

Artigo original

Dosso NTR, Peralta LC, Palasson RR, Aratani N, Haddad MCFL, De Sá JS, et al.

Mudança de comportamento de pessoas com diabetes mellitus tipo 2: subsídios para Atenção Primária.

Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250128.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250128.pt>

Mudança de comportamento de pessoas com diabetes mellitus tipo 2: subsídios para Atenção Primária

Behavior change in people with type 2 diabetes mellitus: support for primary care

Cambio de comportamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2: apoyo a la atención primaria

Narjara Tizzo Romeiro Dosso^a <https://orcid.org/0009-0000-6291-7701>

Letícia de Castilho Peralta^a <https://orcid.org/0009-0000-4496-0853>

Rosilene Rocha Palasson^a <https://orcid.org/0000-0003-1474-7503>

Nathan Aratani^a <https://orcid.org/0000-0002-4602-7319>

Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad^b <https://orcid.org/0000-0001-9147-1219>

Jennyfer Soares De Sá^c <https://orcid.org/0000-0002-4552-2983>

Samara Silveira Pereira^a <https://orcid.org/0009-0003-1027-913X>

Elen Ferraz Teston^a <https://orcid.org/0000-0001-6835-0574>

^a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Instituto Integrado de Saúde, Curso de Enfermagem. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^b Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil.

^c Universidade Estadual do Tocantins. Palmas, Tocantins, Brasil

Como citar este artigo:

Dosso NTR, Peralta LC, Palasson RR, Aratani N, Haddad MCFL, De Sá JS, et al. Mudança de comportamento de pessoas com diabetes mellitus tipo 2: subsídios para Atenção Primária. Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250128. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250128.pt>

RESUMO

Objetivo: identificar os estágios de motivação para mudança de comportamento de pessoas com diabetes e as ações de estímulo ao autocuidado realizadas por profissionais.

Método: estudo exploratório qualitativo, realizado em uma Unidade de Saúde da Família de uma capital do centro-oeste brasileiro, à luz dos pressupostos do Modelo Transteórico de Motivação para Mudança de Comportamento. Dentre os 17 participantes, nove eram usuários com diabetes mellitus tipo 2 e oito eram profissionais de saúde. A coleta ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, entre janeiro e maio de 2023, submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática.

Resultados: emergiram duas categorias principais: estágios de motivação para mudança de comportamento na perspectiva de usuários e profissionais; práticas de cuidado e desafios na identificação desses estágios. Os usuários apresentaram diferentes estágios de motivação, conforme o hábito analisado, sem registros de pré-contemplação. Já os profissionais relataram dificuldades para reconhecer os estágios, adotando abordagens generalizadas.

Conclusão: a identificação dos estágios de motivação é essencial para subsidiar intervenções personalizadas na Atenção Primária. A escuta qualificada, a consideração dos fatores psicossociais e a adaptação da educação em saúde conforme a prontidão individual podem favorecer o autocuidado. Reforça-se a necessidade de capacitação das equipes para a utilização de abordagens centradas no usuário.

Descritores: Diabetes mellitus; Modelo transteórico; Cuidado de enfermagem; Autocuidado; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: identify the stages of motivation for behavior change in people with diabetes and the actions taken by professionals to encourage self-care.

Method: This qualitative exploratory study was conducted in a Family Health Unit in a capital city in the Brazilian Midwest, based on the assumptions of the Transtheoretical Model of Motivation for Behavior Change. Of the 17 participants, nine were patients with type 2 diabetes mellitus and eight were healthcare professionals. Data collection took place through individual semi-structured interviews between January and May 2023, subjected to thematic content analysis.

Results: two main categories emerged: stages of motivation for behavior change from the perspective of users and professionals; care practices; and challenges in identifying these stages. Users presented different stages of motivation, depending on the habit analyzed, with no record of pre-contemplation. Professionals, however, reported difficulties in recognizing the stages, adopting generalized approaches.

Conclusion: identifying the stages of motivation is essential to support personalized interventions in Primary Care. Qualified listening, consideration of psychosocial factors, and adapting health education to individual readiness can promote self-care. The need to train teams in the use of user-centered approaches is reinforced.

Descriptors: Diabetes mellitus; Transtheoretical model; Nursing care; Self care; Primary health care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las etapas de motivación para el cambio de conducta en las personas con diabetes y las acciones emprendidas por los profesionales para fomentar el autocuidado.

Método: Este estudio exploratorio cualitativo se realizó en una Unidad de Salud Familiar de una capital del Medio Oeste brasileño, a la luz de los presupuestos del Modelo Transteórico de Motivación para el Cambio de Comportamiento. De los 17 participantes, nueve eran pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y ocho profesionales de la salud. La recopilación de datos se realizó mediante entrevistas individuales semiestructuradas entre enero y mayo de 2023, sujetas a análisis de contenido temático.

Resultados: Se identificaron dos categorías principales: etapas de motivación para el cambio de comportamiento desde la perspectiva de usuarios y profesionales; prácticas de atención; y dificultades para identificar estas etapas. Los usuarios presentaron diferentes etapas de motivación, según el hábito analizado, sin registro de precontemplación. Sin embargo, los profesionales reportaron dificultades para reconocer las etapas, adoptando enfoques generalizados.

Conclusión: Identificar las etapas de la motivación es esencial para apoyar las intervenciones personalizadas en Atención Primaria. La escucha atenta, la consideración de los factores psicosociales y la adaptación de la educación sanitaria a la preparación individual pueden promover el autocuidado. Se refuerza la necesidad de capacitar a los equipos en el uso de enfoques centrados en el usuario.

