa-se uma generalização quanto às restrições necessárias à alimentação que pode ser influenciada pelo senso comum em relação ao diagnóstico dessa doença crônica, conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis, manejo do DME questões financeiras. Embora as pessoas com DM reconheçam que devem comer de forma saudável, desconhecem quais alimentos podem ou não comer causando discursos diferentes entre os participantes. É nesse contexto, que o espaço ocupado pelo enfermeiro nas atividades de educação em saúde, deve ser valorizado e as ações direcionadas para oferta de informações baseadas em evidência, construção do cuidado em conjunto com o indivíduo desmistificando informações oriundas do senso comum e com enfoque na promoção da qualidade de vida⁽²¹⁾

Em relação as questões financeiras, os resultados do presente estudo coadunam com estudo realizado por Affonso⁽²²⁾, cujos indivíduos que possuíam situações financeiras menores apresentaram comportamento de risco aumentado, uma vez que a condição socioeconômica influencia na ausência ou diminuição de exercício físico e do acesso a alimentos saudáveis.

Ademais, limitações causadas por complicações do DM, como a neuropatia referida pelo E14, também podem constituir uma barreira para mudanças no comportamento em saúde e a adesão à atividade física. Do mesmo modo, a falta de tempo referida coaduna com o relato da população brasileira, o qual aponta que 62% não pratica atividade física, sendo esse motivo o mais citado⁽¹⁵⁾

Neste contexto, o enfermeiro pode em conjunto com o indivíduo, pensar em estratégias que contornem a falta de tempo, como por exemplo a ir a pé ou de bicicleta para o trabalho, fazer exercício enquanto assiste tv, estacionar mais longe do destino pra poder ir andando até o local desejado; desenvolver novas amizades com pessoas fisicamente ativas, entre outras.

Ainda, os participantes destacaram como **barreiras para ação**, alguns hábitos e comportamentos cotidianos:

Eu fumo, vou lá abro a carteira antes de dar duas horas a carteira acabou, são 40 cigarros em uma carteira. E09 56 anos e 02 anos de diagnóstico

Comer compulsivamente sem ter regras..quando está estressada..eu deveria falar não vou comer..mas é onde prejudica ... E03 42 anos e 02 meses de diagnóstico

Hábitos...ah bebida...acho que é o maior...o consumo é muito...sábado..bebo sem limite. E05 38 anos e 08 meses de diagnóstico

Os hábitos constituem outro determinante importante do comportamento. Um hábito é um comportamento que ocorre com frequência e é executado automaticamente ou com pouca consciência. Os hábitos são realizados com tanta frequência que servem como sinais para o comportamento⁽⁴⁾

Observa-se nas falas que hábitos como fumar, comer compulsivamente e consumo bebida alcoólica foram identificados pelos participantes como barreiras para mudança comportamental, uma vez que são comportamentos que levam ao risco de complicações causadas pelo DM.

Segundo estimativa, em âmbito mundial, 10% de todos os casos de DM2 podem estar diretamente relacionados ao tabagismo, conseqüentemente, apesar do DM ser uma doença de etiologia multifatorial, o controle do tabagismo também pode contribuir substancialmente para a redução das complicações causadas pelo DM ⁽¹⁵⁾. Contudo, para redução do número de tabagistas e pessoas que ingerem álcool acima do recomendável pela OMS, as ações precisam ser voltadas também para a educação em saúde, utilizando divulgações e campanhas em conjunto com outras instituições que são vistas pela comunidade como referência, como as escolas, ONGs e igrejas⁽²³⁾

Na fala do E03 observamos que o hábito de comer compulsivamente foi destacado como barreira para mudança comportamental. Estudo realizado no Reino Unido, identificou que dentre os transtornos alimentares mais comuns em pessoas com DM encontram-se o transtorno compulsivo alimentar (TCA)⁽²⁴⁾

Para identificação das barreiras, os profissionais de saúde precisam fortalecer o vínculo com a pessoas com DM e realizar a escuta ativa. A consulta de enfermagem, por exemplo, norteada pelo autocuidado apoiado pode auxiliar os indivíduos a identificarem gatilhos que levam a hábitos que colocam em risco sua saúde e apoiar o reconhecimento e explanação de possíveis benefícios após a mudança de comportamento.

Neste contexto, a relação das barreiras com os benefícios se completam, porém, são inversamente proporcionais, pois, quando o indivíduo verifica os benefícios para a ação do comportamento promotor de saúde, as barreiras de impedimento tornam-se menores⁽²⁵⁾. Diante disto, ao perguntar sobre os **benefícios percebidos**

Eu acho que se eu conseguisse mudar eu teria uma qualidade de vida melhor porque eu conheço um rapaz que trabalhava comigo ele tinha diabetes .. mas ele tinha uma qualidade de vida boa porque ele seguia tudo na risca tudo certinho se eu conseguisse mudar talvez não subisse tanto (a glicemia). E02 53 anos e 02 anos de diagnóstico

...se eu conseguisse fazer mais exercício eu teria um corpo mais magro, menos dor nos braços, nas pernas, cansa. Falta fazer mais exercício quando faço eu me sinto melhor. E08 47 anos e 12 anos de diagnóstico

Se eu conseguisse mudar eu ia ficar mais feliz..ia ver que estou superando, não adianta a gente ficar falando que não vai conseguir, porque assim não anda para frente.. eu tenho que dá dois passos para frente pra modificar. E09 56 anos e 02 anos de diagnóstico

Pode-se observar que os benefícios relacionados a uma mudança comportamental para pessoas com DM estão relacionados a melhora da QV, a vaidade e a sensação de bem-estar. Um elemento importante a se considerado no momento da orientação sobre a mudança de hábitos é identificar qual estágio de motivação para mudança que o indivíduo se encontra. Este quando identificado irá oferecer subsídios para a elaboração da intervenção de modo coerente com a realidade e com as características individuais⁽²⁶⁾. Percebe-se, por exemplo, nas falas do E02, E08 e E09 que esta subcategoria estimula o indivíduo a vivenciar o estágio de contemplação, pois, reconhecem os benefícios da mudança de comportamento. Nesse estágio, torna-se necessário instigar os indivíduos a pensar sobre os benefícios a fim de contribuir para um avançar nos estágios de mudança comportamental.