Descriptores: Diabetes mellitus; Modelo transteórico; Atención de enfermeira; Autocuidado; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma condição crônica caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue e representa um relevante problema de saúde pública mundial, com mais de 589 milhões de casos estimados em 2024. A doença manifesta-se principalmente em dois tipos: o tipo 1, de origem autoimune, mais comum em crianças, adolescentes e adultos jovens; e o tipo 2 (DM2), que corresponde a cerca de 90% dos casos⁽¹⁾.

O DM2 é definido pela resistência do organismo à ação da insulina, o que leva, inicialmente, ao aumento compensatório de sua produção e, posteriormente, à insuficiência na secreção desse hormônio. Apesar de possuir etiologia multifatorial, a adoção de hábitos saudáveis e a modificação do estilo de vida são fatores fundamentais tanto para a prevenção do DM2 quanto para a redução de suas complicações⁽²⁾.

Por tratar-se de uma condição crônica, o engajamento do indivíduo com sua saúde e a realização de ações de autocuidado tornam-se indispensáveis para promoção da saúde e qualidade de vida. Para tanto, o profissional de saúde necessita estimular o empoderamento e a autorresponsabilidade do indivíduo em relação aos seus hábitos de vida e oferecer apoio para autorreflexão em relação aos hábitos e comportamentos adotados⁽³⁾.

No Brasil, dentre as práticas utilizadas no manejo das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde (APS), destacam-se: abordagem em grupo de educação em saúde, telemonitoramento, acolhimento, visita domiciliar, consulta de enfermagem, elaboração de planos de cuidados individuais, estímulo ao autocuidado e utilização de protocolos e linhas guias⁽⁴⁾.

Contudo, a assistência oferecida às pessoas com DM na APS ainda enfrenta desafios relacionados à dificuldade no estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários,

predomínio da abordagem centrada no modelo biomédico, acesso limitado aos serviços, além da escassez de recursos⁽⁵⁻⁶⁾. Nesse contexto, o Modelo Transteórico de Mudança (MTT) oferece subsídios para o profissional de saúde apoiar e estimular o processo de reflexão do indivíduo sobre seus hábitos de vida, bem como a identificação da necessidade de mudança de comportamento. O modelo propõe uma estrutura para compreender a mudança de comportamento, em que identifica as diferentes etapas/estágios pelas quais os indivíduos progridem mediante a necessidade de mudança de um hábito e estilo de vida. Essa identificação possibilita o uso de intervenções personalizadas e aumenta a probabilidade de sucesso no processo de mudança⁽⁷⁻⁸⁾.

De acordo com o MTT, a mudança comportamental se desenvolve em cinco estágios: pré-contemplação (o indivíduo não reconhece a necessidade de mudança), contemplação (o indivíduo reconhece o problema, mas ainda não decidiu agir), preparação (o indivíduo decide mudar e começa a planejar as ações), ação (o indivíduo coloca em prática as mudanças planejadas) e manutenção (consolidar as mudanças e evitar recaídas)⁽⁹⁾.

Ao abordar a necessidade de mudança de comportamento junto às pessoas com DM, é necessário identificar os processos de mudança. Esses são: ampliação da consciência, alívio emocional, autorreavaliação, reavaliação circundante, deliberação social, controle de estímulos, contracondicionamento, autodeliberação, gerenciamento de reforços e relações de ajuda⁽⁸⁾.

No contexto internacional, a utilização do MTT como referencial para o planejamento de ações de cuidado às pessoas com DM tem se mostrado uma ferramenta promissora para auxiliar as pessoas a adotarem comportamentos mais saudáveis e, conseqüentemente, a melhorar sua qualidade de vida⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Frente a isso questiona-se: Qual o estágio de motivação para a mudança de comportamento de pessoas com diabetes cadastradas na APS? As ações de cuidado ofertadas na APS estimulam o autocuidado e a mudança de comportamento?

A fim de responder a esses questionamentos, o presente estudo tem como objetivo identificar os estágios de motivação para mudança de comportamento de pessoas com diabetes e as ações de estímulo ao autocuidado realizadas por profissionais.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa de delineamento exploratório com abordagem qualitativa à luz dos pressupostos do Modelo Transteórico de Mudança (MTT), pelos critérios incluídos no *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). O MTT orientou a elaboração das questões de apoio, a identificação de processos de mudança e a interpretação

das falas, possibilitando um olhar direcionado para os diferentes estágios de prontidão dos participantes.

Foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de uma capital da região centro-oeste brasileira, cujo território compreende uma área de aproximadamente 8.096 km², 897.938 habitantes e 0,784 de Índice de Desenvolvimento Humano (IBGE, 2022). No momento da coleta de dados, a capital era dividida em sete distritos sanitários, os quais eram constituídos por 73 unidades de saúde, sendo 57 Unidades de Saúde da Família (USF), que contavam com 153 equipes e 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde atuavam 54 equipes. A capital apresentava 52% de cobertura da atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família e 73% de cobertura da atuação de equipe multiprofissional.

A USF de realização do presente estudo foi selecionada por conveniência, por constituir campo de estágio da graduação e residência na área da saúde. Esta é constituída por uma equipe de saúde da família e o apoio de uma equipe Multidisciplinar (eMulti), com 3764 pessoas cadastradas, sendo 81 usuários com diagnóstico de diabetes e uma média de 20 atendimentos por dia.

Após o contato com o(a) gerente da Unidade de Saúde da Família (USF) para a apresentação do estudo, foi disponibilizada a lista de usuários com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) cadastrados e acompanhados pela equipe, totalizando 52 indivíduos. Também foi fornecida a relação dos profissionais que compunham a equipe da USF, sendo um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um cirurgião-dentista e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A unidade contava ainda com uma equipe multiprofissional de apoio (eMulti), composta por um nutricionista, um profissional de educação física, um psicólogo, um fonoaudiólogo, um ginecologista e um pediatra.

Foram considerados critérios de inclusão das pessoas com DM: indivíduos adultos com diagnóstico de DM2 há, no mínimo, seis meses. Por sua vez, foram excluídos aqueles que apresentaram comprometimento cognitivo e dificuldade de comunicação, verificados durante a seleção, visto que seria necessário o uso de estratégias alternativas de recursos de comunicação e tecnologia assertiva, as quais não são dominadas pelos pesquisadores. Já o segundo momento do estudo, foi realizado com os profissionais de saúde atuantes na USF com atuação mínima de seis meses.

Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2023. As pessoas com DM2 foram convidadas pessoalmente, durante às visitas domiciliares acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde. Para aqueles que aceitavam, iniciava-se a entrevista, no próprio domicílio, com as questões de caracterização, seguida pela seguinte questão norteadora: “Fale

sobre suas ações de cuidado em relação à diabetes no seu dia a dia”. De forma simultânea, foram convidados pessoalmente, pela pesquisadora principal, os profissionais atuantes na USF. Na ocasião, foi esclarecida a dinâmica e os objetivos do estudo. Mediante o aceite dos profissionais, foi agendada a entrevista em dia e horário mais oportunos em um consultório reservado, no próprio local de trabalho. Para coleta de dados, utilizou-se um instrumento de caracterização, seguido pela questão norteadora: “Fale sobre as ações de estímulo ao autocuidado ofertadas às pessoas com diabetes mellitus”.

A fim de assegurar que o objetivo do estudo fosse alcançado, foram utilizadas questões de apoio que exploraram os estágios de mudança, as práticas de autocuidado e a percepção dos participantes sobre as ações de estímulo ao autocuidado recebidas. Tanto a questão norteadora quanto as de apoio foram discutidas e aprimoradas no grupo de pesquisa responsável pela condução do estudo, o que levou as pesquisadoras a considerarem desnecessária a realização do teste piloto. O documento com as questões de apoio foi disponibilizado através do QRcode apresentado na Figura 1.

Figura 1- QRcode de acesso ao documento das questões de apoio. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2024.



As entrevistas do tipo semiestruturadas individuais foram conduzidas no domicílio junto às pessoas com DM2 e na USF, em sala reservada, junto aos profissionais de saúde, pela pesquisadora principal, enfermeira, mestranda em Saúde da Família, com experiência na realização de entrevistas, em decorrência da participação em estudos desenvolvidos por

integrantes do grupo de pesquisa (ao qual é vinculada), que não tinha qualquer tipo de relação com os participantes.

Foram realizadas 12 visitas domiciliares acompanhadas pelos ACSs, sendo que um indivíduo recusou a participação e dois não foram encontrados no domicílio. Dentre os 15 profissionais, sete recusaram participar devido à indisponibilidade de tempo. A busca por informações foi encerrada quando o objetivo do estudo foi alcançado e as informações coletadas tornaram-se repetitivas, sem novos elementos no discurso dos entrevistados⁽¹²⁾. Estes critérios foram analisados e discutidos entre as duas pesquisadoras principais (mestranda e orientadora), que decidiram de modo consensual.

Todas as entrevistas foram audiogravadas e tiveram duração média de 40 minutos. Posteriormente, foram transcritas na íntegra, manualmente, logo após sua realização, e submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática. As entrevistas transcritas não foram apresentadas aos participantes para validação de seu conteúdo. Contudo, os resultados foram submetidos à apreciação de uma pesquisadora externa ao processo de coleta, garantindo maior confiabilidade e reduzindo vieses interpretativos.

Na pré-análise, o material foi organizado, transcrito e separado. Em seguida, realizou-se uma leitura flutuante para identificar aspectos relevantes ao objetivo do estudo. Na fase de exploração do material foi realizada a codificação dos dados onde foram identificados 28 códigos a partir do reconhecimento de palavras-chave e frases relevantes⁽¹³⁾.

Os códigos foram comparados, agrupados por semelhança temática e posteriormente integrados em núcleos de sentido, de forma a preservar a coerência interna e a heterogeneidade entre categorias. Esse processo foi conduzido de maneira iterativa, com sucessivas leituras e discussões entre pesquisadoras, assegurando consistência e rigor analítico, e o estabelecimento de relações de sentido entre as falas dos participantes e os conceitos do MTT⁽⁷⁾. Assim, por meio da articulação entre os dados empíricos e a teoria, emergiram quatro núcleos de sentido que sintetizaram os significados centrais identificados: 1- Identificando os estágios de mudanças de comportamento. 2 - Uso dos processos cognitivos e comportamentais do modelo transteórico no apoio para mudança e sua manutenção. 3 - Circunstâncias envolvidas na mudança de comportamentos de pessoas com DM2. 4 - Abordagem para mudança de comportamento no contexto da assistência.

Para conferir maior fluidez e clareza nos resultados, foram realizadas adaptações nas falas dos participantes, como correção de vícios de linguagem, padronização da escrita e a eliminação de repetições, contudo, o sentido original foi preservado.