Neste momento o profissional de saúde encoraja o paciente a refletir sobre os seus problemas/barreiras e estimula a pensar sobre quais mudanças quer efetuar e quais são os passos para alcançar essas mudanças. Nesse processo algumas pessoas podem ter dificuldades de estipular estratégias para a mudança, por conseguinte é papel do enfermeiro ajudar nesse processo. Depois de reconhecer os comportamentos que desejam mudar, o profissional juntamente com o indivíduo constroi o plano de ação.

Conforme o referencial teórico utilizado no presente estudo, o enfermeiro precisa entender que a mudança não acontece de uma hora para outra e que é preciso moldar gradualmente os comportamentos desejados, pois alguns podem requerer condicionamento ou adaptação para serem adquiridos, como iniciar um programa de caminhada após um longo período de inatividade ou reduzir o teor de sódio na dieta. Assim, o aumento gradual da frequência e intensidade, pode ser uma estratégia sugerida pelo profissional de saúde no processo de planejamento da mudança desse comportamento⁽⁴⁾.

No que tange aos **Sentimentos relacionado à atividade**, os participantes declararam que:

Se eu mudasse meu comportamento...seria bom..eu iria ficar mais disposta.
E19, 59 anos, seis anos de diagnóstico

...iria melhorar minha saúde e diminuir a quantidade de remédio que eu tomo hoje, seria bem vantajoso daria um ânimo..E02, 53 anos, dois anos de diagnóstico

...a saúde iria melhorar, iria me sentir melhor...não digo 100 por cento mais vai ter uma estabilidade, se eu emagrecer isso aí é tudo, porque a obesidade me atrapalha bastante, a obesidade me cansa muito, atrapalha até para engravidar. E03. 44 anos, dois meses de diagnóstico

Um sentimento bom, uma vitória, vou estar realizada, porque eu estou cuidando da minha saúde e minha saúde é minha prioridade..E22, 53 anos, e dois meses de diagnóstico

Observou-se nas falas que há o predomínio de sentimentos positivos como vitória, felicidade, autossatisfação e autorrealização. Cabe destacar que sentimentos positivos motivam o indivíduo a repeti-lo e de maneira inversa, sentimentos negativos sobre um comportamento reduzem as chances de realizá-lo novamente⁽⁴⁾.

Quando um sentimento emergente de autonomia sobre a própria vida leva à internalização de comportamentos promotores da saúde, aumentam a autoeficácia e consequentemente o autogerenciamento. Assim, é importante identificar qual é o sentimento sobre determinada ação, por exemplo, ao realizar uma caminhada, pois, a valorização do sentimento gerado, pode favorecer a autoeficácia.

Em relação a **percepção de autoeficácia** diante a mudança de comportamento, verificou-se que:

...eu estava com dor nas pernas daí eu comecei a fazer caminhada e parou...o sono também mudou, quando faço caminhada até durmo melhor, hoje eu estou indo todo dia à tarde.... E08 47 anos e 12 anos de diagnóstico

A dificuldade vem da gente mesmo...a partir do momento que a gente fala e tem foco é outra coisa, no fundo sou eu que tenho que me policiar não é você que vai me obrigar se eu não quiser eu não faço. E03 44 anos e 02 meses de diagnóstico

Observa-se que após o diagnóstico do DM, os participantes referiram a instalação de um estado de alerta desencadeado pela falta de persistência E12, confirmando pelo E03 a importância do atendimento individual e do profissional ter conhecimento científico para identificar e conhecer os instrumentos, que identifiquem qual estágio o paciente se encontra para que assim o plano de mudança comportamental não seja impositivo e a intervenção aconteça com resultados satisfatórios para promoção da saúde deste indivíduo.

Em um estudo cujo objetivo foi avaliar a eficácia de um programa educacional baseado na filosofia do empowerment, o qual integra cinco fases: 1ª - identificar o problema; 2ª - Explorar sentimentos associados ao problema; 3ª - Traçar objetivos; 4ª - Elaborar um plano; 5ª- Avaliar os resultados, apontou que os participantes do programa Viver em Harmonia com a DM percebem uma maior autoeficácia dos que não participaram da intervenção, o que se traduz

numa maior capacidade de operacionalizar objetivos, definir estratégias positivas para gerir a sua doença e mobilizar recursos⁽²⁸⁾.

De forma semelhante, ensaio clínico randomizado realizado com 357 pessoas com DM2, na Jordânia, avaliou o impacto da educação em grupo após a intervenção educacional e apontou que os escores de atitudes melhoraram significativamente pós-intervenção ($p < 0,001$), o que refletiu na intenção das pessoas em praticar atividade física e possuir alimentação saudável⁽²⁹⁾. Portanto, com vistas ao aumento da autoeficácia, os profissionais podem utilizar estratégias de intervenção que com enfoque na mudança comportamental. Estas, podem ocorrer no ambiente domiciliar, por meio do aconselhamento individual/grupo, utilização de de tecnologias como por exemplo o whatsapp (utilizadas para envio de lembretes ou conteúdos sobre comportamentos, ou para oferta de feedback positivo contínuo sobre o desempenho).

Em relação aos *comportamentos promotores de saúde*, os participantes destacaram a prática de atividade física e alimentação saudável:

Precisa ter uma rotina de fazer exercício físico, alimentação saudável, comer mais verduras a proteína, tirar o carboidrato. E03 42 anos e 02 meses de diagnóstico

Tem que comer melhor e entender que só tomar o remédio para diabetes não vai resolver o problema. E7 59 anos e 20 anos de diagnóstico

Os relatos transcritos indicam que os comportamentos promotores na visão das pessoas com DM estão relacionados a prática de atividade física e alimentação E03, havendo a consciência de que para alguns participantes a medicação não resolve o problema do DM E17.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020, o exercício físico adequadamente prescrito e executado proporciona grandes benefícios aos indivíduos com DM, constituindo uma ferramenta imprescindível para o manejo metabólico. Assim, a atividade física contribui de forma significativa para o manejo glicêmico nos pacientes com DM. Essas ações comportamentais devem ser avaliadas continuamente pelo próprio indivíduo, uma vez que o autogerenciamento da condição de saúde é eficaz como medida não medicamentosa no tratamento^(20, 30).