Foram garantidos o sigilo e o anonimato dos participantes. Seus nomes foram substituídos pela letra U de “usuário” seguida do número correspondente à ordem de realização da entrevista. Por sua vez, os profissionais de saúde foram identificados pela abreviação de sua categoria profissional, sendo, ENF = enfermeiro; MED = médico; TE = técnico de enfermagem; ACS = agente comunitário de saúde; ODO = odontólogo; NUT = nutricionista; PEF = profissional de educação física e PSI = Psicólogo, seguido pelo número de realização da entrevista. Ex: ENF1.

O estudo foi desenvolvido conforme as Resoluções nº 466/12, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos e possui apreciação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do qual o estudo está vinculado sob parecer nº 5.826.293, CAAE 65038922.1.0000.0021. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual teor.

RESULTADOS

O estudo contou com 17 participantes, sendo nove pessoas com DM2 e oito profissionais de saúde. No que tange aos usuários do serviço, oito eram mulheres, com idade entre 53 e 72 anos, quatro se declararam brancos, dois pardos e três pretos e a maioria possuía o ensino médio completo. Seis participantes eram casados, dois solteiros e um viúvo. Cinco eram aposentados, com renda familiar entre menos de um salário mínimo e cinco salários mínimos.

Em relação aos hábitos de vida, todos eram sedentários, cinco relataram consumo esporádico de álcool e um era tabagista. O tempo de diagnóstico do DM2 variou de três a 28 anos e apenas um participante utilizava terapia combinada com insulina. Em relação ao tempo decorrido desde a última consulta na USF, constatou-se que seis participantes foram atendidos nos últimos três meses, dois entre seis meses e 1 ano, e um paciente há mais de um ano.

O Quadro 1 descreve os estágios de motivação para a mudança de comportamento em relação aos hábitos referidos pelos participantes, as principais circunstâncias cotidianas envolvidas na mudança ou não de comportamento e os processos de mudança cognitivos e comportamentais aplicados pelos participantes, de acordo com o referencial adotado.

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

Participantes	Estágio de mudança	Hábito Referido	Circunstâncias influentes	Processos de mudança cognitivos e comportamentais referidos
U01 U05 U07 U08	Contemplação	Alimentação saudável	-Dificuldade financeira; -Percepção sobre o sabor dos alimentos saudáveis (considerados insípidos); -Preferências alimentares devido a cultura; -Divergências nas preferências alimentares entre os membros da família; -Rotina de trabalho com horários rígidos.	-Alívio emocional; -Autorreavaliação; -Contracondicionamento; -Controle de estímulos;
U01 U02 U03 U04 U05 U06 U07 U08 U09	Contemplação	Atividade física	-Limitações físicas; -Difícil acesso a locais para realizar atividade física; -Dificuldade financeira; -Afazeres domésticos.	-Deliberação social; -Relações de ajuda; -Alívio emocional.
U08	Contemplação	Tabagismo	-Pouca determinação em iniciar a mudança.	-Reavaliação circundante
U02 U04 U06 U09	Manutenção	Alimentação saudável	-Eventos negativos relacionados ao DM2 em familiares; -Eventos negativos na própria saúde.	-Alívio emocional; -Reavaliação circundante; -Autorreavaliação; -Contracondicionamento; -Relações de ajuda.

Fonte: Dados da pesquisa.

Por sua vez, os profissionais de saúde participantes foram: um enfermeiro, um médico, um agente comunitário de saúde, um odontólogo, um técnico de enfermagem, um nutricionista, um profissional de educação física e um psicólogo. A idade variou entre 30 e 53 anos e todos se autodeclararam brancos. Em relação à escolaridade, cinco concluíram curso de pós-graduação, dois, ensino superior e um, ensino médio completo. O tempo médio de atuação na profissão foi de 13,2 anos e de atuação na USF, de 6,3 anos.

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

Os estágios de motivação para mudança de comportamento na perspectiva dos pacientes e profissionais

As pessoas com DM2 estavam em diferentes estágios de prontidão para mudança de comportamento a depender do hábito avaliado. Por demonstrarem consciência da importância de um estilo de vida saudável para o manejo do DM2, não houve participantes vivenciando o estágio de pré-contemtação.

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

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

No que tange a prática de atividade física, as pessoas com DM2 encontravam-se em estágio de contemtação, pois, embora sedentários, reconheciam a importância desta para o manejo da condição crônica e consideravam iniciar nos próximos seis meses. Dentre as razões apontadas, para permanência no estágio de contemtação em relação à prática de atividade física, destacaram-se as limitações físicas, dificuldades de acesso a locais para se exercitar e pouca disposição.

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

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

Ademais, alguns participantes em contemtação utilizaram o processo cognitivo de deliberação social como estratégia favorável à adesão ao exercício, uma vez que esses indivíduos consideraram os recursos disponíveis na comunidade para esse fim. Também destacaram o uso do processo comportamental de relações de ajuda, com destaque para o incentivo familiar, e o alívio emocional, demonstrado pelo sentimento negativo causado pela experiência de outras pessoas com DM2.

Por sua vez, em relação ao comportamento alimentar, alguns participantes também se encontravam no estágio de contemtação e destacaram a condição socioeconômica, hábitos familiares, cultura alimentar, eventos sociais e rotina de trabalho, como fatores que dificultam a mudança de comportamento.

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

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

Os participantes referiram a utilização de processos cognitivos, como o alívio emocional, demonstrado pelo medo das complicações do DM2 e a autorreavaliação, relacionada à reflexão sobre como hábitos não saudáveis podem impactar na qualidade de vida. Utilizaram também processos comportamentais como contracondicionamento e relações de ajuda. A utilização do processo de reavaliação circundante foi identificada pela maior consciência dos participantes em relação aos efeitos do comportamento em seu entorno.

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

Aqueles em estágio de manutenção para alimentação saudável, referiram a influência de processos cognitivos e comportamentais para persistência e permanência na mudança de hábito. Os participantes também utilizaram processos comportamentais como as relações de ajuda, buscando apoio em familiares para manter hábitos saudáveis, e o contracondicionamento, substituindo alimentos não saudáveis por opções mais saudáveis em situações desafiadoras.

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

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

O estudo revelou que profissionais de saúde, ao atenderem pessoas com DM2, não avaliam a prontidão para mudança. Se observou ainda fragilidades no relacionamento profissional-usuário, como ausência de personalização no cuidado, pouca abertura ao diálogo e comunicação pouco empática.

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

Um dos pacientes assim, que já, que eu considero mais difíceis são os diabéticos, eles são muito revoltados, muito controladores mesmo, sabe, aquelas pessoas assim... são difíceis, de comportamento, são bem resistentes..(PSI3)

Eu acho que é mesmo a questão de mudança de comportamento, de aceitação, de boa vontade do paciente, mas não falta infraestrutura? Então eu penso falta mesmo é a mudança interna de cada um. E não falta a questão da orientação também. Porque embora nós sejamos em quatro agentes, nosso território aqui não é tão grande e é tudo muito perto, então eu penso que é mudança de comportamento mesmo. (ACS4)

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

A educação em saúde, para ampliar a consciência do indivíduo sobre sua condição de saúde e doença e promover melhores hábitos, revelou-se uma prática comum pelos profissionais.

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

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

Os profissionais referiram a lacuna durante o processo de formação em relação à interação com o usuário, a importância das perspectivas psicológicas e sociais e a atuação inter e multiprofissional.

[...] eu acho que preciso melhorar principalmente a parte social, na faculdade a gente tem somente parte clínica, o paciente apenas como indivíduo que precisa ser curado (NUT5).

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

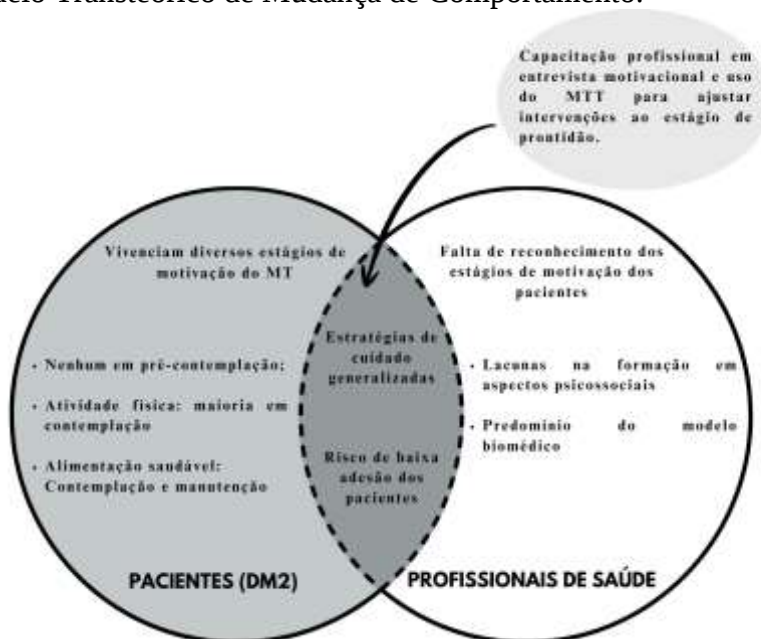
Este resultado foi reiterado pelas pessoas com DM2 que relataram que os profissionais de saúde não abordam questões sobre mudança de comportamento nas consultas ou que as orientações recebidas são genéricas e pouco personalizadas, com maior foco em aspectos clínicos.

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

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

A conformação dos resultados à luz dos pressupostos do Modelo Transteórico de Mudança resultou na Figura 2.

Figura 2- Resultados das entrevistas com os usuários com DM2 e profissionais de saúde conforme o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento.



Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

Os resultados apontaram que as pessoas com DM2 encontravam-se em diferentes estágios de motivação para mudança e que avaliam e reconhecem essas variações, o que resulta em estratégias de cuidado pouco personalizadas, o que pode contribuir para o reduzido engajamento do indivíduo com sua condição de saúde. A identificação dos estágios de comportamento e processos de mudança constitui um elemento potencializador na oferta de subsídios para o profissional de saúde no desenvolvimento de ações de promoção da autonomia e engajamento do indivíduo com sua condição de saúde e autocuidado⁽¹⁴⁾.

Para tanto, o profissional necessita realizar uma avaliação cuidadosa, utilizando de escalas, questionários e entrevista motivacional, além da observação do contexto biopsicossocial de cada indivíduo⁽¹⁵⁾. Todavia, o processo de mudança é desafiador, razão pela qual se acredita que alguns participantes deste estudo estavam em estágios mais avançados para alguns comportamentos e menos para outros. Assim, é fundamental estimular a autonomia e priorizar os comportamentos que geram maior confiança e perspectivas positivas ao usuário⁽¹⁵⁾.

Neste estudo, não havia participantes em pré-contemplação pois, embora não realizassem alguns comportamentos, demonstraram consciência da importância de hábitos

saudáveis. O tempo de diagnóstico e a experiência acumulada com a doença podem favorecer a ampliação da consciência, processo previsto pelo MTT como um dos mecanismos fundamentais para o avanço entre estágios⁽¹⁶⁾.