Para que o autogerenciamento aconteça e permaneça, um dos insumos mais poderoso é o feedback positivo contínuo, que pode ser oferecido pelos profissionais de saúde que acompanham o indivíduo⁽⁴⁾. Neste contexto, os atendimentos multiprofissionais são recomendados para as pessoas com condições crônicas, uma vez que a multicausalidade que as envolve torna imprescindível uma atenção com soma de diferentes saberes.

Diante disso, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) precisa ser implantado nas Unidades de Saúde, uma vez orienta e disponibiliza ferramentas que favorecem organização da demanda programada ⁽³¹⁾.

Quando questionados sobre qual profissional ofereceu informações sobre promoção da saúde e quais foram as informações, os participantes destacaram:

O médico...mas hoje em dia também passa bastante na televisão, na internet, então a gente tem bastante informação sobre cuidados, como por exemplo: ter uma boa alimentação, fazer atividade física, que se tornou uma obrigação....
E13 33 anos e 04 anos de diagnóstico

Ela (médica) falou para eu parar de comer tudo, arroz, macarrão, carne, laranja, banana, Mamão, pão, refrigerante, fritura,. Eu brinquei com ela, como que eu vou trabalhar se não comer? Vou virar uma lagarta. Daí ela falou, você consegue, é melhor ficar fraca do que ficar morta. E19 59 anos e 06 anos de diagnóstico

Já tive orientação dos cuidados com os pés de uma enfermeira... eu tive todas as orientações. Para caminhar, se alimentar bem... ficar medindo sempre açúcar no sangue e tentar controlar o máximo possível a glicemia. E21 46 anos e 21 anos de diagnóstico

Observa-se nas falas de E13, E19 e E21 que há desafios a serem superados nas orientações oferecidas pelos profissionais de saúde, em especial no que tange ao reforço da ideia de “proibição” do consumo de certos alimentos ou de “regras” a serem seguidas. Contudo, o incentivo ao autocuidado e autogerenciamento da condição de saúde é algo construído dia após dia, e por isso as ações de cuidado ofertadas pelos profissionais precisam considerar a realidade do indivíduo e a ocorrência de ‘deslizes’ durante o processo de mudança.

Ao oportunizar o engajamento da pessoa com sua condição de saúde, os profissionais as estimulam a autoavaliarem seus comportamentos e a identificarem aqueles que consideram necessários de mudança.

Outro fator elencado por Nola Pender são as **Influências interpessoais** que representam as percepções sobre comportamentos e condutas de outros indivíduos.

Agora eu tenho que me cuidar porque eu vi meu pai, cuidei das feridas dele, o pé ficou aberto a gente ali limpando foi horrível, começou a perder dedo depois perdeu um pedaço do pé depois todo o pé, daí eu falei eu não quero isso pra mim e comecei a cuidar. . E12 50 anos e 05 anos de diagnóstico

O melhor lugar para realizar uma mudança comportamental, seria na minha sobrinha, porque ela tem uma dieta, ela teve uma hérnia daí teve que mudar totalmente a alimentação dela, ela faz atividade física porque engordou muito..E05 38 anos e 08 meses de diagnóstico

Observa-se na fala do E12 que o medo de passar pelo que o pai passou causaram memórias negativas, e o indivíduo realizou mudanças comportamentais no intuito de transformar as lembranças ruins vividas pelo pai em atitudes positivas.

Por sua vez, na fala do E05 verifica-se o quanto a influência de outra pessoa, pode auxiliar na adoção de hábitos de vida saudáveis. Esse resultado corrobora os resultados

apresentados em estudo realizado no Iraque, o qual verificou que o apoio social desempenha um papel importante na mudança comportamental, levando ao aumento da atividade relacionada à eficácia. A razão é que quanto maior o apoio social dos colaboradores, maior será o sentimento de mudança no estilo de vida e aumento da qualidade em saúde ⁽³²⁾.

No contexto da APS, as ações oferecidas em grupo com pessoas com DM, por exemplo, favorecem a criação de vínculo na comunidade em que vivem com construção de saberes, trocas de informações e de cuidado, onde algumas vezes cuidam e outras vezes são cuidadas.

Elementos relacionados ao ambiente também influenciam na adoção de comportamentos de promoção da saúde. Assim, **Situações que influenciam** esses comportamentos, podem facilitar ou impedir a mudança comportamental.

meu pai quando ficou sabendo que eu tinha diabetes mudou e hoje ele, eu e a minha mãe vamos juntos fazer hidroginástica toda terça e quinta feira no período da tarde...a família é muito importante é a minha motivação. E13 33 anos e 04 anos de diagnóstico

tem a minha irmã que gosta de caminhar de manhã dai influencia eu vou com ela dai beleza, já influencia...mais sozinha ..é mais difícil eu não vou.. E22 53 anos e 02 meses de diagnóstico

Precisava que alguém da família me olhasse e vê o jeito que eu to e falasse vou te ajudar...eu to que nem aquelas crianças, eu preciso de alguém do meu lado pra me ajudar da apoio, as vezes eu amanheço sentada fumando cigarro nesse sofá.. sabe o que meus filhos falam você é doida é louca fica amanhecendo ai eu não amanheço (olha um filho falar isso! Tinha que falar não mae tem que ir no médico pra ver o que ta acontecendo) eles falam que é pra chamar atenção mais não é eles não estão dentro de mim. E09 56 anos e 02 anos de diagnóstico

eu fazia dai o meu marido começava com as ciuemeira dele ai eu parei e engordei tudo denovo eu comia o dia inteirinho nao sei pra onde ia mais eu comia o dia inteiro nao ficava um segundo sem comer...ele me passava muito raiva...me chamava de baleia, ele falava que ia comprar um lençol e me enrolar que eu já tava pronta de vestido...ai a gente ficava mais nervosa a ansiedade batia e comia mais... E15 51 anos e 11 anos de diagnóstico

Nas transcrições acima podemos destacar que houveram pontos influentes e outros não tão influentes em relação a família. Na fala do E13 e E22 foi percebido a influência da família como fator motivador para realizar atividade física, porém, na fala do E09 e E 15 foi observado falta de apoio influenciando negativamente na realização de comportamentos promotores de saúde.

Estudo realizado na Etiópia sobre apoio social entre pacientes com DM teve como resultado que 54,9% (219) dos participantes do estudo tinham apoio social adequado, o qual contribui para a prevenção de possíveis complicações, aumento na adesão do tratamento medicamentoso, dieta e exercícios físicos⁽³³⁾.Um estudo caso-controle para investigar o apoio social entre pacientes com DM e a associação entre fatores socioeconômicos em Yangon, apresentou como resultados que entre o grupo de pacientes com DM, mais de 70% tinham alto

suporte social percebido, com influência das condições familiares dos pacientes, como renda familiar e viver com o cônjuge, na cultura de Mianmar, favorecendo o manejo adequado da condição.