O conhecimento sobre o DM2 e suas complicações nem sempre é suficiente para garantir a adoção de hábitos saudáveis. Outros fatores, como barreiras pessoais, sociais e acesso limitado aos serviços de saúde também podem influenciar o comportamento dos indivíduos⁽¹⁶⁾. Para que estas pessoas melhorem seus hábitos e a qualidade de vida, a autodeliberação pode constituir um processo essencial, uma vez que envolve fortalecer a confiança em si, controlar impulsos e direcionar o comportamento para metas específicas⁽¹⁷⁾.

A ausência de disposição foi identificada como uma das principais barreiras à prática de atividade física entre pessoas com diabetes, sendo um reflexo de desafios emocionais, psicológicos e sociais. Essa predominância no estágio de contemplação está em consonância com o MTT, no qual o indivíduo reconhece o problema, mas ainda encontra barreiras para agir, necessitando de apoio externo para superar ambivalências e fortalecer a autoeficácia⁽¹⁰⁾. Nos estágios iniciais, o papel do profissional de saúde é oferecer orientações claras e concisas sobre os benefícios e as estratégias para a mudança, além de auxiliar na identificação e superação de barreiras, encorajar a motivação pessoal e autoeficácia⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A identificação de barreiras e facilitadores para mudança de comportamentos são elementos influentes na adoção de comportamentos para aquisição de um estilo de vida saudável⁽¹⁸⁾. Portanto, é essencial considerar as múltiplas dimensões que influenciam a disposição dos indivíduos e desenvolver estratégias integradas que promovam a motivação e a adesão ao autocuidado.

A entrevista motivacional é uma ferramenta que oportuniza o processo de mudança de comportamento e tem se mostrado, especialmente, eficaz nas fases iniciais, pois permite explorar a ambivalência do indivíduo⁽²⁰⁾. Esses achados evidenciam o auxílio das consultas motivacionais aos indivíduos com baixa autocrítica e pouca consciência do problema, para explorar suas próprias motivações internas para a mudança, como acolhimento, apoio e sem julgamentos.

Superar as barreiras para uma alimentação saudável entre pessoas com diabetes exige uma combinação de motivação pessoal, suporte social e uma abordagem multidisciplinar. As intervenções que utilizam análise comportamental para promover hábitos saudáveis, têm a possibilidade de reforçar a autonomia e engajar os indivíduos na adoção de dietas equilibradas. No entanto, a motivação intrínseca, desempenha um papel central, uma vez que

as mudanças alimentares dependem de sua própria determinação, mas apontam que o apoio de familiares e profissionais de saúde é essencial para sustentar esse processo⁽²¹⁾.

Estratégias multidisciplinares, que integram orientação nutricional, suporte emocional e intervenções educacionais, ajudam não apenas a superar barreiras práticas, como a falta de conhecimento ou de recursos, mas também fortalecem a rede de apoio ao redor do paciente, facilitando o comprometimento com mudanças sustentáveis⁽²²⁾.

Nesse contexto, cabe considerar que a implementação de políticas públicas intersetoriais que promovam melhores condições de vida pode influenciar na adesão a hábitos alimentares mais saudáveis. Tais políticas envolvem não apenas o setor saúde, mas também a agricultura, a educação, a assistência social e o planejamento urbano, de modo a ampliar o acesso físico e financeiro a alimentos in natura e minimamente processados, reduzir a disponibilidade de ultraprocessados em ambientes coletivos e incentivar iniciativas comunitárias, como hortas e feiras locais. Ao mitigar barreiras socioeconômicas e ambientais, essas ações estruturais potencializam os efeitos das intervenções realizadas na Atenção Primária no contexto do cuidado e não só na conduta individual⁽²³⁾.

Para potencializar o engajamento do indivíduo com sua saúde e no cuidado com sua condição crônica, a assistência à pessoa com DM2 exige uma abordagem pautada na escuta ativa, com a construção conjunta do plano de cuidados, que considere as individualidades do usuário, além do acompanhamento e apoio da equipe de saúde⁽⁶⁾.

Ademais, as relações interpessoais são fatores determinantes para mudança comportamental⁽²⁴⁾. O estágio de manutenção para alimentação saudável foi destacada pelos participantes como influenciada pelas relações familiares estabelecidas e pelos processos cognitivos e comportamentais. Alguns participantes relataram recaídas durante o processo de mudança de hábitos, com retorno à contemplação. A utilização de processos como contracondicionamento, relações de ajuda e reavaliação circundante evidencia que os participantes mobilizaram recursos previstos pelo MTT para favorecer a mudança. Embora as recaídas sejam esperadas, durante o processo de mudança⁽⁹⁾, a ausência de suporte profissional estruturado na identificação precoce de gatilhos das recaídas e o ajuste das estratégias podem reduzir as chances de sucesso a longo prazo.

Os profissionais participantes do presente estudo não reconhecem as variações dos estágios de prontidão para mudança de comportamento em suas práticas de cuidado às pessoas com condições crônicas, o que corrobora com resultados de outro estudo, que identificou lacunas no conhecimento dos profissionais em relação ao modelo para mudança de comportamento⁽²⁵⁾. O MTT constitui não apenas um modelo explicativo, mas também uma

ferramenta clínica aplicável, capaz de guiar profissionais na escolha de estratégias adequadas a cada estágio. Sua integração às práticas da Atenção Primária, associada a capacitação em entrevista motivacional, pode qualificar o cuidado prestado e ampliar o engajamento dos usuários no autocuidado.