Vale salientar que, embora a família constitua um ponto de apoio para mudança de comportamento, a presença desta não constitui uma condição, sendo a autogestão o fator mais influente⁽³⁴⁾.

Limitação

Dentre as limitações referentes ao presente estudo destacam-se: a eleição por conveniência da UBS, e a não utilização de todas as categorias impostas pelo modelo de Nola Pender, uma vez que não foi objetivo do presente estudo a realização de intervenção. No entanto, os resultados produzidos oferecem subsídios para que o profissional de saúde compreenda a importância de ações de promoção da saúde, servindo como modelo para implementação de plano de mudança comportamental, pois através da matriz é possível identificar principais categorias que favorecem o planejamento podendo ser utilizado também para subsidiar o Processo de Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva dos participantes do presente estudo, comportamentos influentes que facilitam as ações de promoção da saúde estão relacionados aos benefícios; sentimentos positivos; relação interpessoal com apoio da família e à autogestão. Nos fatores que dificultam/barreiras encontram-se: falta de tempo, falta de vontade, questões financeiras, complicações já causadas pelo DM e os hábitos como bebida alcoólica, fumar e comer compulsivamente

Embora os participantes verbalizem a importância da atividade física e hábitos alimentares saudáveis, como os principais comportamentos envolvidos no manejo do DM, por vezes atribuem a dificuldade de manejo da condição de saúde à fatores internos e externos.

Frente a isso, torna-se premente a identificação e discussão destes fatores no acompanhamento às pessoas com DM a fim de embasar o cuidado com enfoque na promoção da saúde e aumento da autoeficácia dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Muzy J, Campos MR, Emmerick I, Silva RS, Schramm JM. Prevalence of diabetes mellitus and its complications and characterization of healthcare gaps based on triangulation of studies. *Cad Saude Publica*. 2021;37(5). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00076120>
2. Freitas P da S, Matta SR, Mendes LVP, Luiza VL, Campos MR. Uso de serviços de saúde e de medicamentos por portadores de Hipertensão e Diabetes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2018Jul; 23(7):2383–92. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21602016>.
3. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas . 10th ed.* Brussels: International Diabetes Federation; 2021. [cited 2023 nov 01]. Available from <https://diabetesatlas.org/atlas/tenthedition/>
4. Pender NJ. *Health Promotion Model Manual*. Michigan, United State: University of Michigan; 2011. [Cited 2023 nov 20] Available from: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf.
5. Carvalho F, Akerman M, Cohen S. A dimensão da atenção à saúde na Promoção da Saúde: apontamentos sobre a aproximação com o cuidado . *Saude soc* [Internet]. 2022;31(3):e210529pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210529pt>
6. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN n° 736/2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. [Internet]. 2024 [cited 2023 dez 12]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/#:~:text=6%C2%BA%20Ao%20enfermeiro%2C%20observadas%20as,e%20a%20P%20rescri%C3%A7%C3%A3o%20de%20Enfermagem>.
7. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta paul enferm* [Internet]. 2021;34:eAPE02631. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
8. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE; 2018. [cited 2023 out 10] Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101760>. Acesso: 10/10/2023.
9. Manzini, EJ. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. *Revista Percurso*. 2012; 4(2):149-71. [cited 2023 dez 20]. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Percurso/article/view/49548>
10. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008Jan;24(1):17–27. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2024 jan 14]. 137 p. Disponível em: <http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2020/04/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf?x53725>
12. Cardoso RB, Caldas CP, Brandão MAG, Souza PA de, Santana RF. Healthy aging promotion model referenced in Nola Pender’s theory. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022;75(1):e20200373. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0373>

13. Gonçalves LM, Carvalho J, Vasconcelos EM, Borba AK, Zimmermann R, Costa E. A importância da avaliação do letramento funcional em saúde no idoso: revisão integrativa. *Rev Enferm Atual* [Internet]. 2019;90(28). DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.90-n.28-art.537>
14. Lima JP, Abreu DPG, Bandeira EO, Brum NA, Mello MCVA, Varela VS et al. Health literacy and associated factors in the elderly. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e63964. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.63964>
15. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. [Internet]. 2019[cited Dez 29, 2023]; 12-60. Available from: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>
16. Oliveira ES de, Costa CV de B, Souza SAR de, Carvalho WRG de, Salvador EP. Pensar, gostar e considerar importante a prática de atividade física aumentam as chances de ser ativo no lazer?. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2020;53(4):430-7. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v53i4p430-437>
17. de Jesus SE, Cruz SV. Depressão entre pessoas com diabetes mellitus. *Saúde.com* [Internet]. 2019;15(1). DOI: <https://doi.org/10.22481/rsc.v15i1.4222>
18. Nouwen A, Adriaanse MC, Van Dam K, Iversen MM, Viechtbauer W, Peyrot M, Caramlau I, Kokoszka A, Kanc K, de Groot M, Nefs G, Pouwer F. Longitudinal associations between depression and diabetes complications: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*. 2019; 36(12): 1562–72. DOI: <https://doi.org/10.1111/dme.14054>
19. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate* [Internet]. 2018Sep;42(spe1):208–23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
20. Nguyen VB, Thi KHP, Nguyen TX, Pham NTL, Nguyen VVH, & Van Le C. Diabetes self-management and its associated factors among patients with diabetes in central Vietnam: A cross-sectional study. *PloS one*. 2022; 17(7). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270901>
21. Amorim MMA, Ramos N; Gazzinelli MF. Alimentação na visão das pessoas com Diabetes Mellitus: contributo das representações sociais. *Psychology, Community & Health*. 2018;7(1): 97-108. DOI: <http://dx.doi.org/10.5964/pch.v7i1.197>
22. Affonso MV de G, Pereira CEA, Silva WB da, Silva MVS da. O papel dos Determinantes Sociais da Saúde e da Atenção Primária à Saúde no controle da COVID-19 em Belém, Pará. *Physis*. 2021;31(2):e310207. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310207>
23. Dias JS. Projeto de intervenção para combate ao tabagismo pela Unidade Básica de Saúde do Novo Horizonte - Catru em sua área de abrangência [Monografia - Especialização] [Internet]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2019 [cited 2024 Jan 03]. 43p. Available from: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/31284>
24. Winston AP. Transtornos Alimentares e Diabetes. *Relatórios Atuais sobre Diabetes*. (2020); 20(8). DOI:10.1007/s11892-020-01320-0
25. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion in Nursing Practice* 6th Ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2010.

26. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, Fiore C, Harlow LL, Redding CA, Rosenbloom D. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 1994;13(1):39-46. DOI:10.1037//0278-6133.13.1.39
27. Almeida M, Sousa MRMGC, Loureiro HMAM. Effectiveness of an empowerment-based educational program in self-efficacy perception in patients with diabetes. *Revista de Enfermagem Referência*. 2019; 6(22):33-41. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV19037>
28. Alsous MM, Odeh M, Abdel Jalil M. Effect of an educational intervention on public knowledge, attitudes, and intended practices towards diabetes mellitus: A quasi-experimental study. *Int J Clin Pract* 2020; 74(9):e13565. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijcp.13565>
29. Ribas KH, de Araújo AHIM. A importância do Letramento em Saúde na Atenção Primária: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development* 2021; 10(16):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i16.24063>
30. Marques FRDM, Pires GAR, Santos JLG, Baldissera VDA, Salci MA. The Chronic Care Model and its implications for Specialized Outpatient Care. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(1):e20210315. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0315pt>
31. Abbas A, Younis N. Efficacy of Pender's Health Promotion-based Model on Intervention for Enhancing University of Mosul Hypertensive Employees' Eating Behaviors: A Randomized Controlled Trial. *Bionatura*. 2022;7(3):46. <https://doi.org/10.21931/RB/2022.07.03.46>
32. Molla IB, Berhie MA, Germossa GN. Perceived social supports and associated factors among diabetes mellitus patients. *J Diabetes Metab Disord*. 2022;21: 1651–59. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40200-022-01116-x>
33. Silva SA, Alves SHS. Conhecimento do diabetes tipo 2 e relação com o comportamento de adesão ao tratamento. *Est. Inter. Psicol.*, 2018;9(2):39-57. [cited 03 jan 2024]. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200004&lng=pt&nrm=iso. acessos em 08 fev. 2024.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo apontaram que embora as pessoas com diabetes reconheçam os benefícios e tenham sentimentos positivos em relação a mudança de comportamento, as barreiras ainda são determinantes para que esta ocorra.

O cuidado ofertado na Atenção Primária pela Equipe de Saúde da Família necessita superar desafios relacionados a ênfase no modelo biomédico e avançar para o desenvolvimento de ações de educação em saúde com enfoque no autocuidado e no engajamento do indivíduo com sua condição de saúde. ,

As ações de promoção a saúde precisam estar respaldadas em conhecimentos científicos afim de aumentar a autoeficácia. Assim sugere-se a realização de estudos futuros, com por exemplo, estudos de intervenção baseado em teorias que visem desenvolver o papel ativo da pessoa com Diabetes Mellitus para contribuir com o senso de que ela corresponsável pelo manejo de sua condição de saúde.

Por fim, foi identificado que ao verbalizar sobre os as categorias do Modelo de Nola Pender, principalmente benefícios, sentimentos, alguns participantes ao término das entrevistas perguntavam se haveria acompanhamento para uma mudança comportamental, evidenciando a carência de acompanhamento profissional e demonstrando que o modelo de Promoção da saúde instiga o indivíduo a refletir sobre a mudança de comportamento. s

Destarte, o presente estudo atendeu aos objetivos previamente propostos e trouxe subsídios relacionados à promoção da saúde, reforçando a necessidade do reconhecimento das pessoas com diabetes sobre a relevância da avaliação dos seus comportamentos em saúde e de seu engajamento com as ações de autocuidado. Os resultados apontam desafios à prática profissional do enfermeiro no que concerne a necessidade de mudança no processo de cuidado às pessoas com diabetes o que envolve um atendimento diferenciado com mais tempo para que o profissional possa compreender o indivíduo dentro de seus determinantes e para que através da escuta ativa aumente estabeleça/fortaleça o vínculo.

Dentre as limitações referentes ao presente estudo destacam-se: a eleição por conveniência da UBS, e a não utilização de todas as categorias impostas pelo modelo de Nola Pender em decorrência do tempo de realização da pesquisa. No entanto, os resultados produzidos oferecem subsídios para que o profissional de saúde compreenda a importância de ações de promoção da saúde, servindo como modelo para implementação de plano de mudança comportamental. Através da matriz é possível identificar as categorias que favorecem o planejamento do cuidado às pessoas com diabetes com enfoque na promoção da saúde.

8 REFERÊNCIAS

AKASH, Muhammad Sajid Hamid; REHMAN, Kanwal; JABEEN, Komal; FIAYYAZ, Fareeha; SABIR, Shakila; HAQ, Muhammad Ejaz Ul. Assessment of knowledge, attitude and practice of Pakistani population about the risk factors, causes, complications and management of diabetes mellitus. **Journal Of The Pakistan Medical Association**, [S.L.], p. 1-12, 29 out. 2020. Pakistan Medical Association. <http://dx.doi.org/10.47391/jpma.434>.

ALVES, Eliana Mesquita; SILVA, Francisco Regis da; PINTO, Francisco José Maia; FELICIO, Havi Gomes; CAVALCANTE, Marcelo Barbosa. Qualidade de vida relacionada à saúde e características sociodemográficas de adultos portadores de diabetes. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 4, p. 1-11, 16 mar. 2022. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.23707>.

BARACALDO-CAMPO, Hendrik Adrián; MENESES-PÉREZ, Daniela Alejandra. Proceso de enfermería para la cesación del hábito tabáquico en paciente con EPOC: reporte de caso. **Medunab**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 42-51, 10 maio 2022. Universidad Autonoma de Bucaramanga. <http://dx.doi.org/10.29375/01237047.4062>.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BENOIT, Stephen R.; KAHN, Henry S.; GELLER, Andrew I. *et al.* Diabetes-Related Emergency Medical Service Activations in 23 States, United States 2015. **Prehospital Emergency Care**, [S.L.], v. 22, n. 6, p. 705-712, 12 abr. 2018. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/10903127.2018.1456582>.

BORBA, Anna Karla de Oliveira Tito; ARRUDA, Ilma Kruze Grande; MARQUES, Ana Paula de Oliveira; LEAL, Márcia Carréra Campos; DINIZ, Alcides da Silva. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 125-136, jan. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais Da Saúde**. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília, DF: CNDSS, abr. 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html. Acesso em: 12 jan 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2024 jan 14]. 137 p. Disponível em: <http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2020/04/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf?x53725>

BRASIL. Ministério da Saúde. **AUTOCUIDADO EM SAÚDE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://educare.fiocruz.br/resource/show?id=Dzxjsxly>. Acesso em: 10 dez 2023

BRASIL. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). **Diretrizes**. Rio de Janeiro: SBD; 2019-2020. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br>.

BRASIL. **Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013**. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Disponível em:

https://www.google.de/search?q=cita%C3%A7%C3%B5es+de+lei&sca_esv=580461025&tbm=isch&source=lnms&sa=X&ved=2ahUKEwiDiMSzt7SCAxWHs5UCHV1BB5wQ_AUoAXoECAEQAw&biw=1517&bih=765&dpr=0.9#imgrc=Tm4KL2ubKkkEkM. Acesso: 10/10/2023

BREVIDELLI, Maria Meimei; OLIVEIRA, Adriana Bueno de; RODRIGUES, Gilcelli Vascom Giroto; GAMBÁ, Monica Antar; DOMENICO, Edvane Birello Lopes de. Factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales relacionados con el autocuidado de la diabetes. **Revista Cuidarte**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 1-18, 26 jul. 2021. Universidad de Santander - UDES. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2057>.

BRITO, Cleidiane Maria Sales de; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. Comportamentos promotores de saúde por cuidadores informais de idosos: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 35, p. 1-8, 2022. Acta Paulista de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022ar03783..>

CALDEIRA, Thais. **Variação Temporal Da Coexistência De Comportamento De Risco Para Doenças Crônicas Não Transmissíveis: 2009 A 2019**. 2021. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2021.

DIABETES EDUCATION MANUAL. 2020. Disponível em: EDUCATION MANUAL 2020 <https://mdes.org.my/wp-content/uploads/2020/11/e-MDES-Manual-2020.pdf>. e-ISBN: e-978-967-17936-1-9

EWER, Bettina et al. Effects of Basic Carbohydrate Counting Versus Standard Outpatient Nutrition Education (BCC Study): Study Protocol for a Randomized, Parallel, Open-Label Intervention Study Focusing on HbA1c and Glucose Variability in Patients With Type 2 Diabetes

FERREIRA, Patrícia Chatalov; TESTON, Elen Ferraz; MARQUETE, Verônica Francisqueti; SANTOS, Rubia Mariana de Souza; ROSSI, Robson Marcelo; MARCON, Sonia Silva. Utilização de serviços de urgência e emergência por complicações agudas da hipertensão e/ou diabetes. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1-9, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0003>.

FIGUEIREDO, Bárbara Queiroz de; BRITO, Ana Clara Viana Soares; MIRANDA, Bianca Reis Carvalho *et al.* Complicações crônicas decorrentes do Diabetes mellitus: uma revisão narrativa de literatura. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 14, p. 1-10, 27 out. 2021. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21794>.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008000100003>.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2022.

HABIBZADEH, Hossein *et al.* **The effect of educational intervention based on Pender's health promotion model on quality of life and health promotion in patients with heart failure: an experimental study**. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34610821/#:~:text=Conclusions%3A%20This%20study%20demonstrates%20a,of%20the%20physical%20activity%20dimension..> Acesso: 05/01/2024

IDF. **Diabetes Atlas**. 10th edition. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenthedition/>. Acesso: 13/05/2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms/campo-grande.html>.

KANALEY, Jill A.; COLBERG, Sheri R.; CORCORAN, Matthew H.; MALIN, Steven K.; RODRIGUEZ, Nancy R.; CRESPO, Carlos J.; KIRWAN, John P.; ZIERATH, Juleen R.. Exercise/Physical Activity in Individuals with Type 2 Diabetes: a consensus statement from the american college of sports medicine. **Medicine & Science In Sports & Exercise**, [S.L.], v. 54, n. 2, p. 353-368, fev. 2022. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1249/mss.00000000000002800>.

LIMA, Juliana Piveta de; ABREU, Daiane Porto Gautério; BANDEIRA, Eliel de Oliveira; BRUM, Aline Neutzling; MELLO, Marlise Capa Verde Almeida de; VARELA, Victorya dos Santos; MARTINS, Nidia Farias Fernandes. Letramento funcional em saúde e fatores associados em pessoas idosas. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 24, p. 1-10, 28 nov. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.63964>.

LIMA, Rosane Saraiva de; CAVALCANTE, Jeane Lima; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; CAVALCANTE, Edilma Gomes Rocha; QUIRINO, Glauberto da Silva; REBOUÇAS, Vitória de Cássia Félix. Qualidade de vida de acadêmicos de enfermagem: análise à luz do modelo de pender. **Rev Rene**, [S.L.], v. 21, p. 1-9, 10 fev. 2020. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20202142159>.

LLOYD, C. E.; WILSON, A.; HOLT, R. I. G.; WHICHER, C.; KAR, P.. Language matters: a uk perspective. **Diabetic Medicine**, [S.L.], v. 35, n. 12, p. 1635-1641, 28 nov. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/dme.13801>.

MANZINI, J. E. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percursos**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 149-171, 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/49548-Texto%20do%20artigo-751375172477-1-10-20121220%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/49548-Texto%20do%20artigo-751375172477-1-10-20121220%20(1).pdf)

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Petropolis: **Editora Vozes Ltda**, 2016, 95 p. ISBN: 9788532652027. ^

NECIPOGLU D, Bebiş H, Seviğ Ü. The effect of nursing interventions on immigrant women living in Northern Cyprus on their breastfeeding self-efficacy and success: a randomized controlled trial. *Health Care Women Int.* 2021;42(2):235-247. <https://doi.org/doi:10.1080/07399332.2021.1883023>

NEVES, Clarice da Silva. **Fatores relacionados aos estágios de mudança de comportamento em saúde de adolescentes com diabetes tipo 1.** Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Ceará. 2018. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/39309/1/2018_dis_csneves.pdf.

POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

PENDER, N. J. *The Health Promotion Model Manual*, 2011.

PENDER, N.J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A. **Health Promotion in Nursing Practice.** 6th Ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2010.

PENDER, N.J.; MURDAUGH, C.; PARSONS, M.A. **Health promotion in nursing practice.** 5th edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall Health, Inc., 2006

PENDER, N.LJ; Murdaugh Parson, M,A. **Health promotion in nursing practice.** 7th edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall Health, Inc., 2016

RIBAS, Késsia Hellen; ARAËJO, Andrey Hudson Interaminense Mendes de. A importância do Letramento em Saúde na Atenção Primária: revisão integrativa da literatura. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 16, p. 1-9, 17 dez. 2021. *Research, Society and Development*. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i16.24063>.

RODRIGUES, Karine Souza; SOUSA, André Carvalho de; CARDOSO, Andressa Nogueira; GOMES, Manoelise Linhares Ferreira; AMARAL, Vitória Ferreira do; PINTO, Francisco José Maia; LINARD, Cybelle Façanha Barreto Medeiros. Reconhecendo os principais sinais e sintomas da cetoacidose diabética: uma revisão integrativa. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 12, p. 1-10, 13 set. 2021. *Research, Society and Development*. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20149>..

SARI C, Altay N. **Effects of providing nursing care with web-based program on maternal self-efficacy and infant health.** *Public Health Nurs.* 2020;37(3):380-392. <https://doi.org/doi:10.1111/phn.12712>

SOLLA, Bárbara Silva Verri; SILVA, Suelen Eberhart Ribeiro da; LEMOS, Everton Ferreira; SIMÕES, Edivania Anacleto Pinheiro. Evidências científicas sobre o impacto do conhecimento na atitude e prática para o autocuidado de pacientes diabéticos. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 9, n. 05, p. 14733-14751, 3 maio 2023. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv9n5-016>..

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos; MARZIALE, Maria Helena Palucci; SILVA, Gilberto Tadeu Reis; NASCIMENTO, Paula Lima. Tradução e validação para a língua portuguesa e

avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 34, p. 1-10, 2021. Acta Paulista de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>.

WHO. Ministério da Saúde do Brasil lança Guia de Atividade Física para a População Brasileira, com apoio da OPAS. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/30--6-2021-ministerio-da-saude-do-brasil-lanca-guia-atividade-fisica-parapopulacao#:~:text=A%20OPAS%20e%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,dia%20para%20crian%C3%A7as%20e%20adolescentes>. Acesso em: 06 jul 2023

World Health Organization (WHO). **Health Promotion Glossary Of Terms 2021.** Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>. Acesso:28/09/2023.

ANEXO A – TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

0122/2022



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 - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Mayara Góes dos Santos, inscrito (a) no CPF/MF sob n°.025.075.651-01, portador (a) do documento de Identidade sob n°. 1.549.200 SEJUSP/MS, residente e domiciliado (a) à Rua: Tropeiro, Nº 264, Bairro: Carandá Bosque I, nesta Capital, telefone n°. (67) 99962-7490, pesquisador (a) do Curso de Mestrado em Enfermagem da Instituição – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul com o título do Projeto de Pesquisa: "**Perspectivas de Pessoas com Diabetes Mellitus Sobre Complicações Agudas: Subsídios para a Promoção da Saúde**", orientado (a) pela Professor (a) **Elen Ferraz Teston** inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 00934555931, portador (a) do documento de Identidade sob n°.101064450/PR, residente e domiciliado (a) à Av Rita Vieira de Andrade, Nº. 700, Bairro: Rita Vieira nesta cidade, telefone n°. (43) 99920-7237, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de: Mestrado em Enfermagem , da Instituição – Universidade Federal do 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 SESAU.

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, 07 de Dezembro de 2022.

Mayara Góes dos Santos

Pesquisador (a)

Elen Ferraz Teston

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 CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 5.943.918

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2064671.pdf	22/12/2022 09:14:33		Aceito
Outros	resposta_do_parecer_5826308.pdf	22/12/2022 09:12:23	MAYARA GOES DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_esclarecido.pdf	22/12/2022 09:09:13	MAYARA GOES DOS SANTOS	Aceito
Outros	anuencia_institucional.pdf	22/12/2022 09:06:02	MAYARA GOES DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_perspectivas_de_pessoas_com_diabetes_mellitus_sobre_complicacoes.pdf	12/12/2022 15:56:53	MAYARA GOES DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	12/12/2022 15:52:10	MAYARA GOES DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	12/12/2022 15:51:44	MAYARA GOES DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 14 de Março de 2023

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

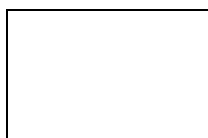
APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Perspectivas de pessoas com Diabetes Mellitus sobre comportamentos de promoção da saúde”, desenvolvida pelos pesquisadores Mayara Góes dos Santos e Ellen Ferraz Teston.

O objetivo central do estudo é “Conhecer a perspectiva de pessoas com diabetes mellitus sobre comportamentos de promoção da saúde”.

O convite para a sua participação se deve à critérios de inclusão e exclusão. Serão incluídos no estudo pessoas com Diabetes Mellitus que tiveram complicações agudas maiores que 18 anos. Por sua vez, serão excluídas aquelas que residirem em asilos; moradores de rua; dependentes de cuidado; pessoas com impossibilidade de comunicação verbal além daquelas que mudaram de cidade ou região de saúde.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não terá prejuízo algum caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto, através de gravação, condição indispensável à participação. A entrevista somente será gravada se houver a sua autorização”.



No caso de participantes analfabetos: Assinatura Dactiloscópica:

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 1 hora, e do questionário aproximadamente 30 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas os pesquisadores.

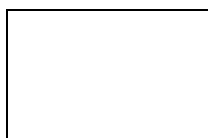
Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, sob guarda e responsabilidade do pesquisador responsável, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS no 466/2012. O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é diretamente, pontuar subsídios para promoção em saúde e indiretamente contribuir com o compromisso do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da agenda de 2030 da Organização das Nações Unidas a qual tem como meta reduzir em um terço da mortalidade prematura por DCNTs através da promoção de saúde e bem-estar.

Durante a entrevista pode acontecer risco de constrangimento; cansaço ou aborrecimento ao responder questionários e o risco de quebra de sigilo, para minimizar o participante pode desistir da entrevista ou pedir para o entrevistador comparecer outro dia.

A sua participação não lhe gerará nenhum custo financeiro, bem como nenhuma vantagem da mesma natureza.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e no formato de dissertação/tese. Este termo é redigido em duas vias, sendo uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador. Em caso de dúvidas quanto à sua participação, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável através do e-mail “mayaragoes2773@gmail.com”, do telefone “(67) 999627490”, ou por meio do endereço Cidade Universitária, s/n Universitário -900, Campo Grande – Estado: Mato Grosso do Sul.

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.



No caso de participantes analfabetos: Assinatura Dactiloscópica:

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

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.

marque esta opção se você concorda que durante sua participação na pesquisa seja realizada audiogravação.

marque esta opção se você não concorda que durante sua participação na pesquisa seja realizada audiogravação.

Nome e assinatura do pesquisador

_____, _____ de _____ de _____ Local
e data

Nome e assinatura do participante da pesquisa

_____, _____ de _____ de _____
Local e data



No caso de participantes analfabetos: Assinatura Dactiloscópica:

APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

UBS

1. IDENTIFICAÇÃO				
1.1 Nº	1.2 IDADE: _____	1.3 DATA ___/___/___		
1.4 ENDEREÇO				
1.6 TELEFONE:				
1.7 SEXO	1 <input type="checkbox"/> MASCULINO 2 <input type="checkbox"/> FEMININO	1.8 DATA DE NASCIMENTO ___/___/___		
2. DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS				
2.1 ESTADO CIVIL?	1 <input type="checkbox"/> Solteiro(a)	3 <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado(a)	5 <input type="checkbox"/> União Estável	
	2 <input type="checkbox"/> Casado(a)	4 <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		
2.2 RAÇA/COR	1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta/Negra 3 <input type="checkbox"/> Parda 4 <input type="checkbox"/> Indígena 5 <input type="checkbox"/> Amarela 6 <input type="checkbox"/> Outra: _____			
2.3 ÚLTIMA SÉRIE QUE ESTUDOU?	1 <input type="checkbox"/> Até a 3ª série	3 <input type="checkbox"/> 8ª série	1 <input type="checkbox"/> Superior Completo	
	2 <input type="checkbox"/> da 4ª a 7ª série	4 <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	2 <input type="checkbox"/> Superior Incompleto	
2.4 Ocupação: _____				
3. CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA EM SALÁRIO MÍNIMO				
Renda Familiar: _____ Quantas pessoas dependem? _____				
4. DADOS CLÍNICOS DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS				
4.1 Tempo de diagnóstico de DM?	_____ ANOS	4.2 tipos de Diabetes	1 <input type="checkbox"/> tipo 1 2 <input type="checkbox"/> tipo 2	Ano de Diagnóstico: _____
4.2 Tratamento para o manejo do DM?	1 <input type="checkbox"/> antidiabético 2 <input type="checkbox"/> insulina 3 <input type="checkbox"/> ambos			

4.3 Assinale os exames de sangue realizados para o manejo do DM, com suas respectivas periodicidade e resultado		
EXAME	DATA DA COLETA	RESULTADO DO ÚLTIMO EXAME
1 <input type="checkbox"/> GLICEMIA DE JEJUM		
1 <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA GLICADA		
1 <input type="checkbox"/> COLESTEROL LDL		
1 <input type="checkbox"/> COLESTEROL HDL		
1 <input type="checkbox"/> TRIGLICERÍDEOS		
	4.4.1 Condição (crônica) ocular devido ao DM	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
	4.4.2 Condição (crônica) renal devido ao DM	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
	4.4.2 Infarto agudo do miocárdio	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
	4.4.4 Acidente Vascular Encefálico	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
	4.4.5 Condição (crônica) Urogenitais (disfunção erétil)	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
	4.4.6 Complicações Cardiovasculares	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
	4.4.7 Complicações Gástricas	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
	4.4.8 Complicações em membros inferiores	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
5. CONDIÇÕES CRÔNICAS CONCOMITANTES		
5.1 Qual dessas condições crônicas você apresenta	1 <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial 2 <input type="checkbox"/> Obesidade 3 <input type="checkbox"/> Tabagismos 4 <input type="checkbox"/> Dislipidemia 5 <input type="checkbox"/> Etilismo	

APÊNDICE C - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA

<p>Você acha que os seus comportamentos influenciam na sua condição de saúde? Fale sobre isso</p> <p>Você já recebeu orientações de como promover (cuidar) a sua saúde? Quais? De quem?</p> <p>O que é Saúde pra você?</p>
COMPORTAMENTO ANTERIOR
<p>Antes de saber que tinha diabetes, como eram seus comportamentos para cuidar da sua saúde?</p> <p>(caso a pessoa não compreenda a pergunta: o que você fazia para se manter saudável e evitar doenças?)</p>
COMPORTAMENTO ESPECÍFICO ATUAL (levando em consideração a sua condição atual de saúde)
<p>O que você considera como comportamentos saudáveis? Fale sobre isso.</p> <p>O que você faz hoje para se manter saudável? Fale sobre isso.</p> <p>Quais os hábitos interferem na sua qualidade de vida?</p> <p>Que dificuldades você pode enfrentar para modificar esses comportamentos?</p> <p>Em uma escala de 0 a 10 quanto você está certo que pode superar essas barreiras e modificar esses comportamentos. Conte-me sobre isso.</p> <p>Quais são as motivações para adotar comportamentos saudáveis na sua vida diária</p> <p>Qual o seu sentimento se você conseguir modificar esses comportamentos?</p> <p>Ao modificar esses comportamentos, você acha que os seus familiares ou amigos próximos vão te encorajar ou desencorajar? Fale sobre isso.</p> <p>Onde ou com quem você pode encontrar condições para melhorar esse comportamento? Fale sobre isso.</p> <p>Quais hábitos interferem na sua qualidade de vida?</p> <p>Alguma vez você já tentou modificar algum hábito de vida ou comportamento? Fale sobre isso (conseguiu? Sim? Não? Por que? O que influenciou?)</p> <p>Você deseja estabelecer metas e desenvolver um plano para mudar comportamentos?</p> <p>Quais comportamentos você deseja modificar? De que forma pretende fazer isso?</p> <p>Tem mais alguma coisa que gostaria de complementar sobre comportamentos?</p>