As fragilidades na relação profissional/usuário, as lacunas no acolhimento, a pouca abertura ao diálogo, a comunicação pouco empática e a culpabilização do usuário quanto ao estilo de vida adotado foram elementos constantes na perspectiva dos profissionais participantes do presente estudo quando, abordaram o diabetes e a necessidade de mudança de comportamento. Contudo, a efetividade do cuidado tem como base a relação profissional/usuário e o vínculo estabelecido, elementos que podem estimular a autorreflexão dos pacientes sobre seus comportamentos e estilo de vida e aumentar o envolvimento do paciente na tomada de decisões sobre seus cuidados⁽²⁶⁻²⁷⁾.

As lacunas do processo de formação em relação a prática da comunicação/cuidado centrado no paciente, que estimula a autorreflexão e o engajamento com sua própria saúde, relatadas pelos profissionais e reiteradas pelos pacientes, podem oferecer subsídios para o planejamento de ações de educação permanente. Oportunizar e ampliar o acesso dos profissionais de saúde à ferramentas e conhecimentos para estimular e apoiar mudanças comportamentais de forma eficaz constitui um primeiro passo para favorecer o alcance de resultados mais efetivos no processo de cuidado⁽³⁾.

Destacam-se como limitações deste estudo o tamanho reduzido da amostra de pessoas com diabetes, a realização do estudo em única USF e a ausência de alguns profissionais convidados da equipe, em decorrência da recusa de participação. Com as devidas ressalvas, os resultados do presente estudo oferecem subsídios para o planejamento de intervenções personalizadas no cuidado às pessoas com DM2 na APS; melhoria da formação e educação permanente dos profissionais; o fortalecimento do vínculo profissional-paciente; e formulação de políticas públicas e protocolos assistenciais que incorporem a avaliação dos estágios de motivação como parte da rotina da APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo, interpretados à luz dos pressupostos do Modelo Transteórico de Mudança, evidenciam um descompasso entre os estágios de prontidão dos usuários e as práticas profissionais observadas. Enquanto os usuários se distribuíram entre contemplação e manutenção, utilizando processos cognitivos e comportamentais previstos pelo modelo, os profissionais de saúde não reconheceram tais variações e adotaram estratégias generalistas,

distantes da proposta do MTT. Tal desalinhamento pode comprometer a personalização do cuidado e pode reduzir engajamento do indivíduo com sua condição de saúde e ações de autocuidado. Nesse sentido, investir na capacitação dos profissionais para identificar estágios e mobilizar processos de mudança constitui um passo fundamental para alinhar teoria e prática na Atenção Primária.

Sugere-se a realização de estudos futuros de intervenção que avaliem o impacto da aplicação do Modelo Transteórico nas práticas educativas e de cuidado na Atenção Primária, bem como pesquisas longitudinais que analisem a evolução dos estágios de mudança ao longo do tempo. Investigações em diferentes contextos e com outras condições crônicas, além de estudos sobre a inserção do modelo na formação e educação permanente dos profissionais, podem fortalecer abordagens mais personalizadas e centradas no usuário.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas [Internet]. 11. ed. Brussels: IDF; 2025 [cited 2025 May 15] Available from: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
2. Silva-Tinoco R, Catillo-Martinez L, Pérez-Galván A, Torre-Saldana V, Guzmán-Olvera E, Hinojosa-Segura C, et al. Exploring prediabetes remission in public primary care in Mexico: a cascade analysis. Clin Med. 2025;25(3):100310. <https://doi.org/10.1016/j.clinme.2025.100310>
3. Roberti J, Mazzoni A, Guglielmino M, Falaschi A, Mazzaresi Y, Elorrio EG. Recommendations for trengthening primary healthcare delivery models for chronic disease management in Mendoza: a RAND/UCLA modified Delphi panel. BMJ Open. 2025;15: e098074. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-098074>
4. Draeger VM, Andrade SR, Meirelles BHS, Cechinel-Peiter C. Práticas do enfermeiro no monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. Esc Anna Nery. 2022;26:1–9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0353pt>
5. Muzy J, Campos MR, Emmerick I, Silva RS, Schramm JMA. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. Cad Saúde Pública. 2021;37(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00076120>
6. Palasson RR, Paz EPA, Marinho GL, Pinto LFS, Teston EF, Gomes MA, et al. Qualidade da assistência à saúde na Atenção Primária: perspectiva de pessoas com diabetes mellitus. Rev Bras Enferm. 2023;76(5):1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0008pt>
7. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychother Theory Res Pract. 1982;19(3):276–88. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
8. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390–5. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.3.390>

9. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992;47(9):1102–14.
<https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
10. Hidrus A, Kueh YC, Norsa'adah B, Kim Y, Chang YK, Kuan G. Structural equation model of psychological constructs of transtheoretical model, motives for physical activity, and amount of physical activity among people with type 2 diabetes mellitus in Malaysia. *PLoS One.* 2022;17(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266104>
11. Zhang B, Kalampakorn S, Powwattana A, Sillabutra J, Liu G. A Transtheoretical Model-Based Online Intervention to Improve Medication Adherence for Chinese Adults Newly Diagnosed With Type 2 Diabetes: A Mixed-Method Study. *Journal of Primary Care & Community Health.* 2024;15. <https://doi.org/10.1177/21501319241263657>
12. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensus e controvérsias. *Rev Pesqui Qual [Internet].* 2017 [cited 2024 Sep 14];5(7):1–12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* São Paulo; Edições 70; 2016.
14. Gutiérrez-Higuera T, Ochoa-Ávalos M, Ceballos-Gurrola O, Zamarripa J. Effect of an online program based on the transtheoretical model to promote physical activity and healthy eating habits in adolescents. *J Educ Health Prom.* 2025;14(1):172.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_948_24
15. Spielmann M, Krolo-Wicovsky F, Tiede A, Krause K, Baumann S, Siewert-Markus U, et al. Patient motivation and preferences in changing co-occurring health risk behaviors in general hospital patients. *Patient Educ Couns.* 2023;114:e107841.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107841>
16. Vera DD, Garrido MEL, Troncoso CB. El modelo transteórico y la teoría del automanejo individual y familiar como paradigma para comprender el cambio de comportamiento y el automanejo en personas con enfermedades crónicas. *Rhe[Internet].* 2023 [cited 2024 Dec 26]. Available from:
<https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/67726>
17. Hennessy S, D'Angelo S, McIntyre N, Koomar S, Kreimeia A, Cao L, et al. Technology use for teacher professional development in low- and middle-income countries: A systematic review. *Comput Educ Open.* 2022;3:100080.
<https://doi.org/10.1016/j.caeo.2022.100080>
18. Espinosa JNS, Malagón MYR, Granados SPL, Clavijo OSA, Herrera MCG, Díaz-Heredia LP. Barriers and facilitators that influence on adopting healthy lifestyles in people with cardiovascular disease. *Invest Educ Enferm.* 2021;39(3).
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e04>
19. Leyva F, Guerrero E, Arcila D, Serralde A, Flores A, García M, et al. Association between stages of change regarding weight reduction in patients with cardiovascular risk factors: a randomized controlled trial. *Rev Chil Nutr.* 2021;48(3):381–8.
<https://doi.org/10.4067/s0717-75182021000300381>
20. Rodriguez VJ, Abbamonte JM, Alcaide ML, Yanes NLR, de la Rosa A, Sued O, et al. Motivational interviewing training for hiv care physicians in Argentina: uptake and sustainability of an effective behavior change intervention. *ADIS Behav.* 2021;25(6):1675-87. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03083-x>

21. Kang J, Me RC, Kamarudin KM. A healthy lifestyle persuasive design model based on behavioral analysis. *Learn Motiv.* 2024;87:102021. <https://doi.org/10.1016/j.lmot.2024.102021>
22. Lönnberg L, Damberg M, Revenäs Å. "It's up to me": the experience of patients at high risk of cardiovascular disease of lifestyle change. *Scand J Prim Health Care.* 2020;38(3):340-351. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1794414>
23. Larson MA Compelling health promoting primary care clinic using a settings-based approach: a demonstration project. *Am J Lifestyle Med.* 2024;19(4):639-51. <https://doi.org/10.1177/15598276241303728>
24. Hernández IR. Estrategia comunitaria para desarrollar estilos de vida saludables en adultos mayores. *Rev Haban Cienc Méd [Internet].* 2022 [cited 2025 Jun 06];21(3). Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180473698012>
25. Moreira MRS, Damasceno ANC, Melo SRS, Oliveira VAO. Conhecimento sobre o manejo da obesidade na atenção primária à saúde. *Cad ESP.* 2022;16(2):47–54. <https://doi.org/10.54620/cadesp.v16i2.780>
26. Chatterjee S, Davies MJ, Heller S, Speight J, Snoek FJ, Khunti K. Diabetes structured self-management education programmes: a narrative review and current innovations. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018;6(2):130–42. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(17\)30239-5](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(17)30239-5)
27. Greenhalgh J, Gooding K, Gibbons E, Dalkin S, Wright J, Valderas J, et al. How do patient reported outcome measures (PROMs) support clinician-patient communication and patient care? a realist synthesis. *J Patient Rep Outcomes.* 2018;2:42. <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0061-6>

Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

Agradecimentos

Este trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES)- Código de Financiamento 001.

Contribuição de autoria

Administração de projeto: Narjara Tizzo Romeiro Dosso, Elen Ferraz Teston.

Análise formal: Narjara Tizzo Romeiro Dosso, Elen Ferraz Teston.

Aquisição de financiamento:

Conceituação: Narjara Tizzo Romeiro Dosso, Elen Ferraz Teston.

Curadoria de dados: Elen Ferraz Teston.

Escrita - rascunho original: Narjara Tizzo Romeiro Dosso, Letícia de Castilho Peralta, Rosilene Rocha Palasson, Nathan Aratani, Maria do Carmo Lourenço Haddad, Jennyfer Soares de Sá, Samara Silveira Pereira.

Escrita - revisão e edição: Letícia de Castilho Peralta.

Investigação: Narjara Tizzo Romeiro Dosso.

Metodologia: Narjara Tizzo Romeiro Dosso, Elen Ferraz Teston.

Recursos: Narjara Tizzo Romeiro Dosso.

Supervisão: Elen Ferraz Teston.

Validação: Elen Ferraz Teston.

Visualização: Letícia de Castilho Peralta, Rosilene Rocha Palasson, Nathan Aratani, Maria do Carmo Lourenço Haddad, Jennyfer Soares de Sá, Samara Silveira Pereira.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente

Narjara Tizzo Romeiro Dosso
narjaratizzo@gmail.com

Recebido: 08.06.2025

Aprovado: 15.10.2025

Editor associado:

Carlise Rigon Dalla Nora

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira