

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO
NÍVEL MESTRADO

TIAGO ASSUNÇÃO DOS SANTOS FARIAS

**PERCEPÇÕES SOBRE BARREIRAS E FACILITADORES PARA ADESÃO DE
HÁBITOS SAUDÁVEIS POR AMAZÔNIDAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**

MANAUS – AM

2024

TIAGO ASSUNÇÃO DOS SANTOS FARIAS

**PERCEPÇÕES SOBRE BARREIRAS E FACILITADORES PARA ADESÃO DE
HÁBITOS SAUDÁVEIS POR AMAZÔNIDAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade Federal do Amazonas – PPGCIMH/UFAM, como requisito para obtenção do título de mestre em Ciências do Movimento Humano

Linha de pesquisa: Avaliação e recuperação funcional

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Brosina de Leon

Coorientadora: Profa. Dra. Thalyta Mariany Rêgo
Lopes Ueno

MANAUS – AM

2024

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

F224p Farias, Tiago Assunção dos Santos
 Percepções sobre barreiras e facilitadores para adesão de
 hábitos saudáveis por amazônidas com Diabetes Mellitus Tipo 2 /
 Tiago Assunção dos Santos Farias . 2024
 126 f.: il. color; 31 cm.

 Orientadora: Elisa Brosina de Leon
 Coorientadora: Thalyta Mariany Rêgo Lopes Ueno
 Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) -
 Universidade Federal do Amazonas.

 1. Doenças não transmissíveis. 2. Estilo de vida saudável. 3.
 Cooperação e adesão ao Tratamento. 4. Atenção Primária à
 Saúde. 5. Pesquisa qualitativa. I. Leon, Elisa Brosina de. II.
 Universidade Federal do Amazonas III. Título

TIAGO ASSUNÇÃO DOS SANTOS FARIAS

**PERCEPÇÕES SOBRE BARREIRAS E FACILITADORES PARA ADEÇÃO DE
HÁBITOS SAUDÁVEIS POR AMAZÔNIDAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade Federal do Amazonas – PPGCIMH/UFAM, como requisito para obtenção do título de mestre em Ciências do Movimento Humano. Linha de pesquisa: Avaliação e recuperação funcional

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado em 30 de outubro de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Elisa Brosina de Leon – Presidente/Orientadora
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Darlisom Sousa Ferreira – Membro Titular Externo
Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas

Profa. Dra. Roseanne Gomes Autran – Membro Titular Interno
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas

Aos meus pais, por sempre estarem comigo, afinal sem eles eu não estaria realizando esse sonho. Ao Raphael, que sempre me encorajou e me deu forças para continuar. Aos meus amigos, em especial a Jacqueline (*in memorian*) que estiveram comigo desde o pensar em fazer parte deste programa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, eu agradeço a Deus pelas bênçãos que recebi ao longo dessa jornada. Sou grato pelas pessoas que tens colocado em minha vida, que me ajudaram a crescer e a superar obstáculos. Cada experiência me ensinou algo valioso e me aproximou de quem sou hoje. Peço que continue me guiando e me fortalecendo, para que eu possa usar essas lições para fazer o bem e ajudar os outros. Obrigado por sua presença constante e pelo seu amor incondicional.

Aos meus pais José Admilson e Iolanda Farias, por toda ajuda, cuidado, apoio, paciência, compreensão e por sempre acreditarem em mim. Pela educação que recebi, pois foi meu alicerce para conseguir chegar aonde eu cheguei, enfrentando todas as dificuldades possíveis. Sem vocês ao meu lado, eu não conseguiria. Isso é para vocês e por vocês!

Ao, meu grande companheiro de vida Raphael, por sempre estar ao meu lado, me incentivando a nunca desistir em meio às dificuldades. Eu agradeço por estar comigo em todas as fases dessa caminhada. Somente você e Deus sabem as angústias que eu passei durante todo esse processo, o seu companheirismo e amor fizeram eu ter um gás a mais para seguir esse percurso até a “linha de chegada” desta etapa.

Às minhas irmãs mosqueteiras (elas entendem) Natália, Yandra e Iasmin, que entraram no mestrado na hora certa para somar. Vocês tornaram esse processo menos turbulento e muito mais leve. Agradeço por estarem ao meu lado em todas as etapas e por estenderem a mão nos momentos mais difíceis. Mesmo que a distância física nos separe após a conclusão deste processo, nunca quero perder o contato. Vocês estarão sempre guardadas no meu coração!

Aos meus amigos e colegas, que estiveram ao meu lado nessa caminhada, por toda ajuda, grupos de estudo, descontrações, por tudo. Em especial eu gostaria de agradecer à Jorciane, Emely, Dennys e meu xará Thiago, cada um de vocês tornou essa jornada mais especial e significativa. Os dias estudando juntos, as trocas de ideias e até mesmo os momentos de descontração foram fundamentais para que eu me sentisse apoiado e motivado.

Às minhas queridas amigas Jacqueline Gomes (*in memoriam*) e Delzielle Nantes. Jacqueline, seu amor e apoio em vida foram fundamentais para meu ingresso no mestrado, e as celebrações que tivemos juntos em cada conquista serão sempre lembradas, guardo você eternamente em

meu coração e gostaria muito que estivesse presente fisicamente neste dia. Delzielle, agradeço por todo o seu apoio incondicional e por ter comemorado cada passo ao meu lado. Vocês duas foram pilares essenciais nessa jornada, e sou eternamente grato por tudo.

À minha orientadora, Profa. Elisa, minha sincera gratidão por todo o apoio e orientação que você me ofereceu ao longo do meu mestrado. Sua dedicação, paciência e expertise foram fundamentais para o meu crescimento acadêmico e pessoal. Agradeço especialmente pelas nossas conversas, onde você sempre me desafiou a pensar de maneira crítica e a buscar a excelência em meu trabalho. Sua capacidade de guiar e inspirar foi um farol em momentos desafiadores, e sou eternamente grato por isso. Saiba que levo comigo todos os ensinamentos que você compartilhou e espero que possamos continuar em contato. Você fez uma diferença imensa na minha vida e na minha carreira.

À minha coorientadora, Profa. Thalyta Ueno, gostaria de dedicar esse espaço para agradecer sinceramente por tudo o que fez por mim durante minha jornada no mestrado. Sua paciência, compreensão e apoio foram fundamentais, especialmente nos momentos em que me senti sozinho. A parceria que construímos foi além da orientação acadêmica; se transformou em uma amizade valiosa que eu realmente prezo. Sou grato por cada conversa, cada risada e por todos os conselhos que me ajudaram a crescer, tanto como pesquisador quanto como pessoa. Espero que possamos continuar nutrindo essa amizade maravilhosa, mesmo após essa etapa.

Aos meus professores, pela dedicação, paciência e pelo incentivo constante que recebi em cada aula. As discussões e os desafios propostos foram essenciais para o meu crescimento acadêmico e pessoal. Aprendi não apenas sobre o conteúdo das disciplinas, mas também sobre a importância da perseverança e da curiosidade.

Ao grupo de pesquisa do SAPPa Iranduba, por cada troca de ideias, por todos os momentos de aprendizado e pelo apoio incondicional em cada desafio que enfrentamos juntos. Vocês não apenas contribuíram para o meu desenvolvimento acadêmico, mas também se tornaram amigos que levarei para sempre. Trabalhar ao lado de um grupo tão talentoso e dedicado foi uma experiência enriquecedora e inspiradora.

À Secretaria Municipal de Saúde de Iranduba, pela oportunidade de realizar o estudo no município. O apoio e a colaboração de toda a equipe foram fundamentais para o

desenvolvimento da pesquisa, e sou grato pela confiança depositada em nosso trabalho. O acesso às informações e recursos disponibilizados não apenas enriqueceu a pesquisa, mas também contribuiu para um entendimento mais profundo sobre as necessidades da comunidade.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) pelo financiamento que tornou possível a realização deste estudo em Iranduba. O apoio da FAPEAM foi essencial para o desenvolvimento da pesquisa, permitindo-me acessar recursos e oportunidades que contribuíram significativamente para a qualidade do trabalho.

A todos que diretamente ou indiretamente fizeram parte disto, o meu muito obrigado!

*“A fé é o combustível da vida e somente a
gratidão nos permite olhar o caminho e
contemplar a beleza daquilo que já
alcançamos.”*

Arlete Mendes

RESUMO

Introdução: A prevalência crescente de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) representa um desafio global, especialmente em regiões como a Amazônia, onde o acesso à saúde e as particularidades socioculturais influenciam diretamente o comportamento de saúde. A qualidade de vida das pessoas que convivem com DM2 é uma preocupação crescente, tanto em relação às suas vivências pessoais quanto às necessidades essenciais do dia a dia. Assim, compreender os elementos que dificultam a adesão a hábitos saudáveis torna-se crucial para a construção de estratégias mais eficazes, capazes de melhorar tanto o bem-estar quanto os resultados de saúde desses indivíduos. **Objetivo:** Analisar as percepções de usuários com DM2 e Agentes Comunitários de Saúde sobre barreiras e facilitadores que influenciam na adesão de hábitos saudáveis em pessoas com DM2 residentes no Amazonas. **Procedimentos metodológicos:** Trata-se de um estudo qualitativo com interface participativa e está inserido em um projeto matricial intitulado “Intervenção liderada por agentes comunitários de saúde para manejo de diabetes tipo 2 no interior do Amazonas”. Este estudo foi realizado em duas etapas e participaram Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e usuários com DM2: a primeira etapa foi a utilização da técnica grupal do World Café com ACS e usuários com DM2 e a segunda etapa foi a realização das entrevistas semiestruturadas com usuários com DM2 que não participaram da etapa anterior. O conteúdo das sessões de World Café e das entrevistas semiestruturadas foram transcritos na íntegra e processados com auxílio do software Atlas.ti24 e analisados mediante a Análise de Redes Temáticas. Para esta dissertação, foram considerados apenas dois grandes temas oriundos dos dados da pesquisa: hábitos alimentares e atividade física. **Resultados:** O estudo realizou-se com 17 ACS e 47 usuários com DM2, onde os relatos deles geraram temas básicos e foram organizados em fatores intrapessoais, interpessoais ambientais. Para os achados de hábitos alimentares saudáveis foi produzido o manuscrito “Barreiras e facilitadores para adesão a hábitos alimentares saudáveis em pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)” onde através relatos dos participantes foi possível compreender que as principais barreiras foram a dificuldade financeira, falta de apoio familiar e a falta de profissionais capacitados e qualificados e os principais facilitadores foram a conscientização sobre alimentação saudável, condições financeiras adequadas e o apoio familiar. Para os achados de atividade física foi produzido o manuscrito “Barreiras e facilitadores para adesão à prática de atividade física em pessoas com diabetes tipo 2” onde as falas significativa dos participantes expuseram que as principais barreiras foram limitações físicas, falta de motivação, dificuldades financeiras, falta de conhecimento, falta de profissionais capacitados e qualificados, distância dos locais de AF, já os principais facilitadores foram a presença de um local adequado na abrangência da UBS, orientações profissionais, presença de profissionais capacitados e qualificados, motivação pessoal, apoio familiar e condições financeiras adequadas. **Conclusão:** Ficou claro e evidente que os fatores intrapessoais influenciam significativamente tanto como barreiras quanto como facilitadores na adesão a hábitos alimentares saudáveis e na prática regular de atividade física dos usuários com DM2 atendidos pela atenção primária no contexto amazônico.

Palavras-chave: Doenças não transmissíveis. Estilo de vida saudável. Cooperação e adesão ao Tratamento. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa qualitativa

ABSTRACT

Introduction: The growing prevalence of Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) represents a global challenge, especially in regions like the Amazon, where access to healthcare and sociocultural particularities directly influence health behaviors. The quality of life of individuals living with T2DM is an increasing concern, both regarding their personal experiences and the essential daily needs. Thus, understanding the elements that hinder adherence to healthy habits becomes crucial for developing more effective strategies capable of improving both the well-being and health outcomes of these individuals.

Objective: To analyze the perceptions of T2DM users and Community Health Agents regarding barriers and facilitators that influence adherence to healthy habits among T2DM patients residing in Amazonas.

Methodological Procedures: This is a qualitative study with a participatory interface and is part of a matrix project entitled “Community Health Agent-led intervention for the management of Type 2 diabetes in the interior of Amazonas.” This study was conducted in two stages, involving Community Health Agents (CHAs) and T2DM users: the first stage utilized the World Café group technique with CHAs and T2DM users, and the second stage involved semi-structured interviews with T2DM users who did not participate in the previous stage. The content from the World Café sessions and the semi-structured interviews was fully transcribed and processed using Atlas.ti²⁴ software and analyzed through Thematic Network Analysis. For this dissertation, only two main themes derived from the research data were considered: dietary habits and physical activity.

Results: The study involved 17 CHAs and 47 T2DM users, whose reports generated basic themes organized into intrapersonal, interpersonal, and environmental factors. For the findings on healthy dietary habits, the manuscript “Barriers and facilitators to adherence to healthy eating habits in people with Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM)” was produced. Through the participants' accounts, it was possible to understand that the main barriers were financial difficulties, lack of family support, and the absence of qualified professionals, while the main facilitators were awareness of healthy eating, adequate financial conditions, and family support. For the findings on physical activity, the manuscript “Barriers and facilitators to adherence to physical activity in people with Type 2 diabetes” was produced, where the significant statements from participants revealed that the main barriers were physical limitations, lack of motivation, financial difficulties, lack of knowledge, lack of qualified professionals, and distance from physical activity locations. In contrast, the main facilitators were the presence of an appropriate location within the coverage area of the Basic Health Unit (UBS), professional guidance, the presence of qualified professionals, personal motivation, family support, and adequate financial conditions.

Conclusion: It was clear and evident that intrapersonal factors significantly influence both barriers and facilitators in adhering to healthy eating habits and regular physical activity among T2DM users attended by primary care in the Amazon context.

Keywords: Noncommunicable diseases. Healthy Lifestyle. Treatment adherence and compliance. Primary health care. Qualitative research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AF	Atividade Física
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética de Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
DANT	Doenças e agravos não transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
eMulti	Equipes Multiprofissionais
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FEFF-UFAM	Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas
HbA1c	Hemoglobina Glicada
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
NASF-AB	Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Básica
NT	Nota técnica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SES-AM	Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOTG	Teste de Tolerância Oral à Glicose
UBS	Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização do município de Iranduba/AM na região metropolitana de Manaus. 44

ARTIGO 1

Figura 2. Caracterização dos participantes da pesquisa 62

Figura 3. Estruturação da rede temática do “Prosa e Café” 63

ARTIGO 2

Figura 4. Caracterização dos participantes da pesquisa 78

Figura 5. Estruturação da rede temática do “Prosa e Café” 78

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 – Critérios laboratoriais para diagnóstico de DM2 e Pré-DM	29
Quadro 1 – Princípio 1: Estabelecimento do contexto	48
Quadro 2 – Princípio 2: Criando um espaço acolhedor	49
Quadro 3 – Princípio 3: Explorar questões significativas	50
Quadro 4 – Princípio 4: Estimular a participação de todos.....	50
Quadro 5 – Princípio 5: Promover a polinização cruzada	51
Quadro 6 – Princípio 6: Escutar juntos e aprofundamento de questões.....	51
Quadro 7 – Princípio 7: Compartilhamento de ideias.....	52

SUMÁRIO

MEMORIAL PROFISSIONAL ACADÊMICO	16
1. INTRODUÇÃO	20
2. JUSTIFICATIVA.....	25
3. OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GERAL	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
4. REFERENCIAL TEÓRICO	28
4.1 DIMENSÃO CLÍNICA	28
4.1.1 Da epidemiologia à complicações do Diabetes Mellitus	28
4.2 DIMENSÃO PSICOSSOCIAL	29
4.2.1 Convivendo com o Diabetes Mellitus tipo 2	29
4.2.2 Trilhas para adesão de hábitos saudáveis no diabetes mellitus tipo 2	31
4.3 DIMENSÃO EDUCATIVA	32
4.3.1 Promoção da saúde articulada à educação	32
4.3.2 Educação em saúde e o DM2.....	33
4.4 DIMENSÃO DE GESTÃO DE CUIDADOS E DE SERVIÇOS DE SAÚDE	34
4.4.1 Estrutura da APS para o DM2	34
4.4.2 Coordenação e continuidade do cuidado.....	38
4.5 DIMENSÃO SOCIOCULTURAL E AMBIENTAL	39
4.5.1 Aspectos logísticos, geográficos e acesso aos serviços de saúde da região amazônica 40	
4.5.2 Aspectos culturais e crenças dos povos amazônicos em relação a saúde	41
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	43
5.2 CONTEXTO DA PESQUISA	43
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	44
5.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	45
5.4.1 Sessão de <i>World Café</i>	45
5.4.2 Entrevistas semiestruturadas	46
5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	46
5.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETAS DE DADOS	47
5.7 ANÁLISE DE DADOS.....	53
5.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	55
5.8.1 Riscos	56
5.8.2 Benefícios.....	57

6. RESULTADOS.....	58
ARTIGO 1	58
ARTIGO 2	72
CONCLUSÃO	88
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS.....	113
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	115
APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ DE MAIOR CAPAZ.....	117
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO USUÁRIOS	118
APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	120
APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO USUÁRIOS – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	122
ANEXO A – PARECER CEP UFAM.....	124
ANEXO B – ANUÊNCIA SECRETARIA DE SAÚDE DE IRANDUBA	125
ANEXO C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO – ARTIGO 1	126

MEMORIAL PROFISSIONAL ACADÊMICO

Desde cedo, sempre sonhei em ser um profissional da saúde, embora a fisioterapia não fosse minha primeira escolha. Aos 17 anos, deixei minha cidade natal, Parintins-AM, para cursar Fisioterapia na Universidade Nilton Lins, com uma bolsa integral do Programa Universidade para Todos (Prouni). Essa mudança marcou o início de uma jornada repleta de desafios e descobertas.

Durante a graduação, enfrentei as dificuldades típicas de um jovem imaturo em um novo ambiente. Meu desejo de me envolver no meio científico era forte, mas a estrutura da faculdade não oferecia Programas de Iniciação Científica ou monitorias. A única experiência mais próxima que tive foi através do Projeto de Extensão “Inserção do Fisioterapeuta no ambiente hospitalar”, realizado na Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD). Esse projeto foi fundamental para meu primeiro contato com pacientes e me proporcionou um aprendizado significativo. Concluí a graduação em 2019, mas sempre aspirei a um passo maior em minha trajetória acadêmica.

No período de 2019 até o primeiro trimestre de 2022, trabalhei com homecare, atendendo tanto empresas terceirizadas quanto pacientes particulares. Meu foco era apenas um: juntar dinheiro para comprar minhas coisas e finalmente poder dizer que tal coisa é minha. Durante a graduação, minha vida era uma constante mudança, “perambulando” de casa em casa de parentes, deixando muitas coisas de lado em prol de um objetivo que parecia cada vez mais próximo.

Em várias ocasiões, pensei em voltar para a casa dos meus pais, onde o conforto e a segurança me esperavam. Contudo, percebi que precisava crescer e enfrentar a realidade, que é repleta de obstáculos e desafios. Cada experiência, cada dificuldade, servia para meu amadurecimento e para me ensinar lições valiosas sobre a vida. Essas vivências me mostraram que o caminho pode ser árduo, mas também é repleto de oportunidades de crescimento e autoconhecimento.

Em 2021, quando o Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano abriu sua primeira turma de mestrado, senti que ainda não estava preparado para o processo seletivo. Contudo, em 2022, decidi “tomar coragem” e optei por concorrer à vaga com a Profa. Elisa, uma decisão que se mostrou uma das mais felizes. Fui acolhido de forma calorosa e hoje me vejo prestes a finalizar essa etapa tão importante.

A minha inserção no Programa foi marcada por um crescente amadurecimento pessoal e pela aquisição de conhecimentos significativos. O contato com a Atenção Primária aconteceu

a partir do momento que comecei a fazer parte do Estudo da Saúde na Atenção Primária da População Amazônica (SAPPA), coordenado pela Profa. Elisa, passei a ter um aprofundamento considerável nas práticas de atenção primária, especialmente no manejo de indivíduos com diabetes tipo 2 (DM2). Inicialmente, a primeira proposta de pesquisa envolvia analisar a frequência de sarcopenia em indivíduos com diabetes, já existia um banco de dados de coletas já realizadas em 10 municípios. A convite da Profa. Elisa, fui realizar as coletas nos municípios de Barreirinha e Parintins para integrar os resultados com os outros municípios.

No início de 2023, realizei as coletas em Barreirinha, um município onde não conhecia ninguém. Essa experiência foi extremamente enriquecedora; entrevistei 36 usuários com DM2, além de gestores e profissionais de saúde, como agentes comunitários de saúde (ACS), dentistas e enfermeiros. Durante as entrevistas, percebi a importância de ouvir os usuários, que muitas vezes se sentem negligenciados. A conexão que estabeleci com eles foi marcante, e notei como um simples espaço para escuta pode fazer diferença na vida dessas pessoas.

Descobri iniciativas como o projeto “Sai da Rede”, que mobiliza usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e DM2 para prática de atividades físicas em espaços comunitários. Essa experiência me fez desenvolver um carinho especial por Barreirinha, cidade que agora ocupa um lugar no meu coração. Embora tenha sido um trabalho exaustivo, a vontade de retornar um dia à cidade é grande.

Após isso, iniciei as coletas em Parintins e, acreditem, enfrentei ainda mais desafios do que em Barreirinha. Já inicio dizendo que não consegui atingir o “N” desejado para este município. Em Parintins, senti algumas resistências por parte da gestão das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Mesmo com esses obstáculos, consegui realizar 36 entrevistas com os usuários, o que, apesar das dificuldades, me trouxe uma sensação de realização.

Ao retornar a Manaus, soube que uma nova etapa do SAPPA estava prestes a iniciar, com apenas alguns ajustes finais antes de sua implementação. Continuei, então, analisando os dados sobre sarcopenia gradualmente. A nova fase foi carinhosamente chamada de SAPPA Iranduba, em referência à cidade onde o estudo se realizaria.

A proposta desse novo estudo era completamente diferente do anterior; enquanto a primeira etapa foi um estudo transversal, esta nova fase surgia com uma proposta de intervenção, repleta de ramificações que se desdobravam em diferentes linhas de pesquisa. Foi nesse contexto que meu estudo de dissertação se encaixou. Com meu engajamento no SAPPA Iranduba, a Profa. Elisa sugeriu que eu trocasse de tema de pesquisa e me aprofundasse na pesquisa qualitativa.

Dentro desse projeto, fiquei encarregado de realizar a sensibilização dos ACS, junto com a Profa. Elisa e a Profa. Thalyta, que mais tarde se tornou minha co-orientadora. A interação inicial com os ACS foi bastante curiosa. Nunca havia conduzido uma sensibilização desse tipo antes, confesso que o processo gerou certa incredulidade, com várias mensagens chegando no WhatsApp, questionando a natureza do estudo e se era algum tipo de golpe. Contudo, tudo ocorreu de maneira tranquila.

Com o início desse processo, veio a realização da minha pesquisa, cujo foco agora passou a ser "Barreiras e facilitadores para a adesão de hábitos saudáveis em pessoas com diabetes tipo 2". Esse foi um momento verdadeiramente maravilhoso e prazeroso para mim. Durante as coletas, embora nervoso e um pouco ansioso, sentia uma boa sensação interior, uma convicção de que estava trilhando o caminho certo e que, independentemente dos empecilhos, deveria persistir até o fim.

O diabetes sempre esteve presente em minha família, afetando meus avós maternos e paternos, quatro tias e, recentemente, meu pai, diagnosticado como pré-diabético. Nenhum deles teve ou possui hábitos saudáveis de vida. Meu pai, com quem mantenho mais contato, passou a maior parte da vida saindo de casa às 5:40 e retornando às 18:30 de segunda a sexta-feira e às vezes aos sábados. Ele nunca teve tempo ou vontade para praticar atividades físicas e estava sempre cansado, algo que eu compreendia. Além disso, ele sempre manteve hábitos alimentares inadequados e nunca aceitou conselhos sobre isso. Com o diagnóstico recente de câncer de próstata, meu pai precisou mudar muitos aspectos de sua vida, incluindo sua alimentação. Embora sua nova dieta não seja perfeita, é, sem dúvida, um passo na direção certa.

Durante as sessões de World Café, especialmente nas discussões sobre barreiras, ficou evidente que os relatos dos participantes eram semelhantes às experiências que meu pai e minha avó compartilhavam. Entretanto, os facilitadores também trouxeram à tona aspectos positivos. Um dos pontos que me chamou atenção foi a adesão medicamentosa, na qual os usuários destacaram a associação da medicação com chás caseiros. Foi nesse espaço que descobri que chás de plantas como insulina planta, amora e pata de vaca poderiam ser benéficos para o controle do diabetes.

Essas descobertas não apenas enriqueceram minha pesquisa, mas também trouxeram à tona a interconexão entre experiência pessoal e acadêmica. A compreensão das barreiras e facilitadores enfrentados por indivíduos com DM2 se tornou uma reflexão sobre minha própria história familiar, reforçando a importância de uma abordagem holística e sensível às necessidades dos usuários na promoção de hábitos saudáveis.

Findado esta etapa de barreiras e facilitadores, vieram outras pesquisas do SAPPa Iranduba e eu permaneci inserido em todas elas. Auxiliei coletas, fiz conexões importantes com os profissionais, criei boas relações com todos. Foi um período extremamente exaustivo, especialmente quando as coletas de pesquisa precisavam ser realizadas sob o sol escaldante desse verão amazônico, que a cada ano se torna mais intenso, além das fumaças que frequentemente nos incomodam.

Hoje, posso perceber o quão maduro me tornei durante esses dois anos de mestrado. Um dos meus sonhos se realizou: o sonho de participar de pesquisas e grupos de estudo. Sempre desejei vivenciar essa experiência, e, ao contrário do que pensei em algum momento, não precisei iniciar uma nova graduação, pois fui agraciado ao ingressar no mestrado.

Outro ponto importante desse percurso foi a descoberta de um lado docente que não conhecia, mas que sempre esteve guardado em mim. Durante meu estágio docente, percebi o quanto eu realmente queria aquilo. Senti uma satisfação imensa em estar ali na frente, vivenciando o outro lado da moeda, como costumo dizer. E, claro, ser professor não é fácil; exige muita dedicação, paciência e carinho pela educação.

Nesse processo de dois anos, vivi experiências incríveis: escrevi e apresentei resumos, viajei para participar do meu primeiro congresso, escrevi artigos científicos, orientei trabalhos acadêmicos, participei de bancas de defesa de trabalho de conclusão de curso, integrei grupos de estudo, realizei treinamentos, coordenei coletas, conheci pessoas incríveis e formei laços de amizade. Cada uma dessas vivências está marcada em mim de maneira indelével. Posso estar sendo um pouco empolgado, mas nunca havia vivido algo tão enriquecedor, e isso me deixa extremamente feliz, pois sei que fui capaz de realizar tudo isso.

Finalizo este memorial com um profundo sentimento de gratidão por todos os momentos incríveis que vivi, momentos que não caberiam em palavras. Esta é uma parte de mim e da minha trajetória, e agora estou prestes a defender e conquistar o título de mestre em Ciências do Movimento Humano, algo que jamais imaginei ser possível um dia.

1. INTRODUÇÃO

A concepção de saúde e o modo como cada pessoa enfrenta a doença são moldados por meio das experiências pessoais, que, por sua vez, estão relacionadas às crenças e valores formados ao longo da vida. Nessa perspectiva, a educação é um dos pontos fundamentais no tratamento do Diabetes Mellitus (DM), sendo também necessária a motivação do indivíduo para adquirir novos conhecimentos e desenvolver habilidades que promovam mudanças de hábitos (Corgozinho *et al.*, 2020; Costa; Costa, 2017).

Esse cenário se torna ainda mais relevante ao considerar as doenças e agravos não transmissíveis (DANT), que são altamente prevalentes na atualidade e causam um impacto significativo na saúde global. O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), em particular, segue essa tendência, com sua incidência aumentando a cada ano e configurando-se como um crescente problema de saúde pública (Skoglund *et al.*, 2022).

O Brasil está entre os cinco países com maior índice de registros de DM, tendo sido diagnosticados, até 2020, mais de 16,8 milhões de casos (Simão *et al.*, 2021). Segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas (SES-AM), existem mais de 185 mil casos registrado no estado, sendo que 61,72% são de pessoas residentes na capital (ALEAM, 2023).

Para mais, o Amazonas é considerado o segundo estado com a maior média de deslocamento para tratamento de saúde de média a alta complexidade. O grau de instrução nos interiores, em geral, é baixo, o que influencia diretamente os conhecimentos sobre cuidados com a saúde e a busca por auxílio especializado, impactando assim na qualidade de vida do indivíduo (Dolzane; Schweickardt, 2020; Gonçalves; Domingos, 2019).

O DM é definido como uma síndrome metabólica caracterizada pelo aumento exacerbado de glicose no sangue, ocasionado pela falta ou ineficiência da insulina (Sanz-Cánovas *et al.*, 2022). Dados mostram que DM2 é a forma mais comum, apresentando como principais sintomas a poliúria, polidipsia, fadiga, perda de peso inexplicável (Harreiter; Roden, 2023; Silva *et al.*, 2015).

Embora o DM2 possa ser diagnosticado em qualquer idade, a sua prevalência é aumentada após os 40 anos. O aumento da expectativa de vida, o histórico na família, a urbanização, industrialização, sedentarismo, obesidade e adicional de ingestão calórica são importantes fatores de risco para DM2 (Chung; Moon; Chang, 2021; Mesinovic *et al.*, 2019).

Ao longo da última década, o padrão de tratamento do diabetes mudou de uma abordagem predominantemente centrada na glicose para uma abordagem dirigida centrada nas complicações. A multidisciplinaridade no manejo do diabetes é fundamental para fornecer um

cuidado abrangente e personalizado, considerando todos os aspectos da doença (Chen *et al.*, 2017; Galindo *et al.*, 2023; Mendes, Guilherme *et al.*, 2017).

A colaboração entre profissionais de diferentes áreas permite um tratamento mais eficaz e uma melhor qualidade de vida para os pacientes com diabetes. A combinação adequada de medicamentos, alimentação saudável, atividade física (AF) regular e monitoramento da glicemia é essencial para o controle da doença e a prevenção de complicações a longo prazo. (Cai; Islam, 2023; Galindo *et al.*, 2023; Kelepouris *et al.*, 2023).

Nesse sentindo, a relação entre hábitos de vida saudáveis e diabetes tem sido amplamente estudada pela comunidade científica. Estudos indicam que a adesão de uma alimentação balanceada, rica em fibras e pobre em gorduras saturadas, associada à prática regular de exercícios físicos, pode reduzir o risco de desenvolver DM2 (Cartagena; Tort-Nasarre; Arnaldo, 2021; Mendes, Guilherme *et al.*, 2017; Mohamed Nor *et al.*, 2019; Skoglund *et al.*, 2022). Para mais, a manutenção de um peso corporal adequado, o controle do estresse e a qualidade do sono também são fatores importantes na prevenção e no manejo dessa doença crônica (Costa *et al.*, 2011).

De acordo com Costa e Costa (2017), o conhecimento dos pacientes sobre a doença é outro fator que exerce grande influência no tratamento do DM. Um bom entendimento da condição possibilita o desenvolvimento de habilidades em relação à maneira de realizar o autocuidado que, por sua vez, estimulam e motivam o paciente a se cuidar.

A adesão de hábitos saudáveis tem se mostrado uma estratégia eficaz na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Outrossim, a crescente prevalência de DANT tem gerado preocupação global, e a busca por soluções que possam melhorar a qualidade de vida tem se intensificado (Patel *et al.*, 2017; Subramaniam *et al.*, 2022).

No entanto, para adesão de hábitos saudáveis existem algumas barreiras, a saber: falta de tempo, estresse, falta de motivação, falta de conhecimento, influências sociais negativas e acesso limitado a recursos saudáveis. A vida agitada muitas vezes resulta em falta de tempo para a prática regular de exercícios ou preparação de refeições saudáveis. O estresse também pode levar ao descuido com a saúde. A falta de motivação e conhecimento pode dificultar a adesão de novos hábitos. Além disso, pressões sociais negativas podem influenciar negativamente as escolhas alimentares e o estilo de vida (Borges *et al.*, 2023; Yarmohammadi *et al.*, 2019).

Ainda em relação a essas barreiras, percebe-se que a falta de conhecimento sobre os benefícios dos medicamentos é um fator importante para a não adesão em usuários com DM. Muitas vezes, os pacientes não compreendem completamente como os medicamentos

funcionam e como eles podem ajudar a controlar a doença. Por outro lado, ter uma rede de apoio social encorajadora, como amigos ou familiares que compartilham dos mesmos objetivos, pode fornecer motivação e suporte emocional, contribuindo para maiores chances em adesão a hábitos saudáveis. (Boas; Foss-Freitas; Pace, 2014; Cartagena; Tort-Nasarre; Arnaldo, 2021).

Assim, sabe-se que a adesão de hábitos saudáveis não é uma tarefa fácil. É comum que os indivíduos encontrem dificuldades ao tentar modificar comportamentos arraigados. Estratégias eficazes, como estabelecimento de metas realistas, o automonitoramento e o suporte social, podem ser implementadas para facilitar essa transição. Portanto, compreender os fatores que influenciam a falta de adesão em usuários com diabetes é fundamental para desenvolver estratégias eficazes de intervenção e melhorar os resultados clínicos nessa população (Deslippe *et al.*, 2023; Kelly *et al.*, 2016; Mohamed Nor *et al.*, 2019; Spiteri *et al.*, 2019).

A preocupação com a qualidade de vida de usuários com DM é algo muito presente na atualidade, tanto nos aspectos subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal), quanto às necessidades básicas mais objetivas da vida. À medida que o Sistema Único de Saúde (SUS) se aprimora e os estudos sobre prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis avançam, observa-se um aumento na idade média e na qualidade de vida (Izzo *et al.*, 2021; Rocha *et al.*, 2022).

Ao identificar as barreiras específicas enfrentadas pelos usuários com DM, é possível desenvolver estratégias personalizadas para superá-las. Uma abordagem integrada e colaborativa é fundamental para combater o DM no Amazonas. É necessário o envolvimento não apenas do sistema de saúde, mas também de governantes, instituições acadêmicas, organizações não governamentais e da própria comunidade.

Campanhas de prevenção, promoção da saúde e ações que incentivem a prática regular de AF e uma alimentação saudável são essenciais para reduzir os índices de diabetes no estado e melhorar a qualidade de vida da população amazonense (Dolzane; Schweickardt, 2020; Fernandez *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2017).

O estilo de vida moderno, com alimentação inadequada e sedentarismo, contribui para o aumento dos casos de DM no estado. Portanto, é fundamental investir em programas de prevenção e promoção da saúde, além de promover hábitos saudáveis e garantir acesso a tratamentos adequados para combater essa doença crônica (Subramaniam *et al.*, 2022).

Adotar hábitos saudáveis pode ser um desafio, mas entender as barreiras e os facilitadores pode ajudar a superar obstáculos e alcançar uma vida mais saudável. É importante lembrar que cada pessoa enfrenta desafios e circunstâncias únicas. Identificar as barreiras pessoais e encontrar estratégias individuais é essencial para superá-las. Buscar o apoio de um

profissional de saúde, pode ser benéfico para receber orientação individualizada e personalizada (Borges *et al.*, 2023; Tonosaki *et al.*, 2018b).

Portanto, seguir hábitos saudáveis é especialmente importante para os usuários com DM2, pois um estilo de vida saudável desempenha um papel fundamental no manejo da doença e na prevenção de complicações. No entanto, muitos usuários com diabetes enfrentam desafios significativos na adesão e na manutenção desses hábitos saudáveis (Boas; Foss-Freitas; Pace, 2014; Skoglund *et al.*, 2022)

Diante disso, definiu-se como problemática o estudo: Quais as percepções sobre barreiras e facilitadores para adesão a hábitos de vida saudável em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2?

O presente estudo utiliza a abordagem centrada na pessoa (ACP) baseado no Modelo de Carl Rogers. Essa abordagem utiliza métodos não diretivos, mas empáticos, com o objetivo de empoderar e motivar o indivíduo ao longo do seu processo terapêutico, valorizando a sua experiência através da escuta ativa (Araújo; Freire, 2014; Borja-Santos, 2004; Leon *et al.*, 2024).

Para isso, este estudo teve como população-alvo os usuários com DM2 do município de Iranduba/AM. Para aprofundar as respostas, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também foram convidados a compartilhar seus conhecimentos sobre as rotinas dos usuários que assistem. É importante destacar que os ACS mantêm um contato próximo e contínuo com os usuários, o que lhes proporciona um entendimento profundo das dificuldades e experiências vivenciadas por eles. Esse aspecto é de grande relevância para a nossa pesquisa.

A metodologia adotada por essa pesquisa é a abordagem qualitativa com interface qualitativa. Conforme Teixeira (2019), a abordagem participativa promove a produção compartilhada do conhecimento, considerando os participantes do estudo, que convivem com a doença, como coadjuvantes no processo de investigação. Foi realizada em duas etapas utilizando a técnica do *World Café* com os usuários e ACS na primeira etapa e a realização de entrevistas semiestruturada com os usuários na segunda etapa.

A presente dissertação está vinculada a um projeto matricial denominado "Intervenção liderada por agentes comunitários de saúde para manejo de Diabetes tipo 2 no interior do Amazonas". Este projeto tem como finalidade principal observar se uma capacitação oferecida aos ACS sobre o manejo do diabetes influencia o autocuidado de indivíduos com DM2. Para isso, o estudo contou com várias etapas. Primeiramente, buscou-se identificar as barreiras e facilitadores para a adesão de hábitos saudáveis entre as pessoas com DM2, a fim de compreender as experiências dos indivíduos do município de Iranduba. Em seguida, foi

realizado o mapeamento dos locais de AF e de alimentação disponíveis no município, considerando as reclamações dos usuários sobre a distância desses locais. Outra etapa importante foi a avaliação dos usuários com DM2, realizada antes e depois da capacitação, utilizando instrumentos específicos para medir mudanças de comportamento. Por fim, a capacitação dos ACS foi desenvolvida com base nas informações coletadas nas etapas anteriores. Este estudo foi de extrema importância, pois adotou uma abordagem centrada no indivíduo, visando promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com DM2 e fortalecer a atuação dos ACS na comunidade.

2. JUSTIFICATIVA

O diabetes é uma doença crônica que requer cuidados contínuos e a adesão de um estilo de vida saudável, que inclui uma alimentação balanceada, prática regular de AF, autocuidado e uso adequado de medicações. No entanto, muitos usuários com diabetes encontram dificuldades em incorporar esses hábitos saudáveis em sua rotina diária.

É nesse contexto que o estudo das barreiras e facilitadores para a adesão desses hábitos se torna de extrema importância. As barreiras podem ser entendidas como obstáculos ou desafios que dificultam a adesão a um estilo de vida saudável, enquanto os facilitadores são fatores que promovem e auxiliam nessa adesão.

Ao identificar as barreiras específicas enfrentadas pelos usuários com diabetes, é possível desenvolver estratégias personalizadas para superá-las. Uma abordagem integrada e colaborativa é fundamental para combater o diabetes no Amazonas. É fundamental contar com o envolvimento não apenas do sistema de saúde, mas também de governantes, instituições acadêmicas, organizações não governamentais e da comunidade em geral.

Campanhas de prevenção, promoção da saúde e ações que incentivem a prática regular de AF e uma alimentação saudável são essenciais para reduzir os índices de diabetes no estado e melhorar a qualidade de vida da população amazonense (Dolzane; Schweickardt, 2020; Fernandez *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2017).

O estilo de vida moderno, caracterizado por uma alimentação inadequada e sedentarismo, contribui para o aumento dos casos de diabetes no estado. É essencial investir em programas de prevenção e promoção da saúde, além de incentivar hábitos saudáveis e garantir o acesso a tratamentos adequados para combater essa doença crônica (Subramaniam *et al.*, 2022).

Adotar hábitos saudáveis pode ser um desafio, mas compreender as barreiras e os facilitadores pode ajudar a superar obstáculos e alcançar uma vida mais saudável. É importante lembrar que cada pessoa enfrenta desafios e circunstâncias únicas. Identificar as barreiras pessoais e encontrar estratégias individuais é fundamental para superá-las. Buscar o apoio de um profissional de saúde pode ser benéfico para obter orientação personalizada (Borges *et al.*, 2023; Tonosaki *et al.*, 2018a).

Seguir hábitos saudáveis é especialmente importante para os usuários com DM2, pois um estilo de vida saudável desempenha um papel fundamental no manejo da doença e na prevenção de complicações. No entanto, muitos usuários com diabetes enfrentam desafios

significativos na adesão e na manutenção desses hábitos saudáveis (Boas; Foss-Freitas; Pace, 2014; Skoglund *et al.*, 2022).

Barreiras como falta de tempo, falta de motivação, influências sociais negativas e acesso limitado a recursos saudáveis podem dificultar a adesão. Por outro lado, facilitadores como o apoio social, o conhecimento sobre o manejo da doença e o acesso a recursos adequados podem promover a adesão aos hábitos saudáveis (Tonosaki *et al.*, 2018a). Compreender esses aspectos é essencial para ajudar os usuários com diabetes a alcançarem uma melhor qualidade de vida e prevenir complicações decorrentes da doença (Cartagena; Tort-Nasarre; Arnaldo, 2021; Gimenes; Zanetti; Haas, 2008; Mohamed Nor *et al.*, 2019; Skoglund *et al.*, 2022; Vicente *et al.*, 2018).

Irاندuba foi escolhido como o município para este estudo devido à sua localização estratégica, sendo o mais próximo de Manaus, a capital do estado. Essa proximidade facilita o acesso e a logística para a realização de intervenções e acompanhamento dos participantes, uma vez que é possível chegar a Irاندuba por estrada, o que não é comum para muitos outros municípios da região. Essa facilidade de acesso é crucial para garantir a continuidade das atividades e a interação regular com a comunidade local, assegurando que as intervenções sejam bem-sucedidas.

Este estudo é inédito e relevante, pois foi realizado em um município do interior do estado do Amazonas, que, embora pouco destacado, é marcado pela crença, diversidade cultural, culinária e tradições alimentares únicas, além dos desafios logísticos e climáticos enfrentados por essa população, os quais podem impactar a adesão de hábitos saudáveis.

Portanto, explorar o tema das barreiras e facilitadores para a adesão de hábitos saudáveis em usuários com DM2 e identificar esses fatores é primordial para promover um melhor controle da doença. Assim, este estudo foi realizado com o objetivo de preencher essa lacuna e contribuir para uma compreensão mais profunda da situação específica dessa população, além de fornecer concepções importantes que podem ser aplicadas a outras comunidades com características semelhantes (Mohamed Nor *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2016; Souza; Ferreira; Freitas, 2022).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções de usuários com DM2 e Agentes Comunitários de Saúde sobre barreiras e facilitadores que influenciam na adesão de hábitos saudáveis em pessoas com DM2 residentes no Amazonas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender as percepções vivenciadas por usuários com DM2 sobre barreiras e facilitadores que influenciam na adesão do tratamento medicamentoso, da atividade física e dos hábitos alimentares saudáveis;
- Desvelar as percepções vivenciadas por agentes comunitários de saúde (ACS) sobre barreiras e facilitadores que influenciam na adesão medicamentosa, atividade física e hábitos alimentares saudáveis em usuários com DM2.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Para o embasamento conceitual deste estudo, optou-se pela divisão didática em cinco partes, a saber: dimensão clínica, dimensão psicossocial, dimensão educativa e dimensão de gestão de cuidados e dos serviços de saúde, dimensão cultural e ambiental.

4.1 DIMENSÃO CLÍNICA

4.1.1 Da epidemiologia à complicações do Diabetes Mellitus

O DM é uma das DANT que possuem maior frequência no mundo, sendo a quarta principal causa de morte (Bertonhi; Dias, 2018). O Brasil está entre os cinco países com maior índice de registros, sendo diagnosticados, até 2020, mais de 16,8 milhões de casos (Simão *et al.*, 2021). Segundo dados da SES-AM, existem mais de 185 mil casos registrados no estado, dos quais 61,72% são de pessoas residentes na capital (ALEAM, 2023).

O DM é qualificado por um estado de hiperglicemia crônica associado a alterações no metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas, o que favorece a um déficit de secreção de insulina e resistência de insulina, cujas situações estão envolvidas na degradação muscular e declínio na qualidade de vida do indivíduo com DM (Sanz-Cánovas *et al.*, 2022). Dados mostram que o DM2 é a forma mais comum, estando entre os 85 e 90% dos casos. Acomete em grande maioria pessoas acima de 40 anos e os fatores de risco, além da idade, incluem predisposição genética, maus hábitos alimentares, obesidade e sedentarismo (Silva *et al.*, 2015).

Em relação à sintomatologia, é possível identificar que os indivíduos com DM2 são comumente assintomáticos ou oligossintomáticos na fase inicial, o que dificulta o diagnóstico precoce. Nos indivíduos que apresentam sintomas, é possível observar características como poliúria, polidipsia, polifagia, formigamento e perda de peso não intencional (Harreiter; Roden, 2023; Santos *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2015).

Em 1997, foi proposto que os critérios diagnósticos fossem fundamentados principalmente na medida da glicose em jejum. De acordo com isso, três critérios foram estabelecidos para diagnóstico de DM, a saber: a glicemia plasmática de jejum, o teste de tolerância oral à glicose (TOTG) e a hemoglobina glicada (HbA1c). É necessário que dois destes exames apresentem alterações para que seja confirmado o diagnóstico de DM2 (ADA, 1997; Cobas *et al.*, 2023; Gross, 2002).

A seguir, apresenta-se uma tabela representativa sobre os valores de referência em cada exame, considerando as classificações Pré-diabetes e DM2 (Cobas *et al.*, 2023).

Tabela 1 – Critérios laboratoriais para diagnóstico de DM2 e Pré-DM

Critérios	Normal	Pré-DM	DM2
Glicemia de jejum (mg/dl)	< 100	100 a < 126	≥ 126
Glicemia ao acaso (mg/dl)	-	-	≥ 200
Glicemia duas horas após TOTG (mg/dl)	< 140	140 a < 200	≥ 200
HbA1c (%)	< 5,7	5,7 a < 6,5	≥ 6,5

Fonte: (Cobas *et al.*, 2023)

Quando não tratada corretamente, a doença pode evoluir para formas mais graves e apresentar diversas complicações. Pode evidenciar-se as doenças cardiovasculares, doenças diabéticas oculares, nefropatia diabética, neuropatia diabética e em casos mais graves fragilidade óssea (Eller-Vainicher *et al.*, 2020; Khan *et al.*, 2019; Santos *et al.*, 2023).

A taxa de hospitalização devido às complicações do DM tem crescido constantemente, e isso gera uma grande carga sobre os sistemas de saúde, especialmente no Brasil, que já enfrenta um sistema de saúde pública sobrecarregado (Florêncio *et al.*, 2021). Grande parte dos gastos com o tratamento de DANT no SUS, que é um sistema de saúde universal e gratuito, se concentra nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, assim como na dispensação de medicamentos para o controle dessas doenças. De 2010 a 2016, os gastos do SUS atribuíveis ao DM quase dobraram, passando de US\$ 1,4 milhão para US\$ 2,6 milhões (Bertoldi *et al.*, 2013; Nilson *et al.*, 2020).

4.2 DIMENSÃO PSICOSSOCIAL

4.2.1 Convivendo com o Diabetes Mellitus tipo 2

A experiência de adoecer do indivíduo com DM depende, em parte, do que se entende por saúde, e esses significados nem sempre são semelhantes para profissionais e pacientes nos serviços de saúde. Os indivíduos com DM possuem representações e práticas populares de saúde que muitas vezes são trocadas entre si na convivência do dia a dia. É comum a equipe de saúde ignore esses saberes populares, considerando o conhecimento técnico-científico como único válido e correto (Lara; Paiva, 2012; Péres *et al.*, 2008).

O estudo de Dias *et al.* (2017) elucida que a falta de interesse em participar de educação em saúde, assim como fatores socioeconômicos e culturais, constituem barreiras que dificultam a prática do autocuidado. Esses fatores estão diretamente relacionados aos aspectos pessoais e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde. O baixo grau de escolaridade pode restringir o acesso às informações, devido às dificuldades de habilidades de leitura, de escrita, de compreensão e até mesmo da fala. Assim, esses fatores dificultam o tratamento da doença e a adesão ao cuidado, gerando possibilidades de resultados insatisfatórios no tratamento.

As atitudes para o autocuidado são reações emocionais que podem interferir na condição de saúde, tanto de forma positiva como negativa. Por exemplo, a tristeza, a raiva e o medo levam a um estado de humor que interfere nas práticas de autocuidado, resultando em inatividade física, à perda de interesse pelo controle alimentar e à diminuição da adesão aos medicamentos (Nunes *et al.*, 2021).

Além disso, há de se considerar que o DM é uma doença que exige do indivíduo um comportamento especial de autocuidado para que a glicemia seja mantida o mais próximo do desejável (Almino; Queiroz; Jorge, 2009). Reconhece-se também que o DM, independentemente da faixa etária e da etiologia, causa um impacto negativo que compromete a qualidade de vida do indivíduo (Francisco *et al.*, 2010; Zulian *et al.*, 2013).

As dificuldades para incorporar alterações nos hábitos de vida podem desencadear repercussões biopsicossociais que se manifestam diariamente na vida do indivíduo com DM (Brevidelli *et al.*, 2021; Ong; Chua; Ng, 2014). O estudo de Vargas *et al.* (2015) destacou em sua pesquisa que os principais obstáculos para a prática do autocuidado incluem avanço da idade, nível de escolaridade, renda mensal baixa e falta de apoio familiar. Os autores ainda enfatizam que fatores emocionais como pensamentos angustiantes, dor, desânimo e frustração perante o tratamento contribuem para o baixo interesse no autocuidado.

Concomitante a isso, a espiritualidade também é um fator psicossocial a ser observado, pois a espiritualidade está fortemente ligada a qualidade de vida. De acordo com Vilhena *et al.* (2014):

A espiritualidade é definida de várias maneiras e pode variar de acordo com diferentes religiões. Esta reflete uma dimensão psicossocial única em torno do qual os indivíduos organizam as suas vidas, objetivos, valores e intenções. A espiritualidade oferece esperança e oportunidade de crescimento pessoal, aumenta o apoio social, conferindo benefícios importantes para pessoas com doenças crônicas.

Os autores Lueno e Mendonça (2014) corroboram afirmando que:

A fé torna-se importante ferramenta para o enfrentamento do diagnóstico e tratamento do diabetes. A fé ou a busca pela ajuda divina faz com que a pessoa se projete na procura de recursos na luta contra a doença. Portanto, sentimos que para eles

refletirem, orar ou rezar é uma maneira de se aproximar de Deus e de ter forças para suportar as vicissitudes impostas pela doença.

O impacto da religião e da espiritualidade sobre a qualidade de vida do indivíduo com diabetes evidencia que as pessoas religiosas ou espiritualizadas apresentam maior nível de esperança no processo de enfrentamento da doença, ou seja, quem de fato acredita em Deus passa pelo sofrimento olhando para o amanhã. Este é um dos aspectos positivos de se acreditar na espiritualidade (Faustino *et al.*, 2022).

A complexidade do controle e adesão do DM2 está relacionada a diversos fatores, e que o sucesso do tratamento decorre da participação e envolvimento do paciente na adesão de práticas de autocuidado, de forma que ele possa assumir a responsabilidade pelo próprio tratamento, tornando-se um participante ativo dentro desse processo (Rodrigues *et al.*, 2024).

4.2.2 Trilhas para adesão de hábitos saudáveis no diabetes mellitus tipo 2

Diante da magnitude do problema, conhecer as atitudes para o autocuidado das pessoas em relação ao DM2 é essencial para reconhecer dificuldades e a melhor forma de ajustamento emocional. Os programas comportamentais em DM2 na Atenção Primária à Saúde (APS) devem procurar valorizar não somente as práticas de autocuidado, mas também as atitudes, visto que podem ser preditores para mudanças de comportamento. Ressalta-se que as emoções devem ser trabalhadas em grupo e individualmente, respeitando o contexto de vida das pessoas com DM2 (Nunes *et al.*, 2021; Rodrigues *et al.*, 2024; Tavares *et al.*, 2021).

A prevenção efetiva e promissora implica planejamento das ações de educação em saúde, identificando os portadores do DM2 desde o início da doença e adotando medidas para evitar as complicações agudas ou crônicas. Quando bem conduzidas, tais ações, voltadas a modificações comportamentais, podem representar a possibilidade de mudança do panorama crítico que se descortina (Tavares *et al.*, 2021). Presume-se que as estratégias que estimulam o autocuidado, bem orientado e específico, favoreçam a adesão de hábitos saudáveis de forma a serem incorporados no comportamento cotidiano das pessoas, abrangendo uso correto de medicações, dietas prescritas e prática de AF moderada (Dias *et al.*, 2017).

O planejamento de ações educativas efetivas deve abranger estratégias inovadoras e centradas no diálogo entre os usuários e os profissionais de saúde. Nessa direção, a realização de intervenções alinhadas ao conceito ampliado de saúde, alvo de ricas discussões no campo da promoção da saúde, precisa levar em consideração os problemas e as necessidades dos sujeitos, que, na maioria das vezes, são determinantes e condicionantes do processo saúde/doença (Cunha *et al.*, 2021).

Para tanto, as instituições da rede de atenção à saúde devem promover iniciativas intersetoriais que tragam resultados positivos em relação às condições de vida, possibilitando escolhas mais saudáveis, sem correr o risco de culpabilização dos indivíduos já expostos à vulnerabilidade social (Cunha *et al.*, 2021; Dias *et al.*, 2017; Francisco *et al.*, 2010; Lara; Paiva, 2012).

4.3 DIMENSÃO EDUCATIVA

4.3.1 Promoção da saúde articulada à educação

A educação em saúde é considerada um meio bastante importante para ampliação do conhecimento e práticas relacionadas aos comportamentos saudáveis dos indivíduos (Falkenberg *et al.*, 2014). Dado a isso, o Ministério da Saúde (2006) define educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades

A promoção da saúde visa a diminuição da vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população por meio da participação e controle social. A educação em saúde é atividade a ser desenvolvida pelos profissionais da saúde, estabelecendo a conscientização do indivíduo sobre sua saúde e a percepção como participante ativo na transformação de vida. A educação em saúde é entendida como prática para a transformação dos modos de vida dos indivíduos e da coletividade e, conseqüentemente, promover qualidade de vida e saúde (Mallmann *et al.*, 2015).

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente (Falkenberg *et al.*, 2014). A educação popular em saúde continua sendo hoje um desafio aos gestores e profissionais na busca por práticas integrais, mais voltadas às reais necessidades das populações e considerando, como suporte para essas práticas, tanto processos de informação e comunicação como de participação popular e participação social (Falkenberg *et al.*, 2014; Mallmann *et al.*, 2015).

O desenvolvimento da educação e saúde, iniciada nos Estados Unidos, deu-se de forma associada à saúde pública, tendo sido instrumento das ações de prevenção das doenças,

caracterizando-se pela transmissão de conhecimento. Mesmo que realizada de forma massiva, como no caso das campanhas sanitárias no Brasil, a perspectiva não contemplava a dimensão histórico-social do processo saúde-doença. No Brasil, o termo foi e ainda é utilizado, como sinônimo de educação em saúde, mantendo a conotação de práticas educativas verticalizadas (Almeida; Menezes; Silva, 2021).

Fundamentada na visão de Paulo Freire da problematização, emancipação, situações-limites, sujeitos do saber, diálogo e da pedagogia crítica que ao mesmo tempo alfabetizava para o mundo das letras e conscientizava as pessoas como sujeitos no mundo, a Educação Popular em Saúde é um processo político-pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação (Nogueira *et al.*, 2022).

Promover a saúde por meio de intervenções educativas deve-se considerar o modo de pensar e de viver dos indivíduos, pois, frequentemente, a educação em saúde é confundida com a transmissão de informação em saúde, o que desconsidera o saber popular. Nessa faceta, a educação popular ganha importância, uma vez que os conteúdos e ações partem dos conhecimentos populares e do contexto em que vivem os participantes (Conceição *et al.*, 2020; Lima *et al.*, 2020; Vieira *et al.*, 2022).

4.3.2 Educação em saúde e o DM2

Quando se faz referência ao processo educativo para o controle do DM, fala-se da importância de se adotarem estratégias, cujas ações devem ter caráter participativo tanto do indivíduo quanto de sua família. Sabe-se que as ações educativas influenciam o estilo de vida, melhoram a relação profissional-indivíduo e os ambientes social e físico. A educação em saúde, como uma prática social, baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes, favorece a compreensão dessa relação no processo saúde-doença e, respectivamente, o intercâmbio entre o saber científico e o popular (Torres; Hortale; Schall, 2003).

A necessidade de desenvolver atividades de ensino e práticas educativas de saúde direcionadas à pessoa com DM, centradas na disponibilização do conhecimento e atitude frente à doença, está intimamente relacionada à manutenção da qualidade de vida, pois, com a utilização desses artifícios, poderá promover a independência do indivíduo na condução do tratamento (Souza; Vasconcelos, 2017).

A partir do momento em que o usuário é inserido em um programa de educação em saúde, será possível, junto com a equipe multiprofissional que o assiste, buscar estratégias efetivas para auxiliá-lo no manejo da doença. Dessa forma, disponibilizar a educação em saúde

como uma estratégia no controle do diabetes mellitus é um dos mais importantes investimentos de longo prazo que a sociedade pode oferecer, considerando que os custos relacionados à saúde dos indivíduos, decorrentes das complicações da doença, são significativos (Almeida; Moutinho; Leite, 2014).

Nos achados de Souza e Vasconcelos (2017), a educação em saúde pode contribuir para a redução dos índices glicêmicos em indivíduos com valores acima da normalidade. Os autores afirmam ainda, que a abordagem educativa, por meio da modalidade grupal, é considerada a mais adequada para a saúde pública, por atingir maior número de indivíduos, além de favorecer o fortalecimento do vínculo dos usuários diabéticos com seus familiares, com a comunidade e com os profissionais de saúde.

No estudo de Torres *et al.* (2009) observou-se também que o nível de HbA1c diminuiu estatisticamente no grupo em que realizou a educação em grupo. Esses encontros em grupo eram realizados numa frequência de 3 vezes por mês por um período de 6 meses e eram realizadas atividades lúdicas e interativas.

Os autores Almeida e Almeida (2018) corroboram afirmando que:

A formação de um grupo educativo multiprofissional estimula o compartilhamento de vivências, fomenta a construção do conhecimento coletivo e expande o entendimento dos participantes. A educação em saúde é fundamental, inclusive é amplamente reconhecida pela *International Diabetes Federation* como parte integral do cuidado com diabetes, estando condicionada à melhora do conhecimento e, consequentemente, à modificação de atitudes perante a doença.

Ações realizadas em grupo, como dinâmicas que proporcionam relatos de experiências dos pacientes, permitem um processo integrador entre eles, em que a situação de um paciente ajuda o outro a entender melhor o processo da sua doença e, muitas vezes, auxilia na compreensão das complicações tardias que o DM causa, alertando os indivíduos para uma maior preocupação com sua saúde (Magri *et al.*, 2020; Salci; Meirelles; Silva, 2018).

4.4 DIMENSÃO DE GESTÃO DE CUIDADOS E DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A APS é considerada porta de entrada de indivíduos no SUS e é responsável por dispensar um cuidado integral, resolutivo e de alta qualidade que impacte na saúde da população. Em relação ao DM2, um bom manejo ofertado pela APS evita hospitalização e óbitos (Neves *et al.*, 2018; Torres *et al.*, 2010). Diante disso, é importante elencarmos sobre a estrutura da APS e a coordenação para o manejo do DM2.

4.4.1 Estrutura da APS para o DM2

Na Atenção Básica (AB), o acompanhamento e tratamento das pessoas com DM2 constituem um modelo de cuidado integral e longitudinal. A partir do entendimento das necessidades de cada indivíduo, são realizadas intervenções específicas, incluindo apoio para mudanças no estilo de vida, controle metabólico e prevenção das complicações crônicas (Silva; Cirilo, 2018).

No SUS, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) forma o núcleo da APS realizando prevenção e promoção da saúde, diagnóstico e controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, incluindo o DM2 (Marinho *et al.*, 2017). A ESF estrutura as ações no nível primário com implantação de equipes multidisciplinares em Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias de uma área geográfica delimitada. Nesse modelo, é possível desenvolver intervenções com enfoque coletivo e individual, considerando-se o contexto do usuário e a atenção à saúde integral (Gama; Guimarães; Rocha, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (2024), a equipe multiprofissional da ESF é composta por, no mínimo:

- I. médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade;
- II. enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- III. auxiliar ou técnico de enfermagem; e
- IV. agentes comunitários de saúde.
- V. podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

As equipes realizam ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação das doenças e agravos mais prevalentes, como é o caso das DANT. O trabalho no território é muito valorizado, principalmente pela participação do ACS, que realiza visitas domiciliares a cada família da área de abrangência da UBS (Gama; Guimarães; Rocha, 2017; Marinho *et al.*, 2017; Neves *et al.*, 2018).

A aproximação com os familiares das pessoas com DM2 é um ponto fundamental para atenção à saúde, tanto na prevenção do risco de adoecerem, quanto no apoio e engajamento nos cuidados da pessoa com DM2. Para que cuidados essenciais com a doença ocorram, como a mudança de estilo de vida, a pessoa não pode estar sozinha, o contexto social mais íntimo dela, a família, deve participar ativamente, assim todos se cuidam e são cuidados (Busebaia *et al.*, 2023).

Os ACS fornecem um elo entre as famílias e os centros de cuidados primários de saúde, visitando as casas dos usuários mensalmente e coletando dados sobre as condições sociais e de saúde deles, além de fornecer suporte entre as visitas clínicas com outros membros da equipe de saúde (Neves *et al.*, 2018). De acordo com Nascimento *et al.* (2017), há um crescente corpo de evidências de que os programas liderados por ACS melhoram os resultados de saúde em uma variedade de cenários e para múltiplas condições de saúde, como o DM2.

A principal função do ACS é a educação em saúde, fornecendo informações sobre a doença, sanando dúvidas dos usuários e promovendo a importância do autocuidado para o DM2. Além disso, eles incentivam a mudanças de hábitos saudáveis sempre destacando que isso influencia positivamente na gestão do DM2. Esse profissional é o responsável pelo empoderamento do usuário através da conscientização de que ele é o protagonista de sua saúde (Egbujie *et al.*, 2018).

Em articulação com a ESF, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Básica (NASF-AB) instituído pelo Ministério da Saúde em 2008, surgiu como apoio matricial para finalidade de aumentar a resolutividade no manejo de populações específicas (Barros *et al.*, 2015; Correia; Goulart; Furtado, 2017; Cunha; Campos, 2011).

Os autores Cunha e Campos (2011) explicam que:

Matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Essa proposta visa integrar os profissionais da equipe de saúde da família com outros profissionais especialistas de forma que os primeiros tenham um suporte para a discussão de casos e intervenções terapêuticas. O matriciamento visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação, por meio de ações mais horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis de assistência

O NASF, enquanto equipe de apoio, ofereceu retaguarda especializada às ESF e utiliza o apoio matricial como a principal estratégia para o desenvolvimento do trabalho. Essa abordagem está vinculada ao modo de operar, ou seja, às formas de viabilizar e organizar o trabalho entre duas equipes: uma delas constitui-se como referência para os usuários que demandam cuidados; a outra, embora não tenha necessariamente uma relação direta com os usuários, deve auxiliar na ampliação da compreensão do caso, assim como nas possibilidades de ação e resolução (Barros *et al.*, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, os profissionais que poderiam compor o NASF eram:

Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico

do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária.

O NASF sempre atuou como suporte para o manejo das DANT devido a uma justificativa de remanejamento de verbas de financiamento. Entretanto, através da Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS foi abolido a criação de novas equipes multissetoriais que ampliavam e qualificavam o atendimento da Saúde da Família e estavam inclusas dentro do NASF (Mota, 2020).

A Nota Técnica (NT) diz que:

[...] a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no sistema ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe (Ministério da Saúde, 2020).

Antes dessa NT, ao serem contratados, os profissionais dos NASF eram inseridos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), o que não foi mais obrigatório pelas novas regras da NT. Com a desvinculação, eles poderiam ser cadastrados diretamente nas ESF ou equipes de atenção primária. A carga horária e arranjo da equipe também ficaram em aberto, sob a decisão dos gestores municipais e estaduais – abrindo precedentes ainda maiores para precarização desses profissionais tão importantes.

Contudo, no dia 25 de maio de 2023 foi publicada a Portaria GM/MS nº 635/2023 que “Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais (eMulti) na Atenção Primária à Saúde” (Ministério da Saúde, 2023). Essa nova proposta tem a interprofissionalidade como uma de suas diretrizes e constitui um arranjo substitutivo aos NASF (Bispo Júnior; Almeida, 2023).

A interprofissionalidade na Saúde e na Educação articula novos arranjos de formação interdisciplinar e intercultural, em processos de experimentação e produção dos elementos constitutivos do trabalho coletivo em saúde. Além disso, age também como forma integral e ecológica de saber e educar, como pensamento e ação integrados, na produção de processos, ferramentas e organizações, como uma práxis de transformação, com fortes implicações conceituais, metodológicas e políticas, vinculadas ao desenvolvimento da Saúde e da Educação (Ceccim, 2018; Pereira, 2018).

As eMulti são definidas como equipes de profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada à APS, com atuação

corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e fazem parte da eMulti os mesmos profissionais que compuseram no NASF (Bispo Júnior; Almeida, 2023).

A estratégia eMulti na APS, junto com as inovações tecnológicas, impulsiona o cuidado compartilhado e visa à superação da baixa integração com os demais serviços das redes locais e regionais. Dessa maneira, a APS incorpora saberes e práticas de especialistas fortalecendo a atenção interprofissional no SUS (Brasil, 2023).

4.4.2 Coordenação e continuidade do cuidado

A RAS tem sido proposta para lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção à saúde, nos quais há interação entre diferentes agentes. Seu objetivo é promover a integração de ações e serviços de saúde, a fim de garantir uma atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, visando à consolidação dos princípios do SUS (Carvalho; Nascimento; Souza, 2021).

Os níveis de atenção à saúde são determinados por meio da Atenção Primária, Secundária e Terciária e seus pontos de atenção. Contudo, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) desenvolvido por Mendes (2012), estratifica em cinco níveis as intervenções de promoção da saúde, até a gestão das condições crônicas muito complexas.

O nível 1 está relacionado a população total da RAS, com foco nos determinantes sociais intermediários, ou seja, os macrodeterminantes, condições de vida e de trabalho, o acesso aos serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias. Esse nível é marcado por ações intersetoriais, para as intervenções de promoção da Saúde à população total (BRASIL, 2013).

O nível 2 refere-se a subpopulações estratificadas por fatores de risco, com foco nos determinantes proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, por meio de intervenções de prevenção de doenças, voltadas para pessoas e subpopulações. A prevenção ocorre com a modificação de fatores de risco comportamentais, tais como a alimentação inadequada, o sedentarismo, o tabagismo, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool (BRASIL, 2013).

Para incentivar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas, o Ministério da Saúde, criou programas como “Saúde na Escola” e “Academia da Saúde”, aprovadas em tripartite. Esses programas já foram incorporados por muitos municípios brasileiros e, portanto, já constituem parte da Rede de Cuidado às Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013).

A partir do nível 3, trabalha-se com subpopulações que já apresentam doença crônica estabelecida. Nele, as condições crônicas são de baixo ou médio risco ou, a subpopulação apresenta fatores de risco biopsicológicos. Aqui, ocorrem as ações de autocuidado apoiado, mas existe também a atenção clínica ao indivíduo realizada, de maneira geral, pela atenção primária à saúde (BRASIL, 2013).

No nível 4, opera-se com subpopulações com condição crônica de alto ou muito alto risco. Nesse nível, além do autocuidado apoiado, observa-se a necessidade mais significativa de cuidados profissionais, incluindo o especializado (BRASIL, 2013).

E por último, no nível 5, a assistência é prestada às subpopulações que apresentam condição de saúde muito complexa e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. As intervenções nesse nível, podem ser realizadas pela tecnologia da gestão de caso e, em geral, exigem planos de cuidado mais singulares (BRASIL, 2013).

Por meio do MACC, é possível identificar as ações de competências dos pontos de atenção e definir suas atribuições, bem como, instituir uma linha de cuidado que norteie a prática dos profissionais de saúde diante das doenças crônicas. A estreita relação entre as equipes da Atenção Primária e da Atenção Secundária é um dos pilares do MACC, pois esses níveis de atenção se influenciam, são interdependentes e a pessoa transita entre eles durante o acompanhamento da sua condição crônica de saúde (Mendes, 2012).

Concomitante a isso, o fortalecimento da APS é uma estratégia central para a melhoria do controle glicêmico em usuários com DM2, pois permite uma abordagem personalizada, acompanhamento regular e educação em saúde, que são essenciais para a adesão ao tratamento e a modificação de estilos de vida. Além disso, a proximidade do profissional de saúde com o paciente no nível da atenção primária permite uma intervenção precoce e contínua, essencial para o manejo eficaz da doença (Fernandes *et al.*, 2024).

A atuação planejada dos profissionais da APS, com foco na gestão do cuidado, auxilia o usuário a reconhecer sua condição crônica, de forma a desmistificar o medo, estimulando o empoderamento e o autocuidado. É muito importante que os usuários percebam que são capazes de realizarem os cuidados em seus domicílios, monitorando a glicemia com aparelhagem específica e portátil, com uma boa adesão à medicação e hábitos saudáveis de vida (Bueno *et al.*, 2023).

4.5 DIMENSÃO SOCIOCULTURAL E AMBIENTAL

4.5.1 Aspectos logísticos, geográficos e acesso aos serviços de saúde da região amazônica

De modo geral, a oferta dos serviços para DM2 no âmbito da APS acontece de forma heterogênea entre as diferentes localidades do território brasileiro, muito por conta das fortes desigualdades regionais que existem no país. Tal realidade pode ser observada na Região Norte, onde disparidades na distribuição de recursos têm favorecido o aumento das iniquidades em saúde. No estado do Amazonas, maior unidade federativa da Região Norte e do Brasil, o cenário não é diferente, muito por conta das características geográficas peculiares do local que dificultam o acesso aos serviços de saúde (Soares Filho *et al.*, 2022).

A região amazônica tem como maior desafio na produção dos serviços em saúde o custeio da logística para deslocamento das equipes para a realização das ações nos territórios. Apresenta como característica o enfrentamento das distâncias através dos rios, lagos e paranás, que sofrem alterações e movimentos pelo ciclo das águas (seca, enchente, vazante e cheia) (Dolzane; Schweickardt, 2020).

Nesse contexto, é importante enfatizar sobre o histórico da região amazônica e os aspectos que envolvem e influenciam no processo saúde/doença da população. As terras eram tomadas de povos indígenas, na qual depois de sua colonização pelos portugueses no século XVIII, diminuíram-se as tribos devido à escravatura e a propagação de doenças como gripe, sarampo e tuberculose (Fernandez *et al.*, 2020; Gonçalves; Domingos, 2019).

Com a construção das grandes cidades, os serviços públicos de saúde se agruparam nas mesmas; o que cooperou na desigualdade do acesso à saúde, educação e saneamento básico da população menos favorecida, principalmente as residentes em municípios distantes da capital (Fernandez *et al.*, 2020).

Os ribeirinhos passam por várias dificuldades no dia a dia, alguns não são alfabetizados, vivem em situações de precariedade alimentar e sanitária. O acesso aos serviços de saúde é escasso, pois as áreas ribeirinhas dependem de ACS que não são suficientes para cobrir a região, e nem atender todas as necessidades de saúde da população. Na busca de assistência médica de qualidade os moradores se veem obrigados a saírem de suas cidades pequenas por meios de barcos, canoas ou rabetas (Dolzane; Schweickardt, 2020; Fernandez *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2017).

Os autores Gomes *et al.* (2021) também enfatizam que:

Indicadores sociais de abrangência nacional classificam a Região Norte como pertencente à Classe “E” de vulnerabilidade social, por ser constituída por extensas áreas rurais, baixa densidade demográfica, com baixíssimo índice de desenvolvimento humano, acesso precário à água tratada, esgoto e energia elétrica, entre outros resultados negativos. Comparada com as regiões Sul e Sudeste do país, a Região Norte

apresenta menor capacidade de resposta aos problemas de saúde, em termos de estrutura da Rede de Atenção à Saúde

Apesar das dificuldades, a região amazônica é rica em recursos econômicos e matérias-primas, devido à diversidade sociocultural e à tradição de conhecimentos medicinais acumulados desde o período histórico de sua civilização. Esses conhecimentos são obtidos a partir de produtos naturais extraídos diretamente da natureza. Vale destacar que os saberes empíricos sobre as plantas medicinais são utilizados quando o deslocamento das comunidades para as cidades é inviável ou impossível. (Fernandez *et al.*, 2020).

Apesar da oferta gratuita de saúde, é notória a dificuldade de universalização do acesso a esse serviço, especialmente nas comunidades e cidades mais afastadas da capital, que não possuem o aparato estatal necessário para a execução de serviços básicos de saúde, educação e transporte. A estratégia, nesse contexto, deve ser voltada para o fortalecimento das capacidades dos cidadãos, visando ao acesso à educação e a uma saúde adequada (Gonçalves; Domingos, 2019).

Conhecer as características clínicas e sociodemográficas da população amazônica pode contribuir para aprimorar os programas de AB, além de otimizar os recursos disponíveis. Isso visa oferecer uma assistência mais qualificada, evitando complicações e sequelas decorrentes das doenças mais prevalentes (Fernandez *et al.*, 2020).

4.5.2 Aspectos culturais e crenças dos povos amazônicos em relação a saúde

A concepção de saúde e a maneira como cada indivíduo encara e se comporta diante da doença são determinadas pelas experiências pessoais, que estão intimamente relacionadas aos seus valores e crenças. O conhecimento dos pacientes sobre o diabetes é outro fator que influencia significativamente o comportamento em relação à doença. Um bom entendimento da patologia possibilita o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado, o que, por sua vez, estimula e motiva o paciente a se cuidar. (Costa; Costa, 2017; Xavier; Bittar; Ataíde, 2009).

Além disso, o fornecimento de serviços médicos para populações rurais na Amazônia é precário. Os autores Frausin *et al.* (2022) explicam que isso é agravado devido a uma falha geral dos profissionais de saúde em entender como as percepções e a compreensão de saúde e doença de seus pacientes amazônicos são influenciadas pela etnomedicina, crenças e percepções tradicionais.

A região amazônica é formada por povos miscigenados. As diferentes práticas e saberes relacionados ao conhecimento dos elementos presentes na natureza, resistiram e se tornaram conhecidos por outros povos não indígenas ao longo dos anos. Com isso, rituais sagrados,

costumes, práticas culturais e medicinais, incluindo a diversidade linguística originária dos povos da floresta foram passados de gerações em gerações (Melo *et al.*, 2022).

Nos achados de Santos (2000) é possível observar que:

As populações, acostumadas a enfrentar, com seus próprios recursos, enfermidades que às vezes desconheciam, criaram novas técnicas de uso, descobrindo novas finalidades para as plantas que já conheciam, a partir dos dados recém incluídos no seu dia a dia. Os saberes amazônicos, sistematizados em seus diversos matizes – indígenas e caboclos, seringueiros, madeireiros, pescadores, colonos, garimpeiros, balateiros, regatões etc.-, consolidaram-se em suas práticas, destacando o uso dos “remédios do mato” como um dos seus traços culturais mais marcantes.

Foi descoberto que as crenças de saúde de pessoas com diabetes influenciam seu gerenciamento de autocuidado. Os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do usuário em relação à doença e ao tratamento são diferentes daqueles pensados pelos profissionais da saúde, já que são dois grupos socioculturais, linguísticos e psicológicos distintos. É importante conhecer e considerar as práticas populares de saúde para uma maior efetividade e resolutividade do atendimento e até como mais uma opção de autocuidado que pode ser discutido e oferecido ao usuário (Albargawi *et al.*, 2017; Xavier; Bittar; Ataíde, 2009).

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo é de abordagem qualitativa, com interface participativa, e está inserido em um projeto matricial intitulado “Intervenção liderada por agentes comunitários de saúde para manejo de diabetes tipo 2 no interior do Amazonas”. O trabalho foi realizado em duas etapas.

A primeira etapa foi constituída de 4 fases para aplicação da técnica *World Café*, a saber: Fase A – encontro com usuários com DM2 para discussão de barreiras; Fase B – encontro com ACS que atendem usuários com DM2 para discussão de barreiras; Fase C – Encontro com os mesmos usuários da fase A para discussão de facilitadores; Fase D – Encontro com os mesmos ACS da fase B para discussão dos facilitadores. O tema central do *World Café* foi “Barreiras e os facilitadores que influenciam na adesão de hábitos saudáveis de vida em usuários com DM2”. Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade com usuários com DM2, sobre a mesma temática, devido à necessidade de aprofundar os dados obtidos durante o *World Café*.

O objetivo da pesquisa qualitativa é compreender a multiplicidade de significados que caracterizam a subjetividade na sua relação com a sociedade. Ela considera que a dimensão ampla e complexa do objeto de estudo não pode ser compreendida apenas através da racionalidade tecno positivista, que se limita aos fatos externos. (SILVA *et al.*, 2022).

A pesquisa com interface participativa representa uma estratégia potencial de mudança social, pois resulta da colaboração dos indivíduos envolvidos, que elaboram e praticam suas próprias mudanças, além de estimular a emancipação dos participantes. Esse tipo de pesquisa justifica-se também por considerar a produção de conhecimento compartilhado, onde os sujeitos que convivem com a doença atuam como coadjuvantes do estudo (Araújo *et al.*, 2021; Teixeira *et al.*, 2019; Teixeira, 2019).

5.2 CONTEXTO DA PESQUISA

Os dados dessa pesquisa foram coletados no município de Iranduba/AM (38,1 km de carro da capital). O município conta com 6 UBS em torno do seu perímetro urbano, situadas a um raio de 30km da sede da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). Iranduba está localizado no estado do Amazonas, na Região Norte do Brasil. Com uma área territorial de aproximadamente 2.216,815 km², faz parte da região amazônica, conhecida por sua exuberante

floresta tropical e rica biodiversidade (IBGE, 2022). Na figura 1 é possível observar a área territorial do município de Iranduba, região metropolitana de Manaus/AM.

Figura 1 – Localização do município de Iranduba/AM na região metropolitana de Manaus



Fonte: Gomes e Waccholz (2018)

O município de Iranduba possui uma população diversificada, composta por 60.993 pessoas, com uma densidade demográfica de 27,51 habitantes por km² (IBGE, 2022). Além disso, a região abriga comunidades indígenas, que são parte integrante da riqueza cultural e histórica da Amazônia. A economia de Iranduba é impulsionada por diversos setores, como agricultura, pecuária, pesca e extrativismo. A agricultura familiar desempenha um papel importante na produção de alimentos para a região, com destaque para o cultivo de mandioca, milho, frutas e hortaliças (Prefeitura de Iranduba, 2022).

De acordo com o Portal Boletim Amazônico, em 2022, Iranduba foi classificado como um dos municípios que mais atende Atenção Básica de Saúde no estado do Amazonas no *Ranking Previne Brasil*. O município dispõe de 6 UBS na zona urbana e 5 na zona rural, segundo informações coletadas no CNES.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Neste estudo, foram acrescidos ACS e usuários com DM2 atendidos pelas 6 UBS do município de Iranduba/AM. Esta pesquisa foi realizada em duas etapas, sendo em cada etapa participantes diferentes.

A primeira etapa foi a realização do *World Café*. De acordo com o documento produzido pelo *The World Café Community* (The World Café Community, 2015), para o *World Café* ter êxito é preciso formar grupos de cerca de quatro a cinco pessoas. Diante dessa informa  o, a sensibiliza  o dos participantes ocorreu primeiramente com os 24 ACS através do anfitrião-pesquisador por meio de contato telef  nico, grupo de WhatsApp, seguido de uma reunião virtual para apresenta  o do estudo e da equipe de pesquisa, além de informa  es relevantes sobre a dinâmica. Aos ACS foram solicitados um número de 50 usuários com DM2 que atendessem aos critérios de inclusão da pesquisa. No entanto, somente 32 usuários e 17 ACS estiveram presentes nas quatro fases desta etapa.

Para etapa das entrevistas semiestruturadas foi utilizada a satura  o teórica dos dados, pois é utilizada para determinar ou definir o ponto da pesquisa qualitativa em que a coleta de novos dados deixa de gerar novas percep  es ou temas, ou seja, a inclusão de novos participantes é interrompida devido à redundância ou repeti  o dos dados obtidos (Fontanella; Ricas; Turato, 2008; Teixeira *et al.*, 2019; Teixeira, 2019). Inicialmente, participariam desta etapa 25 usuários com DM2 que não estavam presentes na primeira etapa do estudo; no entanto, a satura  o dos dados foi atingida ao final da entrevista do 15   usuário com DM2.

5.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

5.4.1 Sessão de *World Café*

Critérios de inclusão:

- ACS: ser vinculado a uma das 6 UBS do perímetro urbano município de Iranduba/AM;
- Usuários: homens e mulheres acima de 18 anos, com diagnóstico de DM2 há pelo menos 6 meses e vinculados a uma das 6 UBS do perímetro urbano de Iranduba/AM, de qualquer raça/cor da pele autodeclaradas e atendidos pelos ACS t  mb  m participantes.

Critérios de exclusão:

- ACS: profissionais em férias, em licença para tratamento de saúde, licença-pr  mio, maternidade ou qualquer tipo de afastamento no momento da coleta de dados;
- Usuários: homens e mulheres com diagnóstico de DM2 que apresentarem incapacidade física, intelectual e/ou comunicativa que interf  ra na compreensão e possibilidade de participa  o no evento.

5.4.2 Entrevistas semiestruturadas

Critérios de inclusão:

- Usuários: homens e mulheres acima de 18 anos, com diagnóstico de DM2 há pelo menos 6 meses, de qualquer raça/cor da pele autodeclaradas, vinculados a uma das 6 UBS do perímetro urbano de Iranduba/AM e atendidos pelos ACS participantes da etapa 1, que não tenham participado das sessões de *World Café*.

Critérios de exclusão:

- Usuários: homens e mulheres com diagnóstico de DM2 que apresentarem incapacidade intelectual e/ou comunicativa que interfira na realiza  o das entrevistas.

5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A dinâmica do *World Café* foi realizada em quatro fases, sendo duas fases os usuários e duas fases com os ACS. Para realiza  o das Fases A e B do *World Café* com usuários e ACS foi feito um roteiro com 5 questões significativas, a saber: Quais as barreiras para adesão medicamentosa em pessoas com DM2? Quais as barreiras para adesão de hábitos alimentares saudáveis em pessoas com DM2? Quais as barreiras para a prática de atividade física em pessoas com DM2? Quais as barreiras relacionadas a fatores ambientais as pessoas com DM2 possuem para adesão de hábitos saudáveis de vida? Quais as barreiras para ter disposi  o para mudança de hábitos em pessoas com DM2?

Para realiza  o das Fases C e D do *World Café* com usuários e ACS foi feito um roteiro com 5 questões significativas, a saber: Quais os facilitadores para adesão medicamentosa em pessoas com DM2? Quais os facilitadores para adesão de hábitos alimentares saudáveis em pessoas com DM2? Quais os facilitadores para a prática de atividade física em pessoas com DM2? Quais os facilitadores relacionados a fatores ambientais as pessoas com DM2 possuem para adesão de hábitos saudáveis de vida? Quais os facilitadores para ter disposi  o para mudança de hábitos em pessoas com DM2?

Estas perguntas supracitadas foram utilizadas na sessão do *World Café*. Os participantes desta etapa responderam a um questionário com perguntas fechadas para conhecer o perfil do participante (APÊNDICE D e E). No entanto, para esta disserta  o, foram considerados apenas dois grandes temas oriundos dos dados da pesquisa: hábitos alimentares e atividade física.

Para as entrevistas em profundidade com os usuários foi construído um roteiro de entrevista semiestruturado dividido em duas partes, a primeira contendo dados

socioeconômicos e a segunda com 12 perguntas abertas (APÊNDICE F), a saber: informações sobre os sentimentos no momento do diagnóstico; quais as barreiras e facilitadores para adesão de hábitos saudáveis; motivações e dificuldades para mudar os comportamentos/costumes.

5.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETAS DE DADOS

A produção dos dados foi realizada por meio da técnica *World Café* e por meio de entrevistas em profundidade. A técnica *World Café* consiste em formar pequenos grupos de pessoas, dispostos em mesas redondas cobertas com toalhas de papel usadas para capturar ideias e padrões em respostas durante a rotação dos participantes em cada rodada (Yankeelov *et al.*, 2019). O *World Café* é uma abordagem criativa que envolve diálogo entre pessoas, promovendo uma elaboração coletiva e colaborativa para abordar questões de grande relevância (Brown; Isaacs, 2007; The World Café Community, 2015).

Trata-se de um processo inclusivo e participativo da comunidade no qual o conhecimento e o pensamento coletivo crescem e evoluem porque os participantes rodam pelas mesas de forma aleatória, produzindo um turbilhão de ideias a respeito da temática. Essa dinâmica permite a partilha de visões entre os participantes a partir de suas percepções e vivências cotidianas (Yankeelov *et al.*, 2019).

Este método surgiu de forma involuntária. Em janeiro de 1995, um grupo de 24 pessoas estavam reunidos na casa de Juanita Brown e David Isaacs para uma reunião estratégica sobre propriedade intelectual. Eles foram separados em grupos menores para discussão em algumas mesas na sala da casa, ao mesmo tempo que conversavam rabiscavam suas ideias em papeis dispostos em cima da mesa. Durante as conversas um dos participantes se interessou pelo que ouviu de uma pessoa de outro grupo, sugerindo então que em cada mesa tivesse um anfitrião para conectar as informações e compartilhá-las ao final. Assim aconteceu a troca entre os grupos e todos perceberam o impacto que isso teve no aprendizado. Daí em diante Juanita e David estruturaram a técnica para ser utilizada em outras ocasiões (Brown; Isaacs, 2007).

A partir do *World Café* estão a ser descobertas e implementadas abordagens inovadoras para questões críticas em negócios socialmente responsáveis, cuidados de saúde, educação, proteção ambiental, bem-estar social, resolução de conflitos, desenvolvimento sustentável e muitos outros campos (The World Café Community, 2015).

Para realização do método é preciso ter no mínimo 12 pessoas que deverão ser divididas em grupos de 4 a 5 em mesas redondas, com toalhas de mesa e pincéis para que os participantes possam rabiscar, desenhar e expor as ideias que vierem a mente. Em cada mesa deverá ser escolhido um anfitrião para recepcionar os viajantes que irão chegando à mesa e atualizá-los

dos *insights* da mesa anterior, ao mesmo tempo deverão polinizar e captar as informações dos presentes da mesa. O ideal é que tenha no mínimo três rodadas com um tempo de 20 a 30 minutos. Ao final de todas as rodadas há o momento do compartilhamento das informações, onde os anfitriões das mesas irão expor para todos o que mais chamou atenção nas respostas dos viajantes (Brown; Isaacs, 2007; Machado; Passos, 2018; Teza *et al.*, 2013).

Essa dinamização além de produzir dados para a pesquisa, beneficia os participantes por meio do diálogo e da aprendizagem mútua. O *World Café* possui dimensões teórico-metodológicas fundamentais para a transformação de possibilidades em realidades vibrantes, quais sejam: a crença em todos, a diversidade, o convite, o ouvir, o movimento, boas perguntas, a energia (Brown; Isaacs, 2007; Saïron *et al.*, 2022; Yankeelov *et al.*, 2019).

Com base nos conhecimentos Brown e Isaacs (2007), o processo de execução da técnica que foi utilizada na primeira etapa da pesquisa levou em consideração 7 princípios, são eles:

➤ **Princípio 1 – Estabelecimento do contexto**

Na etapa do planejamento do *World Café* foi determinado a estrutura contextual da pesquisa que foram os ACS e usuários com DM2 vinculado às 6 UBS do perímetro urbano de Iranduba, o objetivo estabelecido foi compreender as barreiras e facilitadores para adesão de hábitos saudáveis em pessoas com DM2 por meio de cinco temáticas, são elas: adesão medicamentosa, atividade física, hábitos alimentares, fatores ambientais e disposição para mudança de hábitos. Os pesquisadores nomearam o encontro de “Prosa e Café”, criando uma identidade visual para o *World Café*. Convites personalizados foram criados na paleta de cores da identidade visual do *World Café* e enviado aos participantes por meio do WhatsApp. O Quadro 1 mostra a identidade visual do “Prosa e Café”.

Quadro 1 – Princípio 1: Estabelecimento do contexto

	
Identidade visual do <i>World Café</i>	Convite aos participantes

➤ **Princípio 2 – Criação de um espaço acolhedor**

Para realização das quatro fases foi escolhido em Iranduba um ambiente comercial privado, agradável, reservado e preparado para atender aos requisitos estabelecidos pela técnica. Foi oferecido um “café”, como o próprio nome já diz, a quem esteve presente, para que se estabelecesse esse clima agradável e todos pudessem conversar e expor suas vivências e experiências nas questões significativas, criando um clima de conversa informal. É importante frisar que o lanche ofertado foi especialmente preparado pensando em lanches saudáveis para indivíduos com DM2. Além disso, estiveram dispostos nas mesas redondas espaços suficientes para comportar 4 a 5 pessoas, juntamente com o lanche oferecido, toalha de mesa para escrever ou desenhar as ideias, canetas ou pincéis coloridos. O Quadro 2 ilustra bem este princípio.

Quadro 2 – Princípio 2: Criando um espaço acolhedor

		
Recepção	Ambiente da dinâmica	Espaço para lanche

➤ **Princípio 3 – Explorar questões significativas**

Para realização da dinâmica foram dispostas cinco mesas redondas para discussões das temáticas apresentadas no Princípio 1. Em cada mesa redonda teve uma etiqueta sinalizando qual o tema/foco será discutido naquela mesa. Ao todo o *World Café* foi realizado em 4 fases, sendo 2 com grupo dos usuários pela manhã e 2 com o grupo dos ACS pela tarde, cada encontro representa uma fase. Na Fase A e B houve discussão sobre as barreiras para adesão de hábitos saudáveis e nas fases C e D quais os facilitadores para adesão de hábitos saudáveis. As perguntas foram baseadas no foco de cada mesa e o anfitrião escolhido foi responsável por conduzir a discussão dos participantes. O Quadro 3 evidencia o princípio 3.

Quadro 3 – Princípio 3: Explorar questões significativas

		
Materiais de mesa	Mesas redondas	Escrita nas toalhas de mesa

➤ **Princípio 4 – Estimular a participação de todos**

As pessoas se engajam profundamente quando sentem que estão contribuindo de alguma forma. Cada anfitrião de mesa foi encorajado a estimular que todos os participantes contribuíssem com a temática a ser discutida na mesa. Todos deveriam interagir, seja no registro na toalha de mesa, na fala, na concordância ou discordância ou, até mesmo, no “servir o café” para o colega, criando assim um ambiente mais favorável a discussão. Os participantes foram incentivados a deixar seus registros por meio de ideias-chave, “rabiscos”, para que o pensamento vá ganhando “corpo e forma” na discussão. O Quadro 4 demonstra a participação dos usuários e ACS.

Quadro 4 – Princípio 4: Estimular a participação de todos

		
Participação dos usuários	Participação dos ACS	Interações e escritas

➤ **Princípio 5 – Promova a polinização cruzada e conecte diferentes pontos de vista**

Durante cada rodada, o anfitrião da mesa foi responsável por compartilhar os *insights* da sua temática da mesa anterior e promover uma nova discussão a partir das perspectivas apresentadas e descritas na toalha de mesa. Cada informação expressa pelos participantes é comparada a uma semente que pode não ser conhecida por um ou mais membros da mesa, fazendo com que ideias distintas sejam conectadas entre si, promovendo riqueza de

informações. O Quadro 5 representa a polinização cruzada realizada durante as fases do *World Café*.

Quadro 5 – Princípio 5: Promover a polinização cruzada



➤ **Princípio 6 – Escutar juntos para descobrir padrões, percepções e questões mais profundas**

Os componentes da equipe de pesquisa sempre estiveram atentos aos padrões e *insights* nas conversas em grupo, sempre estavam próximos às mesas para escutar as perspectivas de cada participante durante os diálogos. Sempre que foi preciso, a equipe de pesquisa guiou o grupo a qual estava observando para aprofundar um ponto, manter o foco e conectar as ideias. A equipe de pesquisa foi previamente treinada para auxiliar no aprofundamento dos relatos. Esta era composta por alunos de Iniciação Científica, mestrandos, discente de pós-doutorado, ambos vinculados a Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas (FEFF-UFAM). O Quadro 6 representa essa proximidade da equipe de pesquisa com os participantes.

Quadro 6 – Princípio 6: Escutar juntos e aprofundamento de questões



➤ **Princípio 7 – Colher e compartilhar ideias coletivas**

Ao final de todas as rodadas, foi realizada uma conversação em plenária, onde os anfitriões de cada mesa expõem as ideias que foram captadas na sua temática. Isto ofereceu ao grupo inteiro uma oportunidade de conectar as temáticas presentes na dinâmica. Esse

fechamento tem um impacto muito positivo, pois permite que o grupo reconheça o valor dos resultados gerados em cada rodada nas mesas. O Quadro 7 mostra a realização das plenárias nas fases do *World Café*.

Quadro 7 – Princípio 7: Compartilhamento de ideias

			
Fase A	Fase B	Fase C	Fase D

Para as sessões de *World Café* da pesquisa os participantes serão organizados em grupos de 3 a 6 pessoas nas mesas. As fases realizadas com os usuários tinham mais participantes nas mesas, enquanto com os ACS era uma quantidade menor. Durante a dinâmica foram realizadas rodadas progressivas de diálogo com duração de 15 minutos cada, sendo constantemente encorajados pelo anfitrião de mesa a escreverem, rabiscarem ou desenharem ideias chave em suas toalhas de mesa. Ao final da primeira rodada de cada fase foi solicitado a permanência de uma pessoa do grupo enquanto as demais seguiram para as outras mesas. Ao final da segunda rodada de cada fase todas as mesas de conversação foram “polinizadas” pelo anfitrião com *insights* das conversas anteriores.

As fases do *World Café* foram agendadas em horários compatíveis com o funcionamento das UBS e mediante a autorização da SEMSA de Iranduba. Todas as fases foram realizadas no mês de agosto de 2023, sendo as fases A e B no dia 09 de agosto de 2023 para abordar sobre as barreiras e as fases C e D no dia 25 de agosto de 2023 para abordar sobre os facilitadores. As fases foram realizadas em horários distintos, sendo A e C pela manhã com os usuários e B e D pela tarde com os ACS.

Para logística dos usuários e ACS até o local da dinâmica houve o apoio do setor de transporte da Universidade Federal do Amazonas que realizou um trajeto que contemplou as 6 UBS para ida e volta dos participantes. Uma equipe profissional foi contratada para realizar a cobertura audiovisual durante as fases do *World Café*.

Para as entrevistas semiestruturadas em profundidade foi adotada a saturação teórica dos dados. Na pesquisa qualitativa, a saturação teórica envolve a transferência de significados psicoculturais dos participantes para o pesquisador (Nascimento *et al.*, 2018; Thiry-Cherques, 2009). Considera-se saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado e

o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado (Falqueto; Hoffmann; Farias, 2018; Nascimento *et al.*, 2018).

Nas entrevistas em profundidade, o pesquisador costuma fazer perguntas abertas, sem opções de múltipla escolha, para encorajar o entrevistado a falar livremente sobre os aspectos alvos da investigação do estudo. (Dos Santos *et al.*, 2016; Silva; Russo, 2019).

Nesta segunda etapa do estudo, houve uma equipe responsável pela realização das entrevistas em profundidade nos domicílios dos indivíduos com DM2. Essa equipe era composta pelos mesmos integrantes da primeira etapa e todos foram previamente treinados para aplicação desta pesquisa qualitativa. Aos ACS foi solicitada uma lista com o nome, endereço e telefone dos usuários com DM2 que não estiveram presentes na primeira etapa do estudo. No total 25 nomes foram repassados pelos ACS e estes foram organizados em ordem alfabética e numerados em ordem crescente *software Microsoft Excel®*.

A sensibilização para aceite dos usuários em receber a pesquisa em seu domicílio foi realizada por meio de ligação telefônica por um dos membros da equipe. Através dessa ligação os participantes foram convidados a participar do estudo e os que aceitaram agendaram um dia específico para realização da visita. Dos 25 nomes repassados, apenas 15 usuários com DM2 receberam a equipe em seus domicílios. As visitas foram realizadas em um único dia de setembro de 2023.

Para captações das informações das entrevistas foi utilizado o recurso de gravador de voz dos tablets de cada pesquisador. Ao final do dia de entrevistas cada um foi responsável por realizar o *Upload* da entrevista gravada para o Google Drive. Após a análise desses 15 usuários constatou-se a saturação teórica dos dados, descartando a necessidade de obter mais informações de outros usuários com DM2 para participar do estudo.

5.7 ANÁLISE DE DADOS

Na organização e processamento dos dados, o conteúdo das toalhas de mesa e vídeos foram transcritos através do site Reshape©, codificadas manualmente e processados e organizados utilizando o software ATLAS.ti24. O processo de análise será dividido em quatro etapas. Na primeira etapa, as mídias do *World Café* e das entrevistas semiestruturadas serão transcritas. Na segunda etapa, serão identificados tópicos significativos, através das frases dos discursos dos participantes que foram catalogados em grupos de código. Na terceira etapa, os tópicos de cada grupo de códigos serão selecionados de acordo com os discursos mais indicados pelos participantes. Na quarta etapa, as citações mais apropriadas serão selecionadas para exemplificar os códigos mais indicados pelos participantes.

Para analisar os dados qualitativos dos encontros *World Café* e das entrevistas em profundidade, foi utilizada a análise de rede temática, um método que busca identificar padrões de significado nos dados para identificar temas. A compreensão dos dados está centrada na experiência subjetiva do pesquisador, tornando-se um processo ativo de reflexividade (Rosa; Mackedanz, 2021; Silva; Barbosa; Lima, 2020).

O conteúdo textual é dividido e analisado em diferentes níveis, proporcionando racionalizações claras do seu significado implícito. Os temas que compõem o texto são identificados, organizados e estruturados em três níveis distintos: tema básico, tema de organização e tema global, que são representados na forma de mapas em forma de teia que representam os temas identificados em cada um dos níveis (Attride-Stirling, 2001).

Uma rede temática é desenvolvida a partir dos temas básicos que trabalham internamente em direção a um tema global. A coleção de temas básicos são então classificados de acordo com a história subjacente que estão contando e estes se tornam os temas de organização. Os temas organizadores são então reinterpretados à luz de seus temas básicos e são reunidos para ilustrar uma única conclusão ou tema superordenado que se torna o tema global (Attride-Stirling, 2001; Farahani; Azadfallah; Rashidi, 2021).

Os achados de Attride-Stirling (2001) abordam para a criação de uma rede temática é necessário seguir seis passos:

- I. Codificando o material:** A primeira etapa em uma análise de redes temáticas é reduzir os dados. Isso pode ser feito dissecando o texto em segmentos de texto gerenciáveis e significativos, com o uso de uma estrutura de codificação. A codificação é aplicada aos dados do texto para serem agrupados em categorias de texto: partes significativas e gerenciáveis do texto, como citações, comentários, palavras isoladas e outros critérios definidos pelo pesquisador.
- II. Identificação de temas:** Depois que todo o texto foi codificado, os temas mais comuns e significativos são abstraídos dos segmentos de texto codificados, de forma que rerepresente as passagens do texto de forma intuitiva.
- III. Construção das redes:** Os temas derivados do texto devem ser agrupados por semelhança e coerência, de acordo com o conteúdo ou mesmo uma teoria, e se tornarão a rede temática. Na construção da rede, os temas identificados no texto constituem os temas básicos. Estes, são reorganizados em questões mais amplas e interligadas para criar os temas de organização, identificado e nomeado de acordo com os achados subjacentes a eles. O agrupamento de temas de organização resulta no tema global, que é a representação da ideia central e principal do texto.

- IV. Descrever e explorar as redes temáticas:** Os temas que emergiram são explorados identificando os padrões que os fundamentam. Nesta etapa, o pesquisador retorna ao texto original, mas em vez de lê-lo de forma linear, o texto agora é lido através do tema global, temas de organização e temas básicos. Como tal, a rede temática agora se torna não apenas uma ferramenta para o pesquisador, mas também para o leitor, que é capaz de ancorar a interpretação do pesquisador no resumo fornecido pela rede. É sugerido que as redes sejam lidas em uma ordem sequencial (por exemplo, no sentido horário), para facilitar a apresentação e a compreensão do material.
- V. Resuma a rede temática:** Depois que uma rede tiver sido descrita e explorada por completo, apresente um resumo dos principais temas e padrões que a caracterizam. O objetivo aqui é resumir os principais temas que começaram a emergir na descrição da rede e começar a explicitar os padrões que surgem na exploração. Alguns deles podem já ter sido sugeridos na etapa 4, mas apresentá-los de forma sucinta e explícita para o público é muito útil no processo analítico e torna a interpretação mais convincente.
- VI. Interpretar padrões:** Reúna as deduções nos resumos de todas as redes e essas deduções e a teoria relevante para explorar os temas, conceitos, padrões e estruturas significativos que surgiram no texto. O objetivo nesta última etapa é retornar às questões de pesquisa originais e aos interesses teóricos que as sustentam, e abordá-los com argumentos baseados nos padrões que surgiram na exploração dos textos. Esta é uma tarefa complexa e desafiadora, difícil de explicar processualmente.

As barreiras e facilitadores para adesão hábitos saudáveis em pessoas com DM2 foram categorizadas à luz dos conceitos de Whittlemore et al. (2004) que evidencia múltiplos níveis de influência que podem afetar as mudanças de comportamento. Os níveis de influência incluem fatores intrapessoais, interpessoais e ambientais (Adhikari; Devkota; Cesuroglu, 2021; Campbell; Egede, 2020; Rubio-Valera *et al.*, 2014; Whittlemore; Melkus; Grey, 2004).

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo amparou-se em princípios éticos da Resolução nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto matricial da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e foi aprovado por meio do parecer nº 5.931.419 (ANEXO A), também há anuência da Secretaria Municipal de Iranduba por meio da carta de anuência (ANEXO B).

Para comprovação de aceite e participação nesta pesquisa qualitativa, os ACS e os usuários com DM2 assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A e B) em duas vias, e o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz de Maior Capaz (APÊNDICE C) em duas vias, comprovando seu aceite para registros audiovisuais.

Para garantir o sigilo e o anonimato, os fragmentos das falas dos participantes do *World Café* foram identificados por códigos: “US” para os usuários (numerados de US1 a US32) e “A” para os Agentes Comunitários de Saúde (numerados de A1 a A17). Já os participantes das entrevistas semiestruturadas foram identificados pela letra “U”, seguida do número correspondente à ordem da entrevista (U1 a U15).

O anonimato dos participantes foi garantido e as seguintes etapas foram seguidas: o TCLE foi disponibilizado em uma via para os participantes. Os participantes foram devidamente orientados sobre os procedimentos aos quais foram submetidos, os benefícios e riscos da pesquisa, bem como a sua relevância social. Somente após compreenderem essa etapa e confirmarem sua participação no estudo, foram convidados a assinar o TCLE. Os princípios da beneficência, não maleficência, justiça, equidade e autonomia foram respeitados em relação aos participantes da pesquisa.

A participação em pesquisas envolve tanto riscos quanto benefícios para os participantes. Nesta pesquisa o risco para o participante é a possibilidade de constrangimento psicológico durante as entrevistas. Também é esperado o seguinte benefício com esta pesquisa: a melhora da capacidade de cuidado às doenças crônicas prestadas pelos ACS aos usuários.

5.8.1 Riscos

Ao realizar pesquisas com seres humanos, é importante considerar que existem possibilidades de causar danos em diferentes aspectos da vida das pessoas, como físico, psicológico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Para evitar esses riscos, é fundamental divulgar adequadamente os resultados, manter a descrição das informações coletadas e garantir o sigilo dos participantes envolvidos.

Aqueles que concordaram em participar desta pesquisa podem estar sujeitos a riscos mínimos, como estresse, cansaço e desconforto emocional ao responder o formulário. Foi garantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados obtidos através dos questionamentos, utilizando pseudônimos para preservar a identidade dos sujeitos e reduzir constrangimentos.

Durante todo o processo desta pesquisa, foi garantido o anonimato e a liberdade do participante de interrompê-lo sem prejudicar a pesquisa ou a si mesmo. Foi assegurada a

confidencialidade, privacidade, proteção da imagem e evitar qualquer estigmatização. As informações não serão utilizadas para prejudicar indivíduos ou comunidades, incluindo aspectos relacionados à autoestima, prestígio ou aspectos financeiros

5.8.2 Benefícios

Os benefícios desse estudo são amplos, pois permite aos pesquisadores adquirirem conhecimento, aprimorar-se no tema e produzir trabalhos científicos, beneficiando a todos os envolvidos. A sociedade também é beneficiada, pois através das publicações dos resultados desta pesquisa, as melhorias na assistência podem ser realizadas, através de mais ações para promoção da saúde.

Em suma, esse estudo que aborda barreiras e facilitadores para a adesão de hábitos saudáveis em pessoas com diabetes é fundamental para aprimorar a assistência e promover uma melhor qualidade de vida para esses usuários. Ao garantir a proteção dos participantes, identificar obstáculos e facilitadores, e contribuir para políticas públicas mais efetivas, tais pesquisas têm um impacto positivo tanto no nível individual quanto na saúde.

6. RESULTADOS

ARTIGO 1

Artigo submetido na Revista Ciência & Saúde Coletiva em 25/09/2024 (Comprovante de submissão Anexo C).

Barreiras e facilitadores para adesão a hábitos alimentares saudáveis em pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)

Barriers and facilitators for adherence to healthy eating habits in people with Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM)

Resumo

Este estudo teve como objetivo analisar as percepções de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e agentes comunitários de saúde sobre barreiras e facilitadores que influenciam na adesão de hábitos alimentares saudáveis. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa com interface participativa utilizando a técnica grupal World Café e entrevistas semiestruturadas. Participaram do estudo usuários com DM2 e agentes comunitários de saúde assistidos pela atenção primária no Amazonas, Brasil. O conteúdo das sessões de World Café e das entrevistas semiestruturadas foram transcritos na íntegra e processados com auxílio do software Atlas.ti24 e analisados mediante a Análise de Redes Temáticas. Os achados revelaram que as principais barreiras encontradas foram a dificuldade financeira, falta de apoio familiar e a falta de profissionais capacitados e qualificados. Os principais facilitadores foram a conscientização sobre alimentação saudável, condições financeiras adequadas e o apoio familiar. Conclui-se que os fatores intrapessoais influenciam significativamente tanto como barreiras quanto como facilitadores na adesão a hábitos alimentares saudáveis dos usuários com DM2 atendidos pela atenção primária no contexto amazônico.

Palavras-chave: Estilo de vida saudável; atenção primária à saúde; pesquisa qualitativa

ABSTRACT

This study aimed to analyze the perceptions of community health workers and individuals with Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) regarding the barriers and facilitators that influence adherence to healthy eating habits. It is a qualitative study with a participatory approach, using the World Café group technique and semi-structured interviews. The study involved community health workers and T2DM patients assisted by primary care in Amazonas, Brazil. The content from the World Café sessions and semi-structured interviews was fully transcribed and processed using Atlas.ti24 software and analyzed through Thematic Network Analysis. The findings revealed that the main barriers identified were financial difficulties, lack of family support, and the absence of trained and qualified professionals. The main facilitators were awareness of healthy eating, adequate financial conditions, and family support. It is concluded that intrapersonal factors significantly influence both barriers and facilitators in the adherence to healthy eating habits among T2DM patients in primary care within the Amazonian context.

Keywords: Healthy Lifestyle; primary health care; qualitative research.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) constitui um desafio para usuários, sua família e profissionais de saúde na obtenção de um bom controle glicêmico e metabólico, a fim de minimizar complicações a curto e longo prazo (Faria *et al.*, 2013; Polhuis *et al.*, 2021). O aumento da morbidade e a elevação das taxas de mortalidade relacionados ao DM fizeram com que essa doença e agravo não transmissível (DANT) fosse incluída como um dos eixos prioritários na Atenção Primária à Saúde (APS) (Lopes *et al.*, 2022).

A APS exerce um papel fundamental na prevenção das complicações agudas e crônicas ocasionadas pelo diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (Muzy *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2018). As ações relacionadas a alimentação e nutrição objetivam a ampliação da qualidade dos planos de intervenção, salientando que as práticas alimentares saudáveis se constituem importante em todas as fases da vida (Lima *et al.*, 2019; Lopes *et al.*, 2022; Nunes *et al.*, 2021).

Uma alimentação saudável pode ser desafiadora para indivíduos com DM2. A não adesão ao tratamento prejudica a resposta fisiológica à doença, a relação profissional-paciente e aumenta o custo direto e indireto do tratamento (Polhuis *et al.*, 2021). Para que ocorra uma mudança concreta e significativa, o usuário deve ser motivado para o enfrentamento das barreiras e aprimoramento dos facilitadores para uma mudança de comportamento sólida (Tonosaki *et al.*, 2018a).

No ano de 2016, no estado do Amazonas, as internações no Sistema Único de Saúde (SUS) correspondiam a 134.169, sendo que 15.884 foram de pessoas acima de 60 anos de idade, o que pode estar relacionado ao acelerado envelhecimento da população, com maior tendência ao sedentarismo e a hábitos alimentares indevidos, além de outras mudanças sociais e comportamentais, que contribuem para os crescentes níveis de incidência e prevalência de DM2 (Dolzane; Schweickardt, 2020; Fernandez *et al.*, 2020).

A relação entre hábitos de vida saudáveis e diabetes tem sido amplamente estudada pela comunidade científica. Estudos indicam que a adesão a uma alimentação balanceada, rica em fibras e pobre em gorduras saturadas, associada à prática regular de exercícios físicos, pode reduzir o risco de desenvolver DM2 (Mendes, Guilherme Falcão *et al.*, 2017; Mohamed Nor *et al.*, 2019; Skoglund *et al.*, 2022).

Esse estudo é inédito e válido, pois foi realizado em um município do interior do estado do Amazonas, que, embora pouco destacado, é marcado pela diversidade cultural, culinária e tradições alimentares únicas, além dos desafios logísticos e climáticos enfrentados por essa população, os quais podem impactar na disponibilidade e no consumo de alimentos saudáveis.

Portanto, explorar o tema barreiras e facilitadores para adesão de hábitos alimentares saudáveis em usuários com DM2 e identificar esses fatores é primordial para promover um melhor controle da doença. Assim, realizou-se esse estudo a fim de preencher essa lacuna e contribuir para uma compreensão mais profunda da situação específica dessa população, além de proporcionar concepções importantes que podem ser aplicadas a outras comunidades com características semelhantes (Mohamed Nor *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2016; Souza; Ferreira; Freitas, 2022).

Diante disso, o objetivo deste estudo é analisar as percepções de pessoas com DM2 e agentes comunitários de saúde (ACS) sobre barreiras e facilitadores que influenciam na adesão de hábitos alimentares saudáveis.

METODOLOGIA

Este estudo utilizou uma abordagem qualitativa, com interface participativa, inserida em um macroprojeto intitulado "Intervenção liderada por agentes comunitários de saúde para manejo de Diabetes tipo 2 no interior do Amazonas". Conforme Teixeira (2019), a abordagem participativa promove a produção compartilhada do conhecimento, considerando os participantes do estudo, que convivem com a doença, como coadjuvantes no processo de investigação. Foi utilizado o checklist *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) nesta pesquisa.

A população do estudo foi composta por 17 ACS e 47 usuários com DM2, todos vinculados a seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Iranduba, Amazonas. Os critérios de inclusão para os participantes foram: ACS vinculados à UBS e usuários com DM2 com idade superior a 18 anos, sem restrições quanto a sexo ou raça, e com vínculo de pelo menos 6 meses com uma das seis UBS. Critérios de exclusão incluíram ACS em férias, licenças ou afastamentos e usuários com DM2 que apresentassem incapacidade física, intelectual ou comunicativa que prejudicasse sua participação no estudo.

A produção de dados foi realizada por meio da técnica do World Café e de entrevistas semiestruturadas. O grupo do World Café foi composto por 32 usuários com DM2 e 17 ACS, sendo que os encontros ocorreram em horários distintos: pela manhã para os usuários e pela tarde para os ACS. Os encontros foram organizados em dois momentos para cada grupo, denominados "Prosa e Café". O primeiro encontro abordou as barreiras à adesão de hábitos alimentares saudáveis, enquanto o segundo focou nos facilitadores para essa adesão.

A equipe de pesquisa foi treinada para acompanhar as dinâmicas e facilitar o diálogo nas mesas. Durante o World Café, os participantes também responderam a um questionário sociodemográfico, e ao final, compartilharam suas percepções em uma plenária.

Além disso, entrevistas semiestruturadas foram conduzidas para complementar os dados obtidos no World Café. Essas entrevistas seguiram um roteiro dividido em duas partes: uma caracterização sociodemográfica e perguntas abertas sobre as barreiras e facilitadores para a adesão de hábitos saudáveis. As entrevistas foram realizadas em visitas domiciliares, com gravações feitas em tablets e posteriormente transcritas. Os dados foram coletados até o ponto de saturação, caracterizado pela ausência de novas percepções ou temas relevantes, sem alterar a compreensão do fenômeno estudado (Falqueto; Hoffmann; Farias, 2018; Nascimento *et al.*, 2018).

O processo analítico utilizou o software Atlas.ti 24 (*Qualitative Research and Solutions*) e as diretrizes da Análise de Redes Temáticas (Attride-Stirling, 2001; Souza Neto *et al.*, 2019), em consonância com o marco conceitual adotado. Inicialmente, a equipe de pesquisa elaborou um conjunto preliminar de códigos de forma dedutiva, que passou por uma segunda rodada de codificação para revisão e refinamento. Nessa etapa, foram identificados padrões e temas, resultando na criação da Rede Temática: Barreiras e Facilitadores para a adesão de hábitos alimentares saudáveis. Nos temas básicos, foram identificados 13 códigos básicos para as barreiras e 15 códigos básicos para os facilitadores.

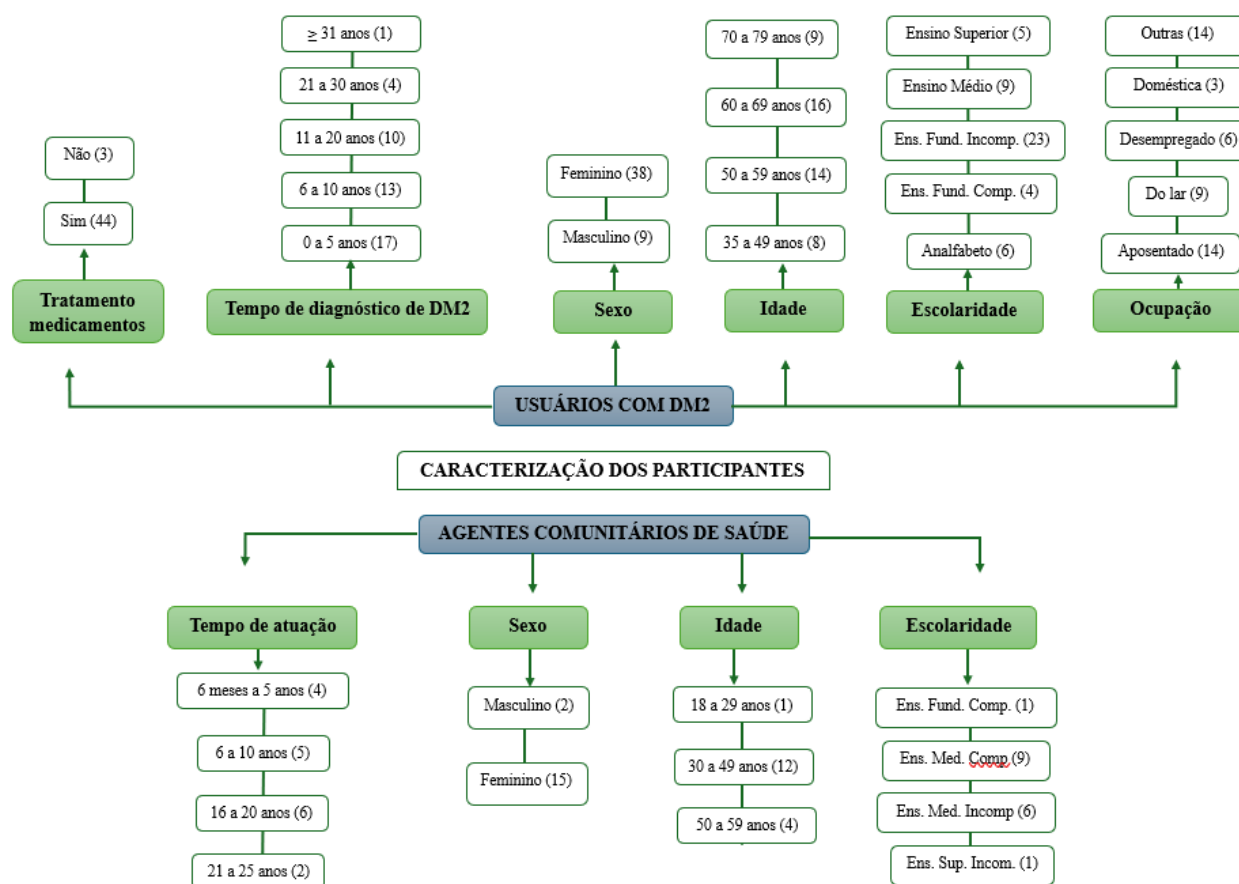
O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos nas Resoluções nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), conforme o parecer nº 5.931.419, e contou com a anuência da Secretaria Municipal de Iranduba. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e autorizaram o uso de suas imagens e vozes.

Para garantir o sigilo e o anonimato, os fragmentos das falas dos participantes do World Café foram identificados por códigos: “US” para os usuários (numerados de US1 a US32) e “A” para os Agentes Comunitários de Saúde (numerados de A1 a A17). Já os participantes das entrevistas semiestruturadas foram identificados pela letra “U”, seguida do número correspondente à ordem da entrevista (U1 a U15).

RESULTADOS

A maioria dos participantes era do sexo feminino, tanto entre os ACS quanto entre os usuários, totalizando 81,25% (52), com idades variando entre 30 e 79 anos. Entre os usuários, o nível de escolaridade mais comum foi o "Ensino Fundamental incompleto", correspondente a 71,88% (23), enquanto entre os ACS predominava o "Ensino Médio completo", representando 52,94% (9) (Figura 2)

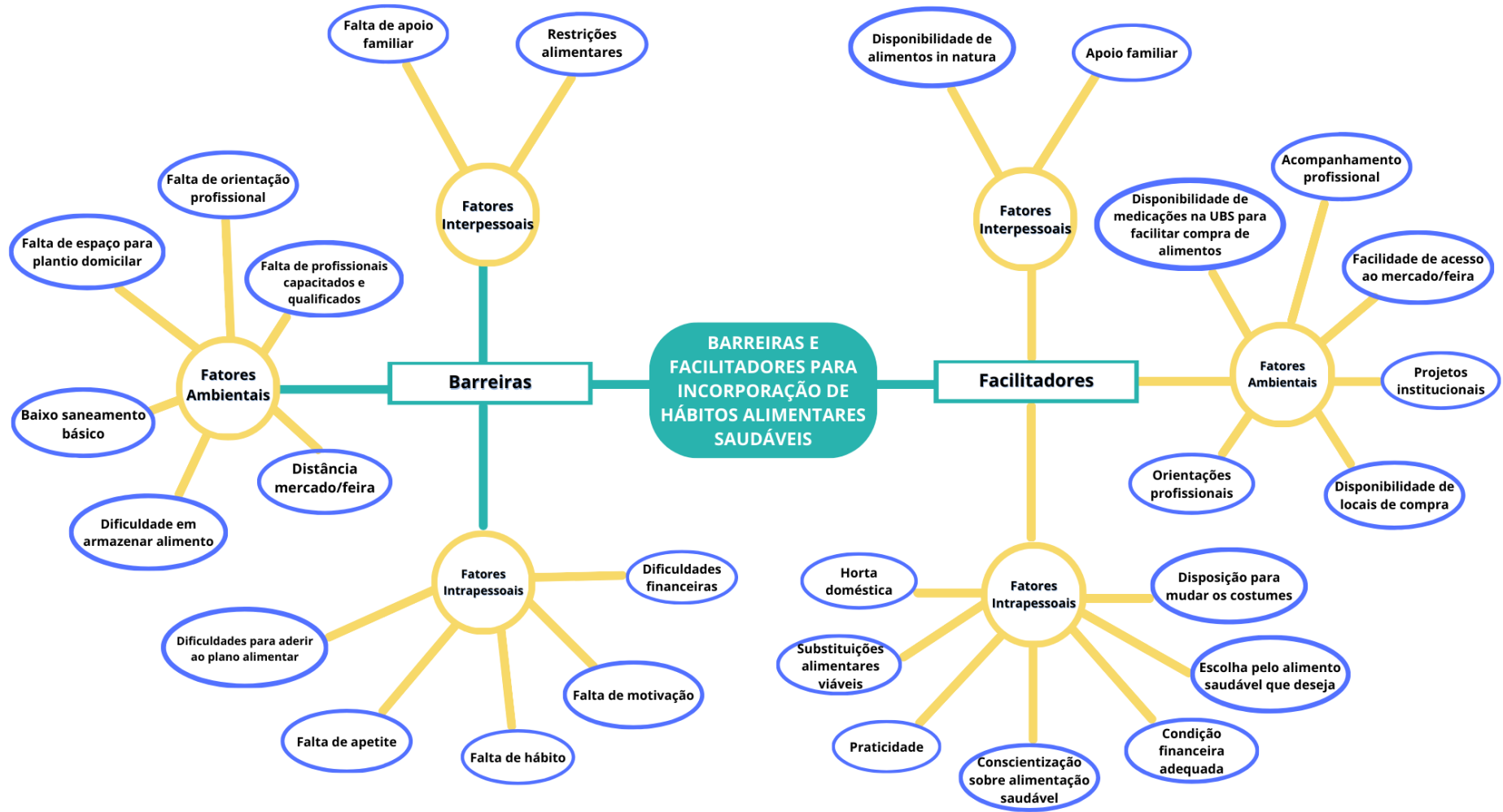
Figura 2. Caracterização dos participantes da pesquisa



Fonte: Os autores (2024)

A rede temática "Barreiras e Facilitadores para a Adesão de Hábitos Alimentares Saudáveis" organizou três temas principais: fatores intrapessoais, interpessoais e ambientais. Esses tópicos estão sintetizados na Figura 2 e são baseados nos conceitos de Whittlemore, que destacam os múltiplos níveis de influência sobre as mudanças de comportamento (Whittemore; Melkus; Grey, 2004).

Figura 3. Estruturação da rede temática do “Prosa e Café”



Fonte: Os autores (2024)

Barreiras para adesão de hábitos alimentares saudáveis

O primeiro tema organizacional denominado “Fatores intrapessoais” é composto por cinco temas básicos que abordam sobre as dificuldades internas que os usuários com DM2 enfrentam ao tentarem aderir a um plano alimentar saudável. Esses desafios surgem devido a falta de recursos financeiros, desejos alimentares inadequados, falta de familiaridade com certos alimentos ou práticas alimentares e a falta de motivação.

A4: *“Muitas das vezes o dinheiro deles só é pra despesas de casa, não sobra pra comprar os alimentos.”*

US5: *“A minha dificuldade é ter que escolher na feira entre 1 verdura e 1 fruta ou ter que pagar a consulta ou medicamento.”*

US2: *“É difícil se alimentar saudável por já estamos acostumados a comer de tudo [...]”*

Composto por dois temas básico, o segundo tema de organização intitulado “Fatores interpessoais” aborda sobre como as relações interpessoais afetam na não adesão a hábitos alimentares saudáveis. Comportamentos esses que estão relacionados a falta de apoio familiar e restrições na alimentação.

A2: *“Se na minha casa tem um diabético e o resto não são, a senhora acha que ele vai escolher comer o que não é para ele comer? Ele vai comer o que todos que estão comendo ali.”*

US3: *“Também foi relatado que, às vezes, a gente faz comida em casa, uma comida gostosa para o filho, para o esposo e a gente tem que comer aquela comida sem graça.*

O peixe grelhado, só com salada, sem sabor agradável. Muitas pessoas falaram isso.”

Os fatores ambientais são denominados no terceiro tema de organização e são formados por seis temas básicos. Neles os usuários relataram os desafios enfrentados em comunidades devido a condições ambientais, gestão de serviços de saúde e sociais que geram impactos na adesão a hábitos alimentares saudáveis. Isso incluiu questões como baixo saneamento básico, distância para os locais de compra, falta de profissionais capacitados, entre outros.

A10: *“A distância está fazendo eles não terem essa alimentação mais adequada para eles, por quê? Quando eles saem da UBS, o médico já dá as orientações para eles procurarem. Mas eles não vão por causa da distância e muitas das vezes eles não querem tirar o dinheiro do bolso para pagar um mototáxi”.*

U12: *“Não tem nutricionista para fazer a consulta sobre alimentação adequada”.*

Facilitadores para adesão de hábitos alimentares saudáveis

O primeiro tema organizacional intitulado “Fatores intrapessoais” é formado por sete temas básicos que se referem a como os usuários características individuais que influenciam

um indivíduo na adesão a prática alimentar de forma saudável. Isso inclui atitudes e percepções pessoais sobre a alimentação saudável, condições financeiras, preferências e substituições alimentares, além de possibilidade de plantio e cultivo próprio.

US7: *“Comia tudo integral e a diabetes não baixava, passei a comer tudo natural como verdura, fruta do quintal e consegui baixá-la.”*

A1: *“Facilita ter uma alimentação básica, porque todo mundo sabe que está tudo caro as frutas. Aqui no Iranduba tem mas só se você tiver um bom ganho para você comprar.”*

Composto por dois temas básicos, o segundo tema de organização denominado “Fatores interpessoais” aborda sobre como as interações externas contribuem para o propósito de uma alimentação saudável. Comportamentos esses que estão relacionados com o apoio de familiares e disponibilidade para se ter uma alimentação saudável.

US3: *“Então, aqui a gente tem fartura de frutas, verduras e peixe. Quando você não consegue comprar o peixe, você pesca ou seu sobrinho vai lá e pesca. Quando você não tem condições de comprar uma fruta, tem lá no quintal.”*

U9: *“Quando eu não tenho dinheiro eu não posso comprar, as vezes minhas filhas compram e me dão. Meu filho quando está aqui não se esquece de mim [...] minha alimentação não falta! Ele ajuda no que ele pode. Ai meus genros compram também e é assim.”*

Como terceiro tema de organização estão os “Fatores ambientais”, composto por seis temas básicos que abordam de que forma o ambiente e o meio externo refletem na facilidade de poder comer melhor e mais saudável. Neles os participantes relataram o acompanhamento profissional especializado, presença de projetos institucionais, facilidade de acesso aos locais de compra, entre outros.

A1: *“Os usuários têm consulta, eles têm atendimento na UBS. Então, se nessa ação tivesse todos os profissionais [...] não fosse somente o enfermeiro, o ACS e o técnico, e tivesse nutricionista, profissional da educação física orientando, tenho certeza de que eles sim mudariam esse hábito alimentar.”*

A9: *“Facilitaria uma ação no hiperdia com acompanhamento nutricional.”*

U6: *“Facilitaria é que tivesse aqui pela comunidade um hortifruti, por exemplo, e com preço acessível.”*

DISCUSSÃO

Este estudo explorou as barreiras e os facilitadores para adesão de hábitos alimentares saudáveis percebidos e vivenciados por usuários com DM2 e ACS no contexto da Atenção Primária. As falas significativas dos participantes revelaram fatores importantes que influenciam direta e indiretamente na adesão desse hábito saudável. Observou-se que a baixa

escolaridade dos usuários com DM2 neste estudo afeta significativamente o conhecimento sobre os cuidados com a saúde e a busca por auxílio especializado, impactando diretamente na qualidade de vida do indivíduo (Dolzane; Schweickardt, 2020; Gonçalves; Domingos, 2019).

Os fatores “condições financeiras” e “apoio familiar” apareceram tanto como fatores facilitadores como também em barreiras para a adesão de hábitos alimentares saudáveis. A análise a seguir iniciará com a abordagem dos aspectos classificados como barreiras.

A dificuldade financeira foi a barreira mais citada nos relatos dos participantes. Essa discussão também feita no estudo de Santos et al. (2019), onde os autores enfatizam que o preço dos produtos envolve mais do que a organização orçamentária individual ou familiar, é determinado por escolhas econômicas e políticas que nem sempre priorizam a alimentação saudável. Além disso, as restrições econômicas à compra do alimento conduzem a dietas com baixo consumo de frutas e hortaliças e de alta densidade energética (Bento; Esteves; França, 2015).

Complementando o parágrafo anterior, os achados de Espinosa et al. (2021) também apontam que a escassez ou a falta de dinheiro juntamente com fatores psicológicos pessoais como a antipatia por alguns alimentos saudáveis, tentação de comer mais e gosto por alimentos não saudáveis foram consideradas barreiras para adesão da alimentação saudável.

Mudar hábitos alimentares é um processo complexo e a superação das barreiras percebidas, o aumento da conscientização geral sobre a saúde, a influência social e a autoeficácia podem ser essenciais para implementar e sustentar essas modificações (Seguin *et al.*, 2014). Em relação às barreiras, a adesão a hábitos alimentares saudáveis tem sido frequentemente dificultada por fatores como a falta de motivação, o déficit de autocontrole ou conhecimento nutricional e as dificuldades financeiras (Polhuis *et al.*, 2021).

Um outro fator importante bastante citado nas falas dos participantes foi a participação da família como barreira, a falta desse apoio reflete no cuidado com a alimentação. A família pode ser considerada um contexto social nuclear no qual os comportamentos, as ações e os hábitos de vida sofrem influência cíclica. Desse modo, o contexto familiar influencia fortemente o estado de saúde de cada indivíduo e este, por sua vez, influencia o modo pelo qual a unidade familiar funciona (Almeida *et al.*, 2022; Zanetti *et al.*, 2008).

Para mais, uma outra limitação identificada foi a carência de profissionais especializados, como os nutricionistas, associada à ausência de orientações adequadas, o que resulta na baixa adesão a hábitos alimentares saudáveis. No contexto da Atenção Primária do SUS, os nutricionistas desempenham um papel fundamental como interlocutores na promoção do cuidado para o DM2 (Lima *et al.*, 2019; Rodrigues *et al.*, 2024). Essa interlocução ocorre

tanta nas equipes multiprofissionais quanto o contato direto com a população, possibilitando a implementação de ações de promoção da saúde e a formação de grupos de apoio (Souza; Ferreira; Freitas, 2022).

A respeito dos aspectos facilitadores, o cultivo dos próprios alimentos, especificamente por meio de uma “horta doméstica”, é de significativa importância. O Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2020) afirma que o cultivo de alimentos em casa representa um estímulo substancial para uma alimentação adequada e saudável. Complementarmente, Silva, Santos e Almeida (2021) e Dode et al. (2021) destacam que a prática de cultivar alimentos em hortas domésticas não apenas favorece uma dieta mais saudável e sustentável, mas também reduz os custos associados à compra de hortaliças e incentiva uma abordagem mais cuidadosa em relação aos alimentos.

Concomitante a isso, a “conscientização sobre alimentação saudável” e a “disposição para mudança de hábitos” descritas nesta pesquisa como fatores facilitadores intrapessoais, também é relatada no estudo de Sebire et al. (2018). Nesse estudo os autores descrevem estes temas como motivação autônoma e dizem que este fator é importante para prática regular de AF e alimentação saudável.

Em relação aos aspectos facilitadores interpessoais, os achados deste estudo corroboram com a pesquisa de Espinosa et al. (2021) que encontrou o propósito pessoal e o apoio familiar como os principais facilitadores para adesão a alimentação saudável. A participação da família também é abordada nos estudos de Mendes et al. (2017) e Polhuis et al. (2021) os quais evidenciam que o envolvimento familiar contribui para adesão e autogestão da DM2, principalmente fora dos espaços supervisionados.

Além dos fatores supracitados, os relatos dos participantes deste estudo enfatizaram também que o acompanhamento profissional juntamente com orientações especializadas é facilitadores para adesão a uma boa alimentação. Isso também foi encontrado nas falas dos participantes da pesquisa de Siopis, Colagiuri e Allman-Farinello (2021) nas quais relataram que para facilitar a adesão de hábitos alimentares saudáveis é preciso melhorar a alfabetização alimentar e nutricional, receber apoio social e familiar, além de acompanhamento por nutricionistas.

CONCLUSÃO

As falas obtidas nesta pesquisa possibilitaram compreender que os fatores intrapessoais influenciam significativamente na adesão a hábitos alimentares saudáveis dos usuários com DM2 atendidos pela atenção primária no contexto amazônico. No concerne as barreiras foi

perceptível que a falta de recurso financeiros, hábitos alimentares inadequados, falta de apoio familiar e ausência de competência técnica especializada estiveram presentes em grande parte dos relatos. Ademais, identificou-se aspectos facilitadores para uma alimentação adequada e saudável e incluem a conscientização por uma boa alimentação, condições financeiras adequadas, o próprio cultivo dos alimentos, o apoio familiar, a presença de profissional qualificado, o acesso a projetos e programas institucionais, bem como a disponibilidade de alimentos acessíveis.

Esses achados podem informar o desenvolvimento de novas pesquisas voltadas para a melhoria de programas de promoção da saúde que tenham a modificação comportamental como pilar central. Programas focados em mudanças comportamentais para uma alimentação saudável mostram-se promissores para a melhoria da saúde da população atendida pela Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Assim, a educação em diabetes deve ser centrada na equipe multidisciplinar, no sistema familiar, no usuário e nos recursos sociais disponíveis, sendo que a presença de uma rede de apoio efetiva potencializa a eficácia do processo educativo.

FINANCIAMENTO

Este estudo contou com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM) Chamada FAP/CNPq 003/2022 e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araújo MFM, Damasceno MMC. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2013;26(3):231–8.
2. Polhuis KCMM, Vaandrager L, Soedamah-Muthu SS, Koelen MA. Development of a salutogenic intervention for healthy eating among Dutch type 2 diabetes mellitus patients. *Health Promot Int*. 2021;36(6):1694–704.
3. Lopes CG da S, Rocha TAH, Thomaz ÉBAF, Tonello AS, Rocha NC da S, Duarte KMM, et al. Desigualdades macrorregionais na atenção primária ao Diabetes Mellitus: comparação dos três ciclos do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2022;46(133):376–91.
4. Muzy J, Campos M, Emmerick I, Avelar FG de. Caracterização da atenção ao paciente com diabetes na atenção primária a partir do PMAQ-AB. *Cien Saude Colet*. 2022;27(9):3583–602.

5. Santos AL, Andrade CJ do N, Santos MS, Silva Neto MF, Porto TD. Percepção dos usuários com diabetes acerca da assistência recebida na atenção primária à saúde. *Revista de APS*. 2018;21(2):251–8.
6. Lima MRS, Paiva DP, Silva JV, Moraes RRM, Silva LR, Cardoso AAR, et al. A visão dos agentes comunitários de saúde sobre a importância do nutricionista na atenção básica. *Brazilian Journal of Health Review*. 2019;2(6):6041–9.
7. Nunes LB, Santos JC, Reis IA, Torres HC. Atitudes para o autocuidado em diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2021;34:1–8.
8. Tonosaki LMD, Rech CR, Mazo GZ, Antunes G de A, Benedetti TRB. Barriers and facilitators to participate in behavior change program: analysis of focus groups. *Revista Brasileira de Ciencias do Esporte*. 2018;40(2):138–45.
9. Dolzane R da S, Schweickardt JC. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020;18(3).
10. Fernandez AC, Oliveira SA de, Lobato TCL, Matos S de A, Xavier MV, Albuquerque FHS, et al. Prática de campo em saúde das populações amazônicas: um relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;(48):e3242.
11. Mendes GF, Rezende ALG, Dullius J, Nogueira JAD. Barreiras e facilitadores da adesão a um programa de educação em diabetes: a visão do usuário. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2017;22(3):278–89.
12. Mohamed Nor N, Mohd Shukri NA, Mohd Yassin NQA, Sidek S, Azahari N. Barriers and enablers to make lifestyle changes among type 2 diabetes patients: A review. *Sains Malays*. 2019;48(7):1491–502.
13. Skoglund G, Nilsson BB, Olsen CF, Bergland A, Hilde G. Facilitators and barriers for lifestyle change in people with prediabetes: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1–27.
14. Silva DO, Ell E, Frozi DS, Capella C. Os hábitos alimentares culturais e a pobreza como barreiras à promoção da alimentação saudável em centros de saúde de atenção básica no Distrito Federal/Brasil. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2016;27(2):105–18.
15. Souza RMF de, Ferreira JC de S, Freitas FMN de O. Diabetes mellitus tipo 2: percepção da intervenção alimentar como causa e tratamento. *Research, Society and Development*. 12 de novembro de 2022;11(15):1–9.
16. Teixeira E. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2019;9:1–3.

17. Falqueto J maria zandonade, Hoffmann VE, Farias JS. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma Experiência de Aplicação em Estudo na Área de Administração. *Revista de Ciências da Administração*. 2018;20(52):40–53.
18. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM de, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):228–33.
19. ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. ATLAS.ti Windows (version 24) [Qualitative data analysis software]. Disponível em:<<https://atlasti.com>>.
20. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*. 2001;1(3):385–405.
21. Souza Neto RA de, Dias GF, Silva RR da, Ramos ASM. Efeitos dos Softwares de Análise de Dados Qualitativos na Qualidade de Pesquisas. *Revista de Administração Contemporânea*. 2019;23(3):373–94.
22. Whittemore R, Melkus GD, Grey M. Applying the Social Ecological Theory to Type 2 Diabetes Prevention and Management. *J Community Health Nurs*. 2004;21(2):87–99.
23. Gonçalves RM, Domingos IM. Riverside population in Amazonas and inequality in access to health. *Revista de Estudos Constitucionais, Hermeneutica e Teoria do Direito*. 2019;11(1):99–108.
24. Santos GMGC, Silva AMR, Carvalho WO, Rech CR, Loch MR. Perceived barriers for the consumption of fruits and vegetables in Brazilian adults. *Cien Saude Colet*. 2019;24(7):2461–70.
25. Bento IC, Esteves JMDM, França TE. Alimentação saudável e dificuldades para torná-la uma realidade: percepções de pais/responsáveis por pré-escolares de uma creche em Belo Horizonte/MG, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2015;20(8):2389–400.
26. Espinosa JNS, Malagón MYR, Granados SPL, Clavijo OSA, Herrera MCG, Heredia LPD. Barriers and Facilitators that Influence on Adopting Healthy Lifestyles in People with Cardiovascular Disease. *Invest Educ Enferm*. 2021;39(3):1–12.
27. Seguin R, Connor L, Nelson M, Lacroix A, Eldridge G. Understanding barriers and facilitators to healthy eating and active living in rural communities. *J Nutr Metab*. 2014;14:1–8.
28. Zanetti ML, Biagg MV, Santos MA, Péres DS, Teixeira CRS. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(2):186–92.

29. Almeida LRS, Silva AAN, Rossetti FX, Tamasia GA. As dificuldades de adesão ao tratamento dietoterápico em pacientes idosos diabéticos. *Revista Saúde em Foco*. 2022;14:543–56.
30. Rodrigues ES, Bezerra ENC, Sousa LRB, Pereira IC, Monte ZLO, Macedo JL, et al. Fatores que dificultam a adesão à terapia nutricional em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 2024;18(1):143–51.
31. Ministério da Saúde (BR). Cultivar o próprio alimento é um incentivo para a alimentação adequada e saudável (2020). Disponível em :<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-alimentar-melhor/noticias/2021/cultivar-o-proprio-alimento-e-um-incentivo-para-a-alimentacao-adequada-e-saudavel>>. Acesso em 28 de agosto de 2024.
32. Silva BCS, Santos VS, Almeida MEF. Hortas domésticas: uma fonte de saúde dentro de casa. *Research, Society and Development*. 2021;10(11):1–11.
33. Dode LB, Chaves ALS, Zanusso JT, Torsian WS. Microverdes: Cultivo doméstico na promoção da saúde e bem-estar. *Expressa Extensão*. 2021;26(1):172–81.
34. Sebire SJ, Toumpakari Z, Turner KM, Cooper AR, Page AS, Malpass A, et al. I’ve made this my lifestyle now: A prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1–10.
35. Siopis G, Colagiuri S, Allman-Farinelli M. People With Type 2 Diabetes Report Dietitians, Social Support, and Health Literacy Facilitate Their Dietary Change. *J Nutr Educ Behav*. 2021;53(1):43–53.

ARTIGO 2

Artigo a ser submetido

Barreiras e facilitadores para adesão à prática de atividade física em pessoas com diabetes tipo 2

Barriers and facilitators for adherence to physical activity practice in people with type 2 diabetes

Introdução: A atividade física (AF) melhora o controle glicêmico e a ação da insulina, reduz o risco cardiovascular e também auxilia na perda de peso e no bem-estar geral. Há conhecimento muito limitado sobre fatores que facilitam ou dificultam a prática de AF envolvendo a população amazônica que convive com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Conhecer esses fatores é primordial para que medidas sejam tomadas e ocorra o aumento na adesão a esse hábito saudável. **Objetivo:** analisar as percepções de pessoas com DM2 sobre barreiras e facilitadores que influenciam na adesão à prática regular de atividade física. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, com interface participativa, utilizando a técnica grupal World Café e entrevistas semiestruturadas. Participaram do estudo agentes comunitários de saúde e usuários com DM2 assistidos pela atenção primária de uma cidade no Amazonas, Brasil. O conteúdo das sessões de World Café e das entrevistas semiestruturadas foram transcritos na íntegra e processados com auxílio do software Atlas.ti24. Os dados foram realizados mediante a Análise de Redes Temáticas. **Resultados:** Os resultados geraram um tema global, a saber barreiras e aos facilitadores para adesão à prática de exercícios físicos. As principais barreiras encontradas foram limitações físicas, falta de motivação, dificuldades financeiras, falta de conhecimento, falta de profissionais capacitados e qualificados, distância dos locais de AF, já os principais facilitadores foram a presença de um local adequado na abrangência da UBS, orientações profissionais, presença de profissionais capacitados e qualificados, motivação pessoal, apoio familiar e condições financeiras adequadas. **Conclusão:** Ficou claro e evidente que os fatores intrapessoais estão presentes na maioria dos relatos tanto como barreiras quanto facilitadores e interferem diretamente na adesão à prática regular de AF de usuários com DM2 no contexto amazônico.

Palavras-chave: Exercício físico, estilo de vida saudável, cooperação e adesão ao Tratamento, pesquisa qualitativa

Introduction: Physical activity (PA) improves glycemic control and insulin action, reduces cardiovascular risk, and also aids in weight loss and overall well-being. There is very limited knowledge about the factors that facilitate or hinder the practice of PA among the Amazonian population living with Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM). Understanding these factors is essential for taking measures that could increase adherence to this healthy habit. **Objective:** To analyze the perceptions of individuals with T2DM regarding barriers and facilitators that influence adherence to regular physical activity. **Method:** A qualitative study with a participatory approach, using the World Café group technique and semi-structured interviews. Community health agents and users with T2DM who receive care from primary health services in a city in Amazonas, Brazil, participated in the study. The content from the World Café sessions and semi-structured interviews was fully transcribed and processed with the help of Atlas.ti24 software. The data were analyzed using Thematic Network Analysis. **Results:** The results generated a global theme, namely barriers and facilitators to adherence to physical exercise. The main barriers identified were physical limitations, lack of motivation, financial difficulties, lack of knowledge, lack of trained and qualified professionals, and distance from PA locations. The main facilitators included the presence of an appropriate location within the coverage area of the Basic Health Unit (UBS), professional guidance, the presence of trained and qualified professionals, personal motivation, family support, and adequate financial conditions. **Conclusion:** It was clear and evident that intrapersonal factors were present in most accounts, both as barriers and facilitators, and they directly interfere with adherence to regular PA among individuals with T2DM in the Amazonian context.

Keywords: Exercise, healthy Lifestyle, treatment adherence and compliance, qualitative research

INTRODUÇÃO

Considerado um problema de saúde pública, o Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) tem uma prevalência global padronizada por idade de 6,1% (Ong *et al.*, 2023). O tratamento está sendo feito por uma média de 37% das pessoas com DM2 que vivem em países de renda média-baixa, das quais apenas 23% tinham controle adequado (Shahrestanaki *et al.*, 2024).

Neste contexto, as modificações no estilo de vida têm sido uma estratégia crucial para lidar com a epidemia de DM2 (American Diabetes Association, 2019; Schmidt *et al.*, 2020), como o envolvimento consistente em atividade física (AF), adesão a uma dieta saudável e medicação prescrita (Cartagena *et al.*, 2022; Che *et al.*, 2022).

Em relação à AF para pessoas com DM2, a literatura destaca benefícios como a melhora da sensibilidade à insulina e da tolerância à glicose, a redução dos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c), a perda de peso, a melhora do sistema cardiorrespiratório, a redução de casos de outras doenças crônicas, entre outros (Cannata *et al.*, 2020; Strain *et al.*, 2024). Embora haja evidências dos benefícios da atividade física, a prevalência de pessoas insuficientemente ativas é de 31,3% em nível global, padronizada por idade, sendo ainda mais agravada em pessoas com 60 anos ou mais (Strain *et al.*, 2024). Além disso, para pessoas com DM2, a inatividade física está associada a um aumento acentuado na carga global da doença, ou seja, anos de vida ajustados por incapacidade e morte) (Yang; Sun; Zhang, 2024).

O comportamento de inatividade física é mais elevado em países com maior desigualdade de renda, independentemente de serem de alta ou média renda (SFM *et al.*, 2020). Assim, a promoção da AF deve evitar a exacerbação das desigualdades, por exemplo, diferenças geográficas, etárias e de sexo, e também tem sido recomendado um esforço multissetorial (Strain *et al.*, 2024).

Para alcançar isso, a Atenção Primária à Saúde (APS) é um local estratégico, já que sua premissa fundamental é ser acessível a todas as pessoas, oferecendo serviços multissetoriais de saúde e bem-estar mais próximos dos indivíduos, famílias e comunidades. Além disso, um pilar fundamental desse nível de saúde é garantir que o cuidado seja centrado nas pessoas, respeitando suas necessidades e preferências (WHO, 2024). Em uma revisão recente da APS, uma estratégia potencial para a eficácia é centrar-se nas pessoas e concentrar-se no seu envolvimento e responsabilização (Khatri *et al.*, 2023). Quando se trata da implementação de um programa, neste caso, um programa de atividade física para pessoas com DM2 na APS, é importante ouvir os usuários do sistema de saúde e os agentes comunitários de saúde (ACS), que são dois braços da comunidade que compreendem a realidade, suas necessidades, desejos e dificuldades.

Estabelecer um diálogo contínuo com a comunidade (ou seja, pessoas com DM2 e ACS) aumenta a compreensão dos problemas sociais e das soluções. Sob essa perspectiva, o co-design surge como uma estratégia para o desenvolvimento de programas de saúde, pois permite o pluralismo de ideias da população-alvo. Incluir as partes mais interessadas no programa, promove a equidade de ideias e ajuda a compreender os problemas e suas soluções (Schwoerer *et al.*, 2022).

No caso do Brasil, um dos países com maior desigualdade social e com padrões continentais, há regiões muito distintas, como a região Amazônica, que devem ser estudadas para entender o cenário de entrega de um programa voltado para pessoas com DM2 que seja centrado no paciente (Chancel *et al.*, 2022). Utilizando a ideia de co-participação, foi desenvolvido um programa focado nas pessoas amazônicas com DM2 e seus respectivos agentes comunitários de saúde (ACS) para oferecer ações que promovam a mudança de comportamento em direção a níveis adequados de atividade física, uma dieta saudável e o uso correto dos medicamentos prescritos.

Assim, este estudo tem como objetivo descrever as percepções de usuários e agentes comunitários de saúde no Amazonas sobre barreiras e facilitadores que influenciam na adesão à atividade física em pessoas com DM2 antes da implementação do programa.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, com interface participativa (Gorman; Farsides, 2022; Teixeira, 2019), inserido em um macroprojeto intitulado “Intervenção liderada por agentes comunitários de saúde para manejo de Diabetes tipo 2 no interior do Amazonas”, no qual foram exploradas e descritas percepções sobre barreiras e facilitadores que influenciam na adesão a hábitos saudáveis em pessoas com DM2. Foi utilizado o checklist *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) nesta pesquisa.

O estudo foi realizado no município de Iranduba no interior do Amazonas, Região Norte do Brasil, situado a 38,1 km de carro da capital. O município conta com 9 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em torno do seu perímetro urbano, situadas a um raio de 30km da sede da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA).

Para este estudo foram utilizados a técnica do World Café e entrevistas semiestruturadas. Para o World Café foram convidados 24 ACS e 50 usuários com DM2 e para as entrevistas semiestruturadas foram convidados 25 usuários com DM2. Todos os convidados precisavam estar vinculados às UBS do perímetro urbano de Iranduba.

A população do estudo foi composta de 47 usuários com DM2 e 17 agentes comunitários de saúde (ACS), vinculados a seis UBS de Iranduba. Os critérios de inclusão foram: ACS vinculado à UBS sorteadas para o estudo e usuários com DM2 com idade superior a 18 anos, de qualquer sexo, cor/raça autodeclaradas, vinculados a uma das seis UBS há pelo menos 6 meses. Excluiu-se ACS que estavam de férias, em licença para tratamento de saúde, licença-prêmio, maternidade ou qualquer tipo de afastamento no momento da coleta de dados; além de usuários com diagnóstico de DM2 que apresentassem incapacidade física, intelectual e/ou comunicativa que interfira na compreensão e possibilidade de participação do estudo.

A produção de dados iniciou com a dinâmica do World Café, denominado “Prosa e Café”. O *World Café* é uma abordagem criativa que envolve diálogo entre pessoas, promovendo uma elaboração coletiva e colaborativa para abordar questões de grande relevância^{19,20}. O “Prosa e Café” foi formado por 32 usuários com DM2 e 17 ACS. Para realização da dinâmica foram realizados 4 encontros no total, sendo dois com usuários e dois com ACS. No primeiro dia, pela manhã os usuários com DM2 discutiram as barreiras para adesão à prática de AF, enquanto os ACS participaram a tarde. No segundo dia seguindo a mesma didática, os participantes abordaram sobre os facilitadores para adesão à prática de AF. Os horários dos encontros foram compatíveis com o funcionamento das UBS e mediante autorização da Gestão da SEMSA.

Para o primeiro encontro, a questão abordada foi: “Quais as barreiras para adesão à prática de atividade física em pessoas com DM2?” No segundo encontro, discutiu-se: “Quais os facilitadores para adesão à prática de atividade física em pessoas com DM2?” As perguntas foram utilizadas durante as sessões de World Café, no qual os participantes também responderam um questionário de caracterização sociodemográfica. No final, os participantes compartilharam seus achados em uma plenária.

A sensibilização dos participantes ocorreu primeiramente com os 24 ACS através do anfitrião-pesquisador por meio de contato telefônico, grupo de WhatsApp, seguindo de uma reunião virtual para apresentação do estudo e da equipe de pesquisa, além de informações relevantes sobre a dinâmica. Aos ACS foram solicitados um número de 50 usuários com DM2 que atendessem aos critérios de inclusão da pesquisa. No entanto, somente 32 usuários e 17 ACS estiveram presentes na dinâmica. Em seguida, os participantes foram identificados como, US1 a US32 para os usuários e A1 a A17 para os ACS.

Em virtude da necessidade de aprofundamento de dados obtidos durante o World Café foram realizadas entrevistas semiestruturadas nos domicílios de usuários com DM2 que não estiveram presentes na dinâmica. Para esta etapa, os ACS forneceram uma lista com o nome,

telefone e endereço de 25 usuários com DM2, dos quais apenas 15 puderam receber a equipe em seus domicílios. O roteiro das entrevistas foi composto em duas partes, a saber: a primeira parte continha dados sociodemográficos e a segunda parte era formada por perguntas abertas relacionadas a barreiras e facilitadores para adesão a prática de AF. As entrevistas foram registradas por meio de gravações feitas nos *tablets* dos pesquisadores e ao final de cada dia foram carregadas para uma pasta no *Google Drive*. Posteriormente, esses usuários foram identificados em códigos, a saber: U1, U2 [...] U15.

Para as entrevistas semiestruturadas foi adotada a saturação teórica dos dados. A saturação dos dados foi definida quando a coleta de dados deixou de gerar novas percepções ou temas, não alterando a compreensão do fenômeno estudado, além disso dentro da pesquisa qualitativa é um critério determinante para interrupção das coletas (Falqueto; Hoffmann; Farias, 2018; Nascimento *et al.*, 2018).

Tanto para as sessões de World Café quanto para as entrevistas semiestruturadas, uma equipe foi previamente treinada para facilitar os diálogos e falas significativas nas mesas do “Prosa e Café”, assim como para realizar as visitas domiciliares aos usuários com DM2 para as entrevistas. Os entrevistadores eram formados por discente de pós-doutorado, acadêmicos de fisioterapia e mestrands em Ciências do Movimento Humano, ambos pela Universidade Federal do Amazonas.

Para gerenciar os dados, foi utilizado o software Atlas.ti 23 (*The Qualitative Data Analysis & Research Software*)(Souza Neto *et al.*, 2019). Esta ferramenta permite sistematizar e organizar as análises qualitativas, compartilhando com a análise temática a descoberta de temas em diferentes níveis e a investigação de assuntos conceituais.

Ademais, o software facilitou a criação de uma unidade hermenêutica para o tratamento dos dados. Após a transcrição e a revisão das entrevistas, foi elaborado um grupo preliminar de códigos de forma dedutiva. Após, a equipe de pesquisa reavaliou e deliberou os resultados para interpretar os dados preliminares. Uma segunda rodada de codificação foi realizada para identificar padrões na codificação inicial e determinar os temas, resultando na criação da Rede Temática Barreiras e Facilitadores para adesão à prática de atividade física.

Redes temáticas são ilustrações que resumem os principais temas que constituem um pedaço de texto da pesquisa realizada. A técnica de redes temáticas é uma ferramenta robusta e altamente sensível para a sistematização, aprimorando a divulgação e a apresentação dos achados encontrados na pesquisa qualitativas²⁴.

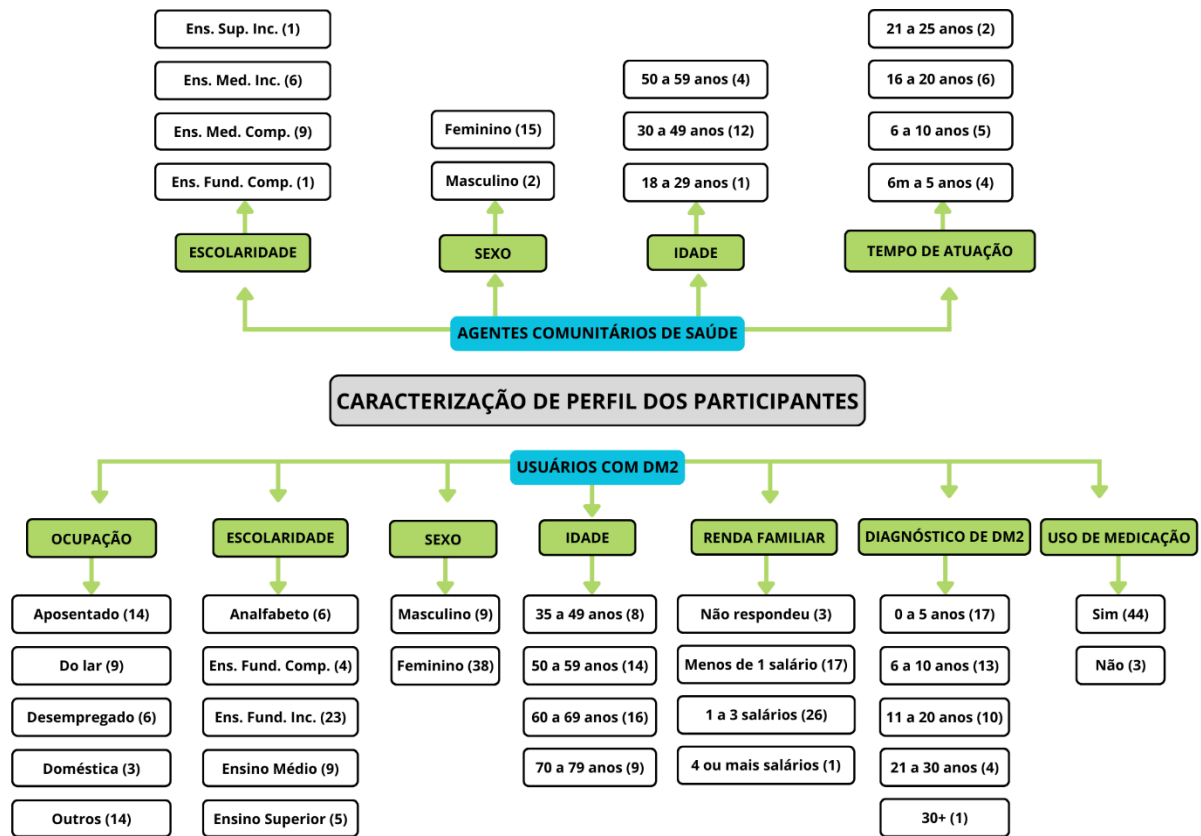
O estudo amparou-se em princípios éticos da Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

do Ministério da Saúde. O projeto macro de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) para apreciação e foi aprovado por meio do parecer nº 5.931.419, também há anuência da Secretaria Municipal de Iranduba por meio da carta de anuência. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz foram assinados por todos os participantes.

RESULTADOS

O estudo foi realizado com 64 participantes, sendo 47 usuários com DM2 e 17 ACS. Destes, 32 usuários e 17 ACS participaram da dinâmica “Prosa e Café” e os outros 15 usuários com DM2 participaram da entrevista semiestruturada. Houve predominância do sexo feminino, representando 81,25% (52) com idade variando 30 a 79 anos. A renda familiar dos usuários é de 1 a 3 salários-mínimos (26), considerados de baixa renda (Figura 4).

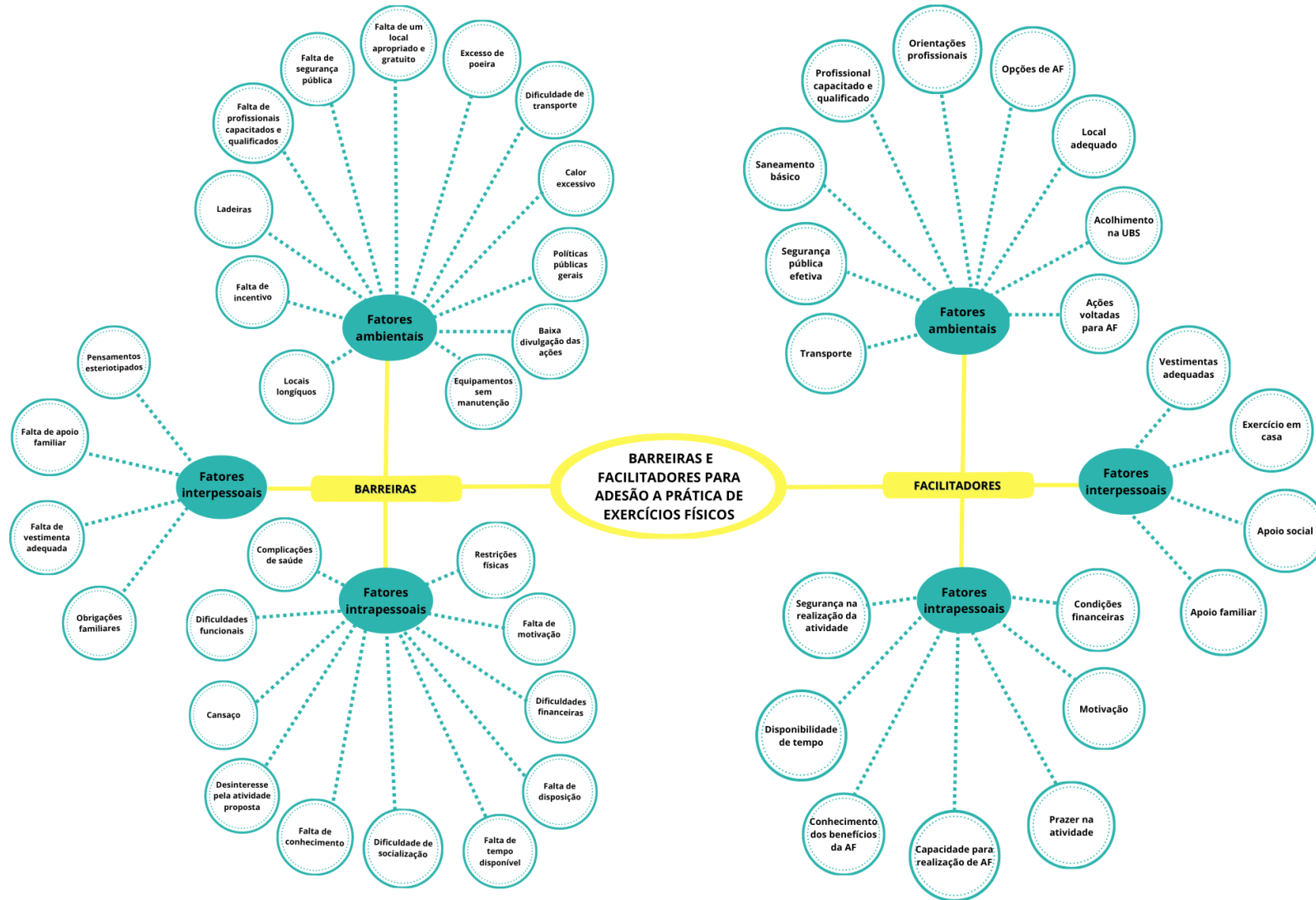
Figura 4. Caracterização dos participantes da pesquisa



Fonte: Os autores (2024)

Os resultados do estudo foram estruturados a partir dos 27 temas básicos para as barreiras e dos 20 temas básicos para os facilitadores. Esses foram identificados e reorganizados em três temas de organização, a saber: Fatores intrapessoais; Fatores interpessoais; Fatores ambientais. O agrupamento dos temas de organização culminou do tema global “Barreiras e facilitadores para adesão à prática de exercícios físicos”, onde a rede temática sintetiza as dificuldades e facilidades que os usuários com DM2 sentem para adesão à prática de AF, sob diferentes perspectivas de usuários e profissionais que vivem a realidade de uma cidade no interior do Amazonas (Figura 5).

Figura 5. Estruturação da rede temática do “Prosa e Café”



Fonte: Os autores (2024)

Em relação as barreiras, o primeiro tema organizacional é denominado “Fatores intrapessoais” e é composto por doze temas básicos que apresentam os aspectos intrínsecos que os usuários com DM2 enfrentam para conseguir realizar de forma regular a AF, considerando tanto a perspectiva dos próprios usuários quanto dos ACS. Essas dificuldades ocorrem em função de fatores financeiros, limitações físicas, complicações de saúde, falta de tempo, falta de disposição, falta de conhecimento e até mesmo o desinteresse pela AF proposta.

US5: *“Então, uma das colegas disse que gostaria de ter uma pessoa específica para ela, no caso um personal, e um personal hoje custa caro. Sou da área de Educação Física e sei que custa caro. Então, assim, a dificuldade é realmente a financeira, até mesmo pra comprar um tênis. E a gente sabe que não é qualquer tênis que a gente vai utilizar para fazer atividade física.”*

U6: *“Eu sinto preguiça. Eu até acordo cedo pra acompanhar as meninas até pegarem o ônibus. Eu poderia aproveitar esse momento e fazer caminhada. Porém tenho preguiça mesmo. Não tenho a resposta bonitinha para isso não.”*

US9: *“Falta de tempo durante o dia e a noite estou cansada [...]”*

A3: *“As atividades do Programa Vida Ativa são realizadas na igreja, na praça, na secretaria de saúde, em vários lugares, o que acontece é que os usuários não vão. Eles só querem ir se tiver no mínimo um presente para eles. Aí eles vão, mas sem esses mimos não vão.”*

A14: *“Os usuários não sabem a importância da atividade física e por isso não se estimulam pra fazer alguma atividade física, falta isso pra eles.”*

Os fatores interpessoais são denominados no segundo tema de organização e são formados por quatro temas básicos. Neles os usuários relataram sobre como as relações interpessoais afetam na prática regular de AF. Comportamentos esses que estão relacionados com obrigações familiares, falta de apoio familiar, entre outros.

US6: *“Não consigo, eu preciso cuidar de uma pessoa idosa que eu tenho em casa, eu preciso cuidar de filho, eu preciso cuidar do meu neto pra que meu filho possa ir trabalhar.”*

A2: *“Eu acho que falta só incentivo da família, porque a gente sempre convida os idosos a participarem das atividades.”*

U9: *“É que eu não paro, o meu marido briga comigo porque eu não paro! Eu lavo roupa, eu faço todas as coisas na minha casa graças a Deus, só é eu. Eu tenho um tempo assim, quando eu faço meu almoço, termino de almoçar, aí tomo um banho, vou me deitar, dou um sono, aí quando me acordo fico sentada aqui fora. É um desafio andar, caminhar, porque quando o dia está terminando eu fico cansada da rotina.”*

Composto por doze temas básicos, o terceiro tema de organização denominado “fatores ambientais” aborda sobre de que forma as condições ambientais e socioeconômicas afetam na adesão à prática de AF de usuários com DM2 em comunidade. Isso inclui falta de profissionais capacitados e qualificados, falta de segurança pública, longas distâncias de locais de AF, calor excessivo, entre outros.

A4: *“Então, o que precisa é de mais profissionais de educação física para aderir à demanda que nós temos de usuários com hipertensão e diabetes.”*

US5: *“Foi falado da segurança. Eu não vou porque eu só tenho tempo à noite e é perigoso sair de casa à noite. Então, a segurança pública hoje também se torna um fator que contribui para que as pessoas não busquem uma qualidade de vida melhor.”*

US30: *“Muita poeira onde moro e não é bom para fazer caminhada.”*

U9: *“O calor me deixa sem vontade. Eu vou fazer minhas coisas assim eu fico muito agoniada! Muito irritada! [...]”*

No tocante aos facilitadores como primeiro tema de organização estão os “Fatores intrapessoais”, composto por sete temas básicos que abordam as características individuais que influenciam o sujeito na adesão à prática de AF. Essas características estão relacionadas a condições financeiras, motivação pessoal, prazer pela atividade e conhecimento dos benefícios de AF.

U5: *“O que facilita pra fazer atividade física é a motivação de ficar bom, fazer essa cirurgia, enfrentar o que tem que enfrentar, tirar essa bolsa de colostomia e voltar à minha vida normal.”*

U10: *“Eu acho que tudo é uma questão de querer né? Se você quer e determina aquilo na sua vida, você consegue. Então eu acho que como eu tenho essa vontade de me ver livre dessa diabetes... Eu tento fazer meus exercícios de pouquinho em pouquinho.”*

A7: *“É muito importante a gente divulgar para os nossos usuários sobre os benefícios da atividade física, elevar o conhecimento deles sobre o assunto. Se eles tivessem um mínimo de conhecimento da importância, eles já estavam praticando há muito tempo[...].”*

O segundo tema organizacional intitulado “Fatores interpessoais” é formado por quatro temas básicos que se referem a como as interações entre as pessoas favorecem a adesão a AF. Comportamentos esses que estão relacionados a apoio social e familiar, uso

de vestimentas adequadas e a possibilidade de realização dos exercícios no próprio domicílio.

US2: “O que facilita pra todos vocês que passaram pela mesa, é a questão de ter um calçado adequado e uma roupa adequada para atividade física.”

US10: “Às vezes o ACS, o enfermeiro ou médico orientaram a fazer exercícios em casa, então isso facilita para mim, porque eu não preciso sair de casa por causa da segurança, da poeira [...]”

U4: “Tem semanas que a gente vai duas ou três vezes caminhar, e quando eu vou a minha esposa vai comigo me fazendo companhia.”

Composto por nove temas básicos, o terceiro tema denominado “Fatores ambientais” aborda sobre como as interações com o ambiente e o meio externo facilitam na adesão à prática regular de AF. Nele os participantes relataram local adequado de AF na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), orientações profissionais, presença de profissionais capacitados e qualificados, entre outros.

US2: “[...] tem gente que no local onde mora, não tem um local adequado, então facilitaria, se tivesse um local adequado perto da UBS.”

U10: “Aqui no bairro não encontrei disponível algum local para fazer atividade física, tudo é longe. Também facilitaria se tivesse um local assim.”

A4: “A facilidade são minhas orientações para participar em um grupo chamado Vida Ativa que tem próximo a UBS.”

A7: “Facilitaria se tivesse mais divulgações sobre os locais de atividade física e enfatizando que são gratuitos.”

DISCUSSÃO

Este estudo qualitativo permite identificar ideias sobre as percepções dos participantes em relação a prática de AF em usuários com DM2 no município de Iranduba/AM. As falas significativas dos participantes revelaram fatores importantes que influenciam direta e indiretamente na adesão desse hábito saudável, esses relatos foram importantes como primeira etapa antes da implementação do programa que visa oferecer ações que promovam a mudança de comportamento em direção a níveis adequados de atividade física, uma dieta saudável e o uso correto dos medicamentos prescritos. Observou-se que a baixa escolaridade dos usuários com DM2, neste estudo, afeta significativamente o conhecimento sobre os cuidados com a saúde e a busca por auxílio especializado, impactando diretamente na qualidade de vida do indivíduo (Dolzane; Schweickardt, 2020; Gonçalves; Domingos, 2019).

Além disso, esse estudo identificou que a maioria dos participantes (55,32%) possui baixa renda mensal de 1 a 3 salários-mínimos (\$280 - \$840). Porém não houve determinação do número de pessoas que são dependentes dessa renda. Esses dados são considerados importantes, pois podem facilitar ou dificultar a aderência às estratégias de enfrentamento da doença (Costa *et al.*, 2020). A análise a seguir iniciará com a abordagem dos aspectos classificados como barreiras.

Apesar de evidências claras de que a AF é um elemento-chave no controle e gerenciamento do DM2, indivíduos com diabetes estão entre os menos propensos a se envolver em AF regular, e a adesão à AF é surpreendentemente baixa (Qiu *et al.*, 2012). A maioria dos adultos americanos com DM2 ou com maior risco de desenvolvê-lo não se envolve em AF regular, a taxa de participação está significativamente abaixo do que se espera (MacDonald *et al.*, 2021).

Barreiras para adesão à prática de AF

A restrição física foi a principal barreira encontrada nos relatos dos participantes desta pesquisa e neles foi possível observar que os usuários sentem artralguas, o que os impede de praticar AF. Essa barreira também foi observada nos achados de Advika, Idiculla e Kumari (2017), onde os autores deixam claro que este fator é preocupante, pois ao sentir esse incômodo é quase impossível sentir alguma vontade em praticar AF, principalmente para os indivíduos de baixa instrução que possuem pensamentos arraigados sobre o assunto.

Ressaltando a barreira anterior, a falta de conhecimento também foi citada em alguns relatos como barreira para adesão a AF. De acordo com Purim et al. (2022) o pouco conhecimento da relação entre saúde e atividade física é fator relevante para a inatividade física, esta falta faz com que muitos fiquem sem dar a verdadeira importância para o exercício, vendo-o como não necessário.

Os autores Che et al. (2022) e Krug, Lopes e Mazo (2015) complementam dizendo que a falta ou o pouco conhecimento da relação entre atividade física e saúde é um fator relevante para a inatividade física. O aumento global da prevalência de DM2, a avaliação do conhecimento, atitudes e práticas de DM2 é considerada importante para orientar a mudança comportamental em pessoas com DM2, sendo o conhecimento um pré-requisito para a mudança de comportamento em saúde.

Complementarmente, a falta de conhecimento também pode ser explicada devido a falta da disponibilidade de profissionais capacitados e qualificados. Os autores Tripathi

et al. (2023) classificam este serviço de saúde como fragmentado, afetando diretamente no autocuidado do indivíduo. A presença do profissional de educação física na atenção básica à saúde é uma das estratégias para aumentar a prática de atividade física na população e minimizar os riscos ocasionados pela inatividade física (Rodrigues *et al.*, 2013; Tripathi *et al.*, 2023).

A falta de motivação também esteve em muitos relatos dos participantes desta pesquisa. Este fator também foi considerado nos estudos de Miller e Marolen (2012), Laranjo et al. (2015) e Alharbi et al. (2017) como uma das barreiras mais prevalente para adesão à prática de AF. Segundo estes autores, a desmotivação para AF aumenta o risco de complicações da DM2 a longo prazo.

Os autores Teixeira et al. (Teixeira *et al.*, 2012) ainda complementam dizendo que a falta de motivação pode estar associada a dois fatores. A primeira razão é que o usuário pode não estar suficientemente motivado para os treinos ou não valorizar os benefícios a ponto de colocá-los como prioridade em sua vida (Ryan *et al.*, 2009). A segunda é que algumas pessoas podem não se sentir confiantes em relação à prática de atividades físicas, acreditando que não estão em boa forma ou que não possuem as habilidades além disso, podem enfrentar limitações de saúde que representam obstáculos (Korkiakangas; Alahuhta; Laitinen, 2009).

Assim como o fator supracitado, a falta de tempo esteve presente em grande parte dos relatos devido a um cotidiano acelerado em decorrência das atividades laborais, sejam elas domésticas ou fora do ambiente domiciliar. Esse fator também é encontrado nos achados de Tripathi et al. (2023) e de Alharbi et al. (2017) no qual relatam que os participantes dos respectivos estudos não têm o tempo necessário para gerenciar seu diabetes de forma eficaz, especialmente aqueles participantes que estavam trabalhando.

O desinteresse pela atividade proposta foi muito presente nas falas deste estudo, os participantes relataram sentir apatia em ir academia e realizar as séries que o profissional instruía. A apatia resulta da falta de valor para uma atividade ou da crença de que a atividade não trará os resultados esperados (Kang *et al.*, 2021; Mishra *et al.*, 2022). No estudo de Kang et al. (2021) os participantes relataram ter apatia a AF devido a falta de energia e/ou desejo, ou até mesmo por preguiça.

Abordando os aspectos interpessoais, as obrigações familiares estiveram presentes nas falas significativas dos participantes. De acordo com Mendes et al. (2017) é comum pessoas com DM2 se sentirem sobrecarregadas ou frustradas no contexto biopsicossocial da doença e a exaustão resultante do estresse pode ocasionar a renúncia ou falta de adesão,

quando a pessoa opta por largar tudo, inclusive o tratamento. Purim et al. (2022) complementa dizendo que muitos indivíduos acreditam que já fazem exercício físico suficiente nas suas atividades diárias, como cuidar dos serviços de casa ou ter trabalho no qual realizam vários movimentos no exercer de sua função.

Nesta pesquisa qualitativa fatores como complicações de saúde, dificuldades de socialização, dificuldades funcionais, medo de lesão ou aumento de dor foram relatadas pelos participantes do estudo. Nos achados de Mphwanthe et al. (2021) as dificuldades funcionais, medo de lesão e complicações de saúde foram classificadas como “comorbidades”, visto que as falas dos participantes neste fator se enquadram nos três pontos abordados em nosso estudo. Os autores também abordaram a dificuldade de socialização como um fator importante devido ao medo de realizar exercícios na frente de outras pessoas.

Assim como no estudo citado anteriormente, Amin et al. (2023) trouxe outros fatores semelhantes aos encontrados pelos participantes de nosso estudo. Os autores consideram a dificuldade financeira e a falta de profissional capacitado e especializado como fatores relacionados ao sistema de saúde. Nos achados destes autores, o custo para ter acesso a profissionais de educação física e fisioterapia eram altos, além de que esses profissionais deveriam aprimorar mais o currículo para incorporar AF, garantindo a disponibilidade de recursos estruturados de exercícios e suprimindo as lacunas de conhecimentos e equívocos acerca da AF.

Os achados de Kang et al. (2021) também relataram a falta de apoio social e familiar como uma das barreiras para adesão à prática de AF, pois sem esse estímulo externo de pessoas do convívio social e familiar é difícil manter uma continuidade nas atividades. Em nosso estudo esses dois fatores também estiveram presentes, o que evidencia que a falta de apoio familiar e social independente de região ou país, pois esse fator citado não somente nesse mas também em outros (Amin *et al.*, 2023; Krug; Lopes; Mazo, 2015; Mishra *et al.*, 2022; Rodrigues *et al.*, 2013; Tripathi *et al.*, 2023).

Os fatores “excesso de poeira” e “calor excessivo” refletem a particularidade da região do estudo. As poeiras estão presentes em locais onde não tem pavimentação, os autores Elshahat, O’Rorke e Adlakha (2020) dizem que as características do ambientes construído desempenham um papel vital na determinação dos comportamentos para a prática de AF. Eles também afirmam que a disponibilidade de infraestrutura de qualidade para caminhadas promove a prática de AF entre as populações.

Em relação ao calor, no ano de 2023 o Amazonas enfrentou um verão severo, ocasionando na maior seca histórica até aquele ano, essa mudança ocorreu devido às ações antrópicas que desestabilizam o ambiente. O Ministério da Ciências, Tecnologia e Inovação afirmou que os cientistas identificaram que o aquecimento global tornou a seca que atingiu a região 30 vezes mais provável e que o aumento das temperaturas foi determinante para a intensidade e extensão do episódio (BRASIL, 2024). Além disso, o calor excessivo foi apontado em nossos relatos como desestimulante para a prática de AF, no entanto não existem dados semelhantes na literatura científica e que possam ser comparados ao nosso estudo. Este fator se apresenta como uma das principais particularidades da região.

Complementarmente, outras barreiras presentes em nosso estudo foram a distância dos locais de AF, falta de um local apropriado na abrangência da área da UBS, equipamentos de AF sem manutenção e falta de segurança pública o que evidencia o desinteresse do poder público para colocar as políticas públicas em prática. Esses fatores dificultam na adesão dos usuários para prática de AF por conta de não terem atividades atrativas seguras próximas de suas residências (Kang *et al.*, 2021; Krug; Lopes; Mazo, 2015; Laranjo *et al.*, 2015; Mphwanthe *et al.*, 2021; Tripathi *et al.*, 2023).

Facilitadores para adesão à prática de AF

A respeito dos aspectos facilitadores no tocante dos fatores intrapessoais, assim como nos aspectos de barreiras, a motivação também esteve presente nas falas dos participantes quando indagados sobre os facilitadores. Cartagena *et al.* (2021) explica que a motivação é o preditor mais forte de sucesso no aumento da AF. Purim *et al.* (2022) corrobora essa afirmação, indicando que a motivação de indivíduos com DM2 para prática de AF pode estar relacionada a diversos fatores, como as melhoras progressivas no quadro clínico, como perda de peso e diminuição do uso de medicamentos e a sensação de bem-estar, quanto à socialização promovida por estas atividades.

Outro fator descrito pelos participantes foi o prazer pela atividade e opções de AF, esses fatores se complementam. Alguns estudos (Cartagena *et al.*, 2022; Faria *et al.*, 2013; Laranjo *et al.*, 2015; Schmidt *et al.*, 2020) enfatizam que o prazer da AF está frequentemente associado à escolha de atividades que se adequem aos gostos pessoais e proporcionem uma sensação de realização, relaxamento ou satisfação. Encontrar uma atividade que o usuário realmente goste pode transformar o exercício de uma obrigação em uma parte prazerosa e gratificante de sua rotina.

A condição financeira também foi citada com um importante facilitador para adesão a AF. De acordo com Lim et al.(2020) e Bilger et al.(2021) uma situação financeira mais favorável pode facilitar a prática de atividade física, em decorrência de melhores condições de vida e ao acesso a recursos que promovam a saúde.

Em relação aos aspectos interpessoais, a família e os amigos apresentam grande impacto na adesão à prática de AF e esteve classificado como fator facilitador em grande parte dos estudos(Che *et al.*, 2022; Krug; Lopes; Mazo, 2015; Miller; Marolen, 2012; Mphwanthe *et al.*, 2021; Schmidt *et al.*, 2020; Tripathi *et al.*, 2023). Os autores Mphmwanthe et al. (2021) afirmam que o apoio social e familiar é de extrema importância nesse processo devido a possibilidade de trocas de experiências, além de constante encorajamento entre as partes.

O fator “vestimentas adequadas” também foi considerado como facilitador para adesão a AF, porém em nenhum outro estudo foi encontrado um fator como este. Isso pode ser justificado pois esse fator também está associado com as condições financeiras, tendo em vista que os relatos dos participantes do nosso estudo enfatizaram não ter condições financeiras para comprar vestimentas adequadas e que o acesso a essas vestimentas facilitaria na adesão à prática de AF (Bilger *et al.*, 2021).

O estudo de Mwimo et al. (2021) revelou que o conhecimento dos benefícios da AF é um importante facilitador para adesão à prática, proporcionando uma maior capacidade para realização destes. Os autores enfatizaram que níveis elevados de conhecimento estão associados a atitudes positivas para realização de AF e são atribuídos principalmente ao aconselhamento de profissionais especializados sobre os benefícios da atividade física indivíduos com DM2.

O fator “local adequado na área da UBS” foi o mais citado entre os relatos dos participantes. Segundo eles, seria de grande importância ter um local de AF próximo às residências, tornando mais viável a realização de exercícios. Juntamente a isso, os participantes citaram que as orientações profissionais adequadas são primordiais para a possível realização dos exercícios de forma independente, de acordo com o que for orientado, isso facilitaria se houvesse o profissional de educação física nas UBS (Pedersen *et al.*, 2022).

As orientações profissionais quando bem conduzidas respeitam a autonomia do indivíduo e valorizam o seu potencial, aumentando a possibilidade a mudança de condutas e a consequente melhoria da sua qualidade de vida (Santos *et al.*, 2012). O aconselhamento à prática de AF nos atendimentos em saúde por parte dos profissionais

que trabalham em unidades básicas de saúde tem demonstrado a importância dessa orientação no sentido de educar e estimular mudanças de comportamento nas pessoas (Siqueira *et al.*, 2009). Daí surge a importância de ter um profissional capacitado e qualificado nas UBS para pôr em prática essas estratégias (Krug; Lopes; Mazo, 2015; Santos *et al.*, 2012).

O acolhimento na UBS foi citado como um fator facilitador para adesão a AF. Os autores Santos et al. (2024) explicam que o acolhimento adequado de usuários com DM2 contribui significativamente para o controle da diabetes, aumentando a confiança dos usuários e promovendo o autocuidado e a mudança no estilo de vida deles.

Nesse sentido, uma importante revisão sistemática realizada por MacDonald et al (2021). citou que a disponibilidade de tempo, conhecimento dos benefícios da AF, proximidade dos locais de AF e segurança pública foram considerados aspectos facilitadores para adesão à prática de AF. Esses aspectos estiveram presentes em nossos relatos.

CONCLUSÃO

As falas obtidas nesta pesquisa possibilitaram compreender as barreiras e os facilitadores que influenciam na adesão à prática de AF dos usuários com DM2 atendidos pela APS no município de Iranduba/AM. Ficou claro e evidente que os fatores intrapessoais estão presentes na maioria dos relatos tanto como barreiras quanto facilitadores e interferem diretamente na adesão à prática regular de AF. Esses achados poderão contribuir para a construção de novas pesquisas que buscam a melhoria de programas de promoção da saúde e que usem mudanças de comportamento como um pilar principal. Os programas de mudanças de comportamento para AF são promissores para a melhoria da saúde da população usuária da APS no Brasil. Desse modo, compreende-se que a educação em diabetes deve estar centrada na equipe multidisciplinar, no sistema familiar e no usuário. Quando o usuário encontra essa rede de apoio há uma maior efetividade no processo educativo.

REFERÊNCIAS

1. Ong KL, Stafford LK, McLaughlin SA, Boyko EJ, Vollset SE, Smith AE, et al. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2023;402(10397):203–34.

2. Shahrestanaki E, Khonsari NM, Seif E, Baygi F, Ejtahed HS, Sheidaei A, et al. The worldwide trend in diabetes awareness, treatment, and control from 1985 to 2022: a systematic review and meta-analysis of 233 population-representative studies. *Front Public Health*. 2024;12:1–17.
3. Schmidt SK, Hemmestad L, Macdonald CS, Langberg H, Valentiner LS. Motivation and barriers to maintaining lifestyle changes in patients with type 2 diabetes after an intensive lifestyle intervention (The U-TURN trial): A longitudinal qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(20):1–16.
4. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care*. 2019;42(1):13–28.
5. Cartagena MV, Marañón AA, Artigues-Barbera E, Tort-Nasarre G. Successful Practices in Performing and Maintaining Physical Activity in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(21):1–17.
6. Che S, Meng M, Jiang Y, Ye X, Xie C. Perceptions of exercise and exercise instruction in patients with type 2 diabetes mellitus and sarcopenia : a qualitative study. *BMC Geriatrics*. 2022;22(1):1–10.
7. Seidu S, Cos X, Brunton S, Harris SB, Jansson SPO, Mata-Cases M, et al. 2022 update to the position statement by Primary Care Diabetes Europe: a disease state approach to the pharmacological management of type 2 diabetes in primary care. *Prim Care Diabetes*. 2022;16(2):223–44.
8. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*. 2023;46(1):10–8.
9. Strain T, Flaxman S, Guthold R, Semanova E, Cowan M, Riley LM, et al. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5·7 million participants. *Lancet Glob Health*. 2024;12(8):1232–43.
10. Cannata F, Vadalà G, Russo F, Papalia R, Napoli N, Pozzilli P. Beneficial Effects of Physical Activity in Diabetic Patients. *J Funct Morphol Kinesiol*. 2020;5(70):1–11.
11. Yang X, Sun J, Zhang W. Global trends in burden of type 2 diabetes attributable to physical inactivity across 204 countries and territories, 1990-2019. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2024;15:1–12.
12. SFM C, Cauwenberg J Van, Maenhout L, Cardon G, Lambert E V., Van Dyck D. Inequality in physical activity, global trends by income inequality and gender in adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2020;17(142):1'8.
13. World Health Organization. Primary Health Care. Disponível em:<https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1>. Acesso em 10 de outubro de 2024.

14. Khatri RB, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, Erku D, Endalamaw A, et al. People-centred primary health care: a scoping review. *BMC Primary Care*. 2023;24(236):1–13.
15. Schwoerer K, Keppeler F, Mussagulova A, Puella S. CO-DESIGN-ing a more context-based, pluralistic, and participatory future for public administration. *Public Adm*. 2022;100(1):72–97.
- 16 Chancel L, Piketty T, Saez E, Zucman G. Relatório sobre desigualdade mundial 2022 [Internet]. 1ª ed. Paris: World Inequality Lab; 2022. 268 p . Disponível em : <https://wid.world/document/world-inequality-report-2022/>
17. Gorman R, Farsides B. Writing the worlds of genomic medicine: experiences of using participatory-writing to understand life with rare conditions. *Med Humanit*. 2022 Jun 1;48(2):E4.
18. Teixeira E. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2019;9:1–3.
19. Brown J, Isaacs D. O World Café: dando forma ao nosso futuro por meio de conversações significativas e estratégicas. 1st ed. Cutrix, editor. 2007. 1–256 p.
20. The World Café Community. A quick reference guide for hosting World Café. <https://theworldcafe.com/wp-content/uploads/2015/07/Cafe-To-Go-Revised.pdf>. 2015. p. 1–10.
21. Falqueto J maria zandonade, Hoffmann VE, Farias JS. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma Experiência de Aplicação em Estudo na Área de Administração. *Revista de Ciências da Administração*. 2018;20(52):40–53.
22. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM de, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):228–33.
23. Souza Neto RA de, Dias GF, Silva RR da, Ramos ASM. Efeitos dos Softwares de Análise de Dados Qualitativos na Qualidade de Pesquisas. *Revista de Administração Contemporânea*. 2019;23(3):373–94.
24. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*. 2001;1(3):385–405.
25. Gonçalves RM, Domingos IM. Riverside population in Amazonas and inequality in access to health. *Revista de Estudos Constitucionais, Hermeneutica e Teoria do Direito*. 2019;11(1):99–108.
26. Dolzane R da S, Schweickardt JC. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020;18(3).
27. Costa BY, Chavaglia SRR, Ohl RIB, Gamba MA, Meneguici J. A prática de atividade física em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2: estudo transversal. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 2020;8(3):446–55.

28. Qiu SH, Sun ZL, Cai X, Liu L, Yang B. Improving patients' adherence to physical activity in diabetes mellitus: A review. Vol. 36, *Diabetes and Metabolism Journal*. 2012. p. 1–5.
29. MacDonald CS, Ried-Larsen M, Soleimani J, Alsawas M, Lieberman DE, Ismail AS, et al. A systematic review of adherence to physical activity interventions in individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*. 2021 Nov 1;37(8).
30. Advika TS, Idiculla J, Kumari SJ. Exercise in patients with Type 2 diabetes: Facilitators and barriers - A qualitative study. *J Family Med Prim Care*. 2017;6(2):288.
31. Purim KSM, Alves JVM, Silva DDB, Sobreiro BP, Menezes Junior FJ, Jesus ÍC, et al. Percepção de barreiras à prática de atividades físicas por pacientes diabéticos tipo 2. *Revista Médica do Paraná*. 2022;80(1):1–5.
32. Krug R de R, Lopes MA, Mazo GZ. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevas inativas fisicamente. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2015;21(1):57–64.
33. Tripathi D, Vikram NK, Chaturvedi S, Bhatia N. Barriers and facilitators in dietary and physical activity management of type 2 diabetes: Perspective of healthcare providers and patients. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*. 2023;17(3).
34. Rodrigues JD, Ferreira DKS, Silva PA, Caminha IO, Farias Junior JC. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* [Internet]. 2013;18(1):5–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.12820/2317->
35. Miller ST, Marolen K. Physical Activity-Related Experiences, Counseling Expectations, Personal Responsibility, and Altruism among Urban African American Women with Type 2 Diabetes. *Diabetes Educ*. 2012;38(2):229–35.
36. Laranjo L, Neves AL, Costa A, Ribeiro RT, Couto L, Sá AB. Facilitators, barriers and expectations in the self-management of type 2 diabetes - A qualitative study from Portugal. *European Journal of General Practice*. 2015;21(2):103–10.
37. Alharbi M, Gallagher R, Neubeck L, Bauman A, Prebill G, Kirkness A, et al. Exercise barriers and the relationship to self-efficacy for exercise over 12 months of a lifestyle-change program for people with heart disease and/or diabetes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017;16(4):309–17.
38. Teixeira PJ, Carraça E V, Markland D, Silva MN, Ryan RM. Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2012;9(78):1–30.
39. Ryan RM, Williams GC, Patrick H, Deci EL. Self-Determination Theory and Physical Activity: The Dynamics of Motivation in Development and Wellness. *Hellenic Journal of Psychology*. 2009;6(2):107–24.

40. Korkiakangas EE, Alahuhta MA, Laitinen JH. Barriers to regular exercise among adults at high risk or diagnosed with type 2 diabetes: A systematic review. *Health Promot Int*. 2009;24(4):416–27.
41. Kang HJ, Wang JCK, Burns SF, Leow MKS. Is Self-Determined Motivation a Useful Agent to Overcome Perceived Exercise Barriers in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus? *Front Psychol*. 2021;12.
42. Mishra P, Harris T, Greenfield SM, Hamer M, Lewis SA, Singh K, et al. Feasibility Trial of Yoga Programme for Type 2 Diabetes Prevention (YOGA-DP) among High-Risk People in India: A Qualitative Study to Explore Participants' Trial-and Intervention-Related Barriers and Facilitators. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 May 1;19(9).
43. Mendes GF, Rezende ALG, Dullius J, Nogueira JAD. Barreiras e facilitadores da adesão a um programa de educação em diabetes: a visão do usuário. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2017;22(3):278–89.
44. Mphwanthe G, Carolan M, Earnesty D, Weatherspoon L. Perceived barriers and facilitators to diet and physical activity among adults diagnosed with type 2 diabetes in Malawi. *Glob Public Health*. 2021;16(3):469–84.
45. Amin M, Kerr D, Atiase Y, Yakub Y, Driscoll A. Expert Opinions about Barriers and Facilitators to Physical Activity Participation in Ghanaian Adults with Type 2 Diabetes: A Qualitative Descriptive Study. *Sports*. 2023;11(7).
46. Elshahat S, O'Rorke M, Adlakha D. Built environment correlates of physical activity in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS One*. 2020;15(3):1–19.
47. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Seca histórica na Amazônia 2023 foi 30 vezes mais provável devido à mudança do clima. Disponível em:<<https://www.gov.br/mcti/pt-br/acompanhe-o-mcti/cgcl/noticias/seca-historica-na-amazonia-2023-foi-30-vezes-mais-provavel-devido-a-mudanca-do-clima>. 2024>. Acesso em 15 de outubro de 2024.
48. Cartagena MV, Tort-Nasarre G, Arnaldo ER. Barriers and facilitators for physical activity in adults with type 2 diabetes mellitus: A scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 2;18(10):1–16.
49. Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araújo MFM, Damasceno MMC. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2013;26(3):231–8.
50. Lim RBT, Wee WK, For WC, Ananthanarayanan JA, Soh YH, Goh LML, et al. Correlates, facilitators and barriers of physical activity among primary care patients with prediabetes in Singapore - A mixed methods approach. *BMC Public Health*. 2020 Jan 2;20(1).
51. Bilger M, Shah M, Tan NC, Tan CYL, Bundoc FG, Bairavi J, et al. Process- and Outcome-Based Financial Incentives to Improve Self-Management and Glycemic

Control in People with Type 2 Diabetes in Singapore: A Randomized Controlled Trial. Patient. 2021 Sep 1;14(5):555–67.

52. Mwimo JL, Somoka S, Leyaro BJ, Amour C, Mao E, Mboya IB. Knowledge, attitude and practice of physical activity among patients with diabetes in Kilimanjaro region, Northern Tanzania: A descriptive cross-sectional study. BMJ Open. 2021 Sep 29;11(9).

53. Pedersen MRL, Bredahl TVG, Elmoose-Østerlund K, Hansen AF. Motives and Barriers Related to Physical Activity within Different Types of Built Environments: Implications for Health Promotion. Int J Environ Res Public Health. 2022;19:1–12.

54. Santos RP, Horta PM, Souza CS, Santos CA, Oliveira HBS, Almeida LMR, et al. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2012;33(4):14–21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=iso

55. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. Caderno de Saúde Pública. 2009;25(1):203–13.

56. Santos FS, Rocha RZ, Pereira PS. Acolhimento da enfermagem em unidade básica de saúde no programa da hiperdia. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. 2024;6(6):1248–62.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir esta dissertação sobre “Barreiras e facilitadores para a adesão de hábitos saudáveis em pessoas com DM2”, é imprescindível refletir sobre a complexidade do cenário abordado, que envolve não apenas questões individuais, mas também sociais e ambientais. Além disso, não existem estudos científicos voltados para essa temática no contexto amazônico, que possam servir de parâmetros de comparação.

Um dos principais achados deste estudo foi que os fatores intrapessoais influenciam diretamente a adesão a comportamentos saudáveis, especificamente em aspectos relacionados à AF e aos hábitos alimentares. Esse fator diz respeito a aspectos internos de cada indivíduo que moldam seu comportamento e suas escolhas.

No que diz respeito às barreiras, foi perceptível que a falta de recursos financeiros, a ausência de apoio familiar e a falta de competência técnica especializada estiveram presentes em grande parte dos relatos. Ademais, identificaram-se aspectos facilitadores para a adesão a hábitos saudáveis, incluindo a conscientização sobre a saúde, condições financeiras adequadas, apoio familiar, presença de profissionais qualificados e acesso a projetos e programas institucionais.

Como mencionado, a implementação de programas de saúde que considerem as particularidades regionais é essencial para garantir um atendimento eficaz e acessível. A colaboração entre profissionais de saúde, educadores e líderes comunitários pode gerar intervenções mais contextualizadas e, conseqüentemente, mais eficazes. É vital que esses esforços sejam sustentados por uma escuta ativa da comunidade, para que as estratégias sejam continuamente ajustadas de acordo com as reais necessidades e aspirações da população.

A construção de um futuro mais saudável para a população amazônica requer um esforço conjunto e multidisciplinar, que leve em consideração a riqueza cultural e os contextos sociais locais. Ao promover um diálogo constante e respeitoso com a comunidade, é possível desenvolver intervenções que não apenas promovam a saúde, mas também empoderem indivíduos e coletivos a se tornarem protagonistas de suas próprias trajetórias de bem-estar.

Acredita-se que os conhecimentos gerados por esta pesquisa podem ajudar a minimizar barreiras e potencializar facilitadores para a adesão de hábitos saudáveis em pessoas com DM2 no contexto da Atenção Primária à Saúde amazônica, além de fomentar uma maior adesão à prática regular de AF e a uma alimentação saudável. Ressalta-se, no entanto, a necessidade de mais estudos que explorem melhor o tema aqui abordado e

gerem subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas que promovam a adesão e aderência a hábitos saudáveis pautados no princípio da integralidade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADA, American Diabetes Association. **Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus THE EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS***. [S. l.: s. n.], 1997. Disponível em: <http://diabetesjournals.org/care/article-pdf/20/7/1183/584926/20-7-1183.pdf>.

ADHIKARI, Mandira; DEVKOTA, Hridaya Raj; CESUROGLU, Tomris. Barriers to and facilitators of diabetes self-management practices in Rupandehi, Nepal- multiple stakeholders' perspective. **BMC public health**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 1269, 2021.

ADVIKA, T S; IDICULLA, Jyothi; KUMARI, S Jaya. Exercise in patients with Type 2 diabetes: Facilitators and barriers - A qualitative study. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 288, 2017.

ALBARGAWI, Moudi *et al.* Relationship between person's health beliefs and diabetes self-care management regimen. **Journal of Vascular Nursing**, [s. l.], v. 35, n. 4, p. 187–192, 2017.

ALEAM. **Mayara Pinheiro propõe criação do Centro de Referência ao Diabético no AM**. Disponível em: < [https://www.aleam.gov.br/mayara-pinheiro-propoe-criacao-do-centro-de-referencia-ao-diabetico-no-am/#:~:text=Mayara%20Pinheiro%20Reis%20\(Republicanos\)%2C,pacientes%20com%20diabetes%20no%20Amazonas.](https://www.aleam.gov.br/mayara-pinheiro-propoe-criacao-do-centro-de-referencia-ao-diabetico-no-am/#:~:text=Mayara%20Pinheiro%20Reis%20(Republicanos)%2C,pacientes%20com%20diabetes%20no%20Amazonas.) > Acesso em 10 de setembro de 2023.

ALHARBI, Muaddi *et al.* Exercise barriers and the relationship to self-efficacy for exercise over 12 months of a lifestyle-change program for people with heart disease and/or diabetes. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 309–317, 2017.

ALMEIDA, Livia Rafaela Silva *et al.* As dificuldades de adesão ao tratamento dietoterápico em pacientes idosos diabéticos. **Revista Saúde em Foco**, [s. l.], v. 14, p. 543–556, 2022.

ALMEIDA, Jéssica Santos; ALMEIDA, Janie Maria. A educação em saúde e o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma unidade de família. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 13–17, 2018.

ALMEIDA, Carolina Larrosa; MENEZES, Leandro Oliveira; SILVA, Ana Joyce Araújo. Educação em saúde para usuários adultos dos Sistemas de Saúde sob perspectiva andragógica: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 178–186, 2021.

ALMEIDA, Edmar Rocha; MOUTINHO, Cinara Botelho; LEITE, Maisa Tavares de Souza. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 38, n. 101, p. 328–337, 2014.

ALMINO, Maria Auxiliadora Ferreira Brito; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Diabetes mellitus na adolescência: experiências e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 43, n. 4, p. 760–767, 2009. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. **Diabetes Care**, [s. l.], v. 42, n. 1, p. 13–28, 2019.

AMIN, Mohammed *et al.* Expert Opinions about Barriers and Facilitators to Physical Activity Participation in Ghanaian Adults with Type 2 Diabetes: A Qualitative Descriptive Study. **Sports**, [s. l.], v. 11, n. 7, 2023.

ARAÚJO, Juliana Iscarlaty Freire de *et al.* Grupo estratégico de promoção da saúde como dispositivo de cuidado a pessoas que vivem com diabetes mellitus. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. e52810414436, 2021.

ARAÚJO, Iago Cavalcante; FREIRE, José Célio. Os valores e a sua importância para a teoria da clínica da abordagem centrada na pessoa. **Revista da Abordagem Gestáltica-Phenomenological Studies**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 94–103, 2014.

ATTRIDE-STIRLING, Jennifer. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. **Qualitative Research**, [s. l.], v. 1, n. 3, p. 385–405, 2001.

BARROS, Juliana de Oliveira *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 9, p. 2847–2856, 2015.

BENTO, Isabel Cristina; ESTEVES, Juliana Maria De Melo; FRANÇA, Thaís Elias. Alimentação saudável e dificuldades para torná-la uma realidade: percepções de pais/responsáveis por pré-escolares de uma creche em Belo Horizonte/MG, Brasil. **Ciência & Saude Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 8, p. 2389–2400, 2015.

BERTOLDI, Andréa D *et al.* Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review. **Globalization and Health**, [s. l.], v. 9, n. 62, p. 1–12, 2013. Disponível em: <http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/62>.

BERTONHI, Laura Gonçalves; DIAS, Juliana Chioda Ribeiro. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais Online**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 1–10, 2018.

BILGER, Marcel *et al.* Process- and Outcome-Based Financial Incentives to Improve Self-Management and Glycemic Control in People with Type 2 Diabetes in Singapore: A Randomized Controlled Trial. **Patient**, [s. l.], v. 14, n. 5, p. 555–567, 2021.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; ALMEIDA, Erika Rodrigues. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção

primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 39, n. 10, p. 1–5, 2023.

BOAS, Lilian Cristiane Gomes-Villas; FOSS-FREITAS, Maria Cristina; PACE, Ana Emilia. Adherence of people with type 2 diabetes mellitus to drug treatment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 67, n. 2, p. 268–273, 2014.

BORGES, Paula de Andrade *et al.* Barriers and facilitators for adherence to exercise practice by people with chronic pain in Primary Health Care: Qualitative study. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 33, p. 1–18, 2023.

BORJA-SANTOS, Cecília. Abordagem Centrada na Pessoa - Relação Terapêutica e Processo de Mudança. **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 18–23, 2004.

BRASIL, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. **Seca histórica na Amazônia 2023 foi 30 vezes mais provável devido à mudança do clima**. Brasília, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Estratégia da Saúde da Família**. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. BRASIL.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica**. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. Diário Oficial da União 2023

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Secretaria de atenção primária a saúde (SAPS). **Funções da Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2022.

BREVIDELLI, Maria Meimei *et al.* Sociodemographic, clinical and psychosocial factors related to diabetes self-care. **Revista Cuidarte**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 1–18, 2021.

BROWN, Juanita; ISAACS, David. **O World Café: dando forma ao nosso futuro por meio de conversações significativas e estratégicas**. 1. ed. [S. l.: s. n.], 2007.

BUENO, Camila Ravagnani Rodrigues *et al.* Avaliação do custo, eficácia e satisfação dos atores de programa de monitorização glicêmica domiciliar. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [s. l.], v. 97, n. 3, p. 12–60, 2023.

BUSEBAIA, Toqa Jameel Abbas *et al.* The role of family in supporting adherence to diabetes self-care management practices: An umbrella review. **Journal of Advanced Nursing**, [s. l.], v. 79, n. 10, p. 3652–3677, 2023.

CAI, James; ISLAM, Md Shahidul. Interventions incorporating a multi-disciplinary team approach and a dedicated care team can help reduce preventable hospital readmissions of people with type 2 diabetes mellitus: A scoping review of current literature. **Diabetic Medicine**, [s. l.], v. 40, n. 1, p. 1–16, 2023.

CAMPBELL, Jennifer A.; EGEDE, Leonard E. Individual-, Community-, and Health System–Level Barriers to Optimal Type 2 Diabetes Care for Inner-City African Americans: An Integrative Review and Model Development. **Diabetes Educator**, [s. l.], v. 46, n. 1, p. 11–27, 2020.

CANNATA, Francesca *et al.* Beneficial Effects of Physical Activity in Diabetic Patients. **Journal of Functional Morphology and Kinesiology**, [s. l.], v. 5, n. 70, p. 1–11, 2020.

CARTAGENA, Mireia Vilafranca *et al.* Successful Practices in Performing and Maintaining Physical Activity in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus: A Qualitative Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**1, [s. l.], v. 19, n. 21, p. 1–17, 2022.

CARTAGENA, Mireia Vilafranca; TORT-NASARRE, Glòria; ARNALDO, Esther Rubinat. Barriers and facilitators for physical activity in adults with type 2 diabetes mellitus: A scoping review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 18, n. 10, p. 1–16, 2021.

CARVALHO, Desirée Santos; NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo; SOUZA, Gislene Henrique. Desafios do dimensionamento da força de trabalho para a conformação da rede de atenção à saúde. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [s. l.], v. 11, n. 61, p. 4818–4827, 2021.

CECCIM, Ricardo Burg. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 1739–1749, 2018.

CHANCELL, L *et al.* **World Inequality Report 2022**. [S. l.], 2022.

CHE, Shangjie *et al.* Perceptions of exercise and exercise instruction in patients with type 2 diabetes mellitus and sarcopenia : a qualitative study. **BMC Geriatrics**1, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 1–10, 2022.

CHEN, Chunguang *et al.* Human beta cell mass and function in diabetes: Recent advances in knowledge and technologies to understand disease pathogenesis. **Molecular Metabolism**, [s. l.], v. 6, n. 9, p. 943–957, 2017.

CHUNG, Seung Min; MOON, Jun Sung; CHANG, Min Cheol. **Prevalence of Sarcopenia and Its Association With Diabetes: A Meta-Analysis of Community-Dwelling Asian Population**. [S. l.]: Frontiers Media S.A., 2021.

COBAS, Roberta *et al.* Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. *In: DIRETRIZ OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES*. [s. l.]: Conectando Pessoas, 2023.

CONCEIÇÃO, Dannicia Silva *et al.* A Educação em Saúde como Instrumento de Mudança Social. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 6, n. 8, p. 59412–59416, 2020.

CORGOZINHO, Marta Lamounier Moura Vargas *et al.* Educação em diabetes e mudanças nos hábitos de vida. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 1–20, 2020.

CORREIA, Patrícia Caroline Iacabo; GOULART, Patrícia Martins; FURTADO, Juarez Pereira. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 345–359, 2017.

COSTA, Bruna Yara *et al.* A prática de atividade física em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2: estudo transversal. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 446–455, 2020.

COSTA, Jorge de Assis *et al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 2001–2009, 2011.

COSTA, Hugo R B; COSTA, José R B. Crenças e conhecimentos dos diabéticos acerca de sua doença. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 149, 2017.

CUNHA, Andrellice Miranda *et al.* Fatores socioeconômicos interferentes na adesão ao tratamento dietoterápico de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 13, n. 6, p. 1–11, 2021.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 961–970, 2011.

DESLIPPE, Alysha L. *et al.* Barriers and facilitators to diet, physical activity and lifestyle behavior intervention adherence: a qualitative systematic review of the literature. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s. l.], v. 20, n. 14, p. 1–25, 2023.

DIAS, Ernandes Gonçalves *et al.* Comportamentos de pacientes com diabetes tipo 2 sob a perspectiva do autocuidado. **Journal Health Science**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 109–113, 2017.

DODE, Luciana Bicca *et al.* Microverdes: Cultivo doméstico na promoção da saúde e bem-estar. **Expressa Extensão**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 172–181, 2021.

DOLZANE, Rozenila da Silva; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 3, 2020.

DOS SANTOS, Gilberto Tavares *et al.* MÉTODO PARA APLICAR ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE: AVALIANDO CAUSAS DE BAIXO DESEMPENHO EM UM OPERADOR LOGÍSTICO. **Revista Gestão Industrial**, [s. l.], v. 12, n. 4, 2016.

EGBUJIE, Bonaventure Amandi *et al.* Role of community health workers in type 2 diabetes mellitus self-management: A scoping review. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 13, n. 6, p. 1–18, 2018.

ELLER-VAINICHER, C. *et al.* Pathophysiology and Management of Type 2 Diabetes Mellitus Bone Fragility. **Journal of Diabetes Research**, [s. l.], v. 2020, p. 1–18, 2020.

ELSHAHAT, Sarah; O’RORKE, Michael; ADLAKHA, Deepti. Built environment correlates of physical activity in low- and middle-income countries: A systematic review. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 1–19, 2020.

ESPINOSA, Jessica Natalia Saavedra *et al.* Barriers and Facilitators that Influence on Adopting Healthy Lifestyles in People with Cardiovascular Disease. **Investigacion y Educacion en Enfermeria**, [s. l.], v. 39, n. 3, p. 1–12, 2021.

FALKENBERG, Mirian Benites *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: Conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 847–852, 2014.

FALQUETO, Junia maria zandonade; HOFFMANN, Valmir Emil; FARIAS, Josivania Silva. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma Experiência de Aplicação em Estudo na Área de Administração. **Revista de Ciências da Administração**, [s. l.], v. 20, n. 52, p. 40–53, 2018.

FARAHANI, Hojjatollah; AZADFALLAH, Parviz; RASHIDI, Kazhal. After Thematic Analysis: Introducing the Fuzzy Thematic Network Analysis in Psychological Research. In: SPRINGER, Cham (org.). **Springer Proceedings in Mathematics & Statistics**. [S. l.: s. n.], 2021. v. 353, p. 399–406.

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes *et al.* Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 231–238, 2013.

FAUSTINO, Laurita *et al.* Influência da espiritualidade/religiosidade na qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com diabetes: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 11, p. e248111133516, 2022.

FERNANDES, Jaqueline Giselle Farias *et al.* Impacto da atenção primária na otimização do controle glicêmico em pacientes diabéticos. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [s. l.], v. 6, n. 8, p. 4879–4888, 2024.

FERNANDEZ, Alex Costa *et al.* Prática de campo em saúde das populações amazônicas: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], n. 48, p. e3242, 2020.

FLORÊNCIO, Rêncio Bento *et al.* Diabetes mellitus hospitalization and mortality rate according to a national database in Brazil: a longitudinal study. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 1–7, 2021.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo *et al.* Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Caderno de Saúde Pública**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 175–184, 2010.

FRAUSIN, Gina *et al.* Amazonian Forest Peoples' Perceptions of Malaria on the Upper Rio Negro, Brazil, are Shaped by Both Local and Scientific Knowledge. **Journal of Ethnobiology**, [s. l.], v. 42, n. 3, p. 1–18, 2022.

GALINDO, Rodolfo J *et al.* Advances in the management of type 2 diabetes in adults. **BMJ Medicine**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. e000372, 2023. Disponível em: <https://bmjmedicine.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjmed-2022-000372>.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo; GUIMARÃES, Denise Alves; ROCHA, Guilherme Navarro Gontijo. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 1–16, 2017.

GIMENES, Heloisa Turcatto; ZANETTI, Maria Lúcia; HAAS, Vanderlei José. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 1–7, 2008. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

GOMES, Hanna Lorena Moraes *et al.* Glycemic profile and associated factors in indigenous Munduruku, Amazonas. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 16, n. 9, p. 1–16, 2021.

GOMES, Suzana dos Santos; WACHHOLZ, Flávio. DINÂMICA DO USO DA TERRA NO MUNICÍPIO DE IRANDUBA (2005-2015) E A RELAÇÃO COM OS EMPREENDIMENTOS IMOBILIÁRIOS. **Acta Geográfica**, [s. l.], v. 12, n. 29, p. 159–172, 2018.

GONÇALVES, Rúben Miranda; DOMINGOS, Isabela Moreira. Riverside population in Amazonas and inequality in access to health. **Revista de Estudos Constitucionais, Hermeneutica e Teoria do Direito**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 99–108, 2019.

GORMAN, Richard; FARSIDES, Bobbie. Writing the worlds of genomic medicine: experiences of using participatory-writing to understand life with rare conditions. **Medical Humanities**, [s. l.], v. 48, n. 2, p. E4, 2022.

GROSS, DM: **Diagnóstico e Avaliação do Controle Glicêmico** Arq Bras Endocrinol Metab. [S. l.: s. n.], 2002.

HARREITER, Jürgen; RODEN, Michael. Diabetes mellitus: definition, classification, diagnosis, screening and prevention (Update 2023). **Wiener Klinische Wochenschrift**, [s. l.], v. 135, p. 7–17, 2023.

IBGE. **Senso 2022 - Iranduba**. [S. l.], 2022.

IZZO, Anna *et al.* A narrative review on sarcopenia in type 2 diabetes mellitus: Prevalence and associated factors. **Nutrients**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 1–18, 2021.

KANG, Heon Jin *et al.* Is Self-Determined Motivation a Useful Agent to Overcome Perceived Exercise Barriers in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus?. **Frontiers in Psychology**, [s. l.], v. 12, 2021.

KELEPOURIS, Ellie *et al.* Optimizing Multidisciplinary Care of Patients with Chronic Kidney Disease and Type 2 Diabetes Mellitus. **Diabetes Therapy**, [s. l.], v. 14, n. 7, p. 1111–1136, 2023.

KELLY, Sarah *et al.* Barriers and facilitators to the uptake and maintenance of healthy behaviours by people at mid-life: A rapid systematic review. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 1–26, 2016.

KHAN, Radia *et al.* From Pre-Diabetes to Diabetes: Diagnosis, Treatments and Translational Research. **Medicina**, [s. l.], v. 55, n. 9, p. 1–30, 2019.

KHATRI, Resham B. *et al.* People-centred primary health care: a scoping review. **BMC Primary Care**, [s. l.], v. 24, n. 236, p. 1–13, 2023.

KORKIAKANGAS, Eveliina E; ALAHUHTA, Maija A; LAITINEN, Jaana H. Barriers to regular exercise among adults at high risk or diagnosed with type 2 diabetes: A systematic review. **Health Promotion International**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 416–427, 2009.

KRUG, Rodrigo de Rosso; LOPES, Marize Amorim; MAZO, Giovana Zarpellon. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativos fisicamente. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 57–64, 2015.

LARA, Bruna Robba; PAIVA, Vera Silvia Facciolla. A dimensão psicossocial na promoção de práticas alimentares saudáveis. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, [s. l.], v. 16, n. 43, p. 1039–1054, 2012. Disponível em: <http://www.ldb.org/vl/>.

LARANJO, Liliana *et al.* Facilitators, barriers and expectations in the self-management of type 2 diabetes - A qualitative study from Portugal. **European Journal of General Practice**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 103–110, 2015.

LEON, Elisa Brosina *et al.* Patient activation levels and socioeconomic factors among the Amazonas population with diabetes: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 24, n. 169, p. 1-8, 2024.

LIM, Raymond Boon Tar *et al.* Correlates, facilitators and barriers of physical activity among primary care patients with prediabetes in Singapore - A mixed methods approach. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 20, n. 1, 2020.

LIMA, Maria Raquel Silva *et al.* A visão dos agentes comunitários de saúde sobre a importância do nutricionista na atenção básica. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 2, n. 6, p. 6041–6049, 2019.

LIMA, Isadora Carolina Calaça *et al.* Sexualidade na terceira idade e educação em saúde: um relato de experiência. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 137–143, 2020.

LOPES, Clarissa Galvão da Silva *et al.* Desigualdades macrorregionais na atenção primária ao Diabetes Mellitus: comparação dos três ciclos do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 46, n. 133, p. 376–391, 2022.

LUENGO, Camila de Moura Leite; MENDONÇA, Adriana Rodrigues dos Anjos. Espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com diabetes. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 380–387, 2014.

MACDONALD, Christopher S. *et al.* A systematic review of adherence to physical activity interventions in individuals with type 2 diabetes. **Diabetes/Metabolism Research and Reviews**, [s. l.], v. 37, n. 8, 2021.

MACHADO, Marcelo Pedra Martins; PASSOS, Maria Fabiana Damásio. O uso do world café como método de pesquisa junto às equipes de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 31, 2018.

MAGRI, Suelen *et al.* Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 386–400, 2020.

MALLMANN, Danielli Gavião *et al.* Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 6, p. 1763–1772, 2015.

MARINHO, Michelly Georgia Silva *et al.* The impact of an intervention to improve diabetes management in primary healthcare professionals' practices in Brazil. **Primary Care Diabetes**, [s. l.], v. 11, n. 6, p. 538–545, 2017.

MELO, Arlen Maia *et al.* The health and environment relationship of the peoples of the amazon rainforest. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 5–17, 2022. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/health/health-and-environment>.

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

MENDES, Guilherme Falcão *et al.* Barreiras e facilitadores da adesão a um programa de educação em diabetes: a visão do usuário. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 278–289, 2017.

MENDES, Guilherme *et al.* Barreiras e facilitadores da adesão a um programa de educação em diabetes: a visão do usuário. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 278–289, 2017.

MESINOVIC, Jakub *et al.* Sarcopenia and type 2 diabetes mellitus: A bidirectional relationship. **Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity**, [s. l.], v. 12, p. 1057–1072, 2019.

MILLER, Stephania T.; MAROLEN, Khensani. Physical Activity-Related Experiences, Counseling Expectations, Personal Responsibility, and Altruism among Urban African American Women with Type 2 Diabetes. **The Diabetes Educator**, [s. l.], v. 38, n. 2, p. 229–235, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cultivar o próprio alimento é um incentivo para a alimentação adequada e saudável.** [S. l.], 2020.

MISHRA, Pallavi *et al.* Feasibility Trial of Yoga Programme for Type 2 Diabetes Prevention (YOGA-DP) among High-Risk People in India: A Qualitative Study to Explore Participants' Trial-and Intervention-Related Barriers and Facilitators. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 9, 2022.

MOHAMED NOR, Noraishah *et al.* Barriers and enablers to make lifestyle changes among type 2 diabetes patients: A review. **Sains Malaysiana**, [s. l.], v. 48, n. 7, p. 1491–1502, 2019.

MOTA, Beatriz. O fim do modelo multiprofissional na Saúde da Família? Disponível em: < <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-fim-do-modelo-multiprofissional-na-saude-da-familia#:~:text=Agora%2C%20a%20nota%20t%C3%A9cnica%20confirma,arquivadas%E2%80%9D%2C%20diz%20o%20texto>>. Acesso em 30 de agosto de 2024.

MPHWANTHE, Getrude *et al.* Perceived barriers and facilitators to diet and physical activity among adults diagnosed with type 2 diabetes in Malawi. **Global Public Health**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 469–484, 2021.

MUZY, Jéssica *et al.* Caracterização da atenção ao paciente com diabetes na atenção primária a partir do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 9, p. 3583–3602, 2022.

- MWIMO, Julius Lucas *et al.* Knowledge, attitude and practice of physical activity among patients with diabetes in Kilimanjaro region, Northern Tanzania: A descriptive cross-sectional study. **BMJ Open**, [s. l.], v. 11, n. 9, 2021.
- NASCIMENTO, Thais Moura Ribeiro Valle *et al.* A pilot study of a Community Health Agent-led type 2 diabetes self-management program using Motivational Interviewing-based approaches in a public primary care center in São Paulo, Brazil. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 1–10, 2017.
- NASCIMENTO, Luciana Cassia Nunes *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista brasileira de enfermagem**, [s. l.], v. 71, n. 1, p. 228–233, 2018.
- NEVES, Rosália Garcia *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 1–10, 2018.
- NILSON, Eduardo Augusto Fernandes *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 44, p. 1–7, 2020.
- NOGUEIRA, Denise Lima *et al.* Educação em saúde e na saúde: conceitos, pressupostos e abordagens teóricas. **SANARE**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 101–109, 2022.
- NUNES, Laura Barbosa *et al.* Atitudes para o autocuidado em diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 34, p. 1–8, 2021.
- ONG, Kanyin Liane *et al.* Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. **The Lancet**, [s. l.], v. 402, n. 10397, p. 203–234, 2023.
- ONG, Woon May; CHUA, Siew Siang; NG, Chirk Jenn. Barriers and facilitators to self-monitoring of blood glucose in people with type 2 diabetes using insulin: A qualitative study. **Patient Preference and Adherence**, [s. l.], v. 8, p. 237–246, 2014.
- PATEL, Naina *et al.* Barriers and Facilitators to Healthy Lifestyle Changes in Minority Ethnic Populations in the UK: a Narrative Review. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, [s. l.], v. 4, n. 6, p. 1107–1119, 2017.
- PEDERSEN, Marlene Rosager Lund *et al.* Motives and Barriers Related to Physical Activity within Different Types of Built Environments: Implications for Health Promotion. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 19, p. 1–12, 2022.
- PEREIRA, Márcio Florentino. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 1753–1756, 2018.

PÉRES, Siqueira Denise *et al.* Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao processo saúde-doença. **Revista Latino-americana em Enfermagem**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 1–8, 2008. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

POLHUIS, Kristel C.M.M. *et al.* Development of a salutogenic intervention for healthy eating among Dutch type 2 diabetes mellitus patients. **Health Promotion International**, [s. l.], v. 36, n. 6, p. 1694–1704, 2021.

PREFEITURA DE IRANDUBA. **Irاندuba**. [S. l.], 2022.

PURIM, Kátia Sheylla Malta *et al.* Percepção de barreiras à prática de atividades físicas por pacientes diabéticos tipo 2. **Revista Médica do Paraná**, [s. l.], v. 80, n. 1, p. 1–5, 2022.

QIU, Shan Hu *et al.* **Improving patients' adherence to physical activity in diabetes mellitus: A review**. [S. l.: s. n.], 2012.

ROCHA, Gisele dos Santos *et al.* Percepções sobre diabetes mellitus tipo 2 de pessoas recém-dianosticadas na atenção básica. **Revista Saber Digital**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. e20221521, 2022.

RODRIGUES, Emília Sousa *et al.* Fatores que dificultam a adesão à terapia nutricional em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 143–151, 2024.

RODRIGUES, José Damião *et al.* Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 5–15, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12820/2317->.

ROGERS, Carl R; ROSENBERG, Rachel. A pessoa como o centro. EPU, 1988.

ROSA, Liane Serra da; MACKEDANZ, Luiz Fernando. A ANÁLISE TEMÁTICA COMO METODOLOGIA NA PESQUISA QUALITATIVA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS. **Atos de Pesquisa em Educação**, [s. l.], v. 16, p. 8574, 2021.

RUBIO-VALERA, Maria *et al.* Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: A synthesis through meta-ethnography. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 9, n. 2, 2014.

RYAN, Richard M *et al.* Self-Determination Theory and Physical Activity: The Dynamics of Motivation in Development and Wellness. **Hellenic Journal of Psychology**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 107–124, 2009.

SAIORON, Isabela *et al.* World Café: desafios e métodos. **Novas Tendências em Pesquisa Qualitativa**, [s. l.], v. 10, p. 1–9, 2022.

SALCI, Maria Aparecida; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Health education to prevent chronic diabetes mellitus complications in primary care. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 1–6, 2018.

- SANTOS, Regiane Penaforte *et al.* Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 14–21, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=iso.
- SANTOS, Vitor Cardoso *et al.* Diabetes Mellitus Tipo 2 - aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 9737–9749, 2023.
- SANTOS, Graziela Maria Gorla Campiolo *et al.* Perceived barriers for the consumption of fruits and vegetables in Brazilian adults. **Ciencia & Saude Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 7, p. 2461–2470, 2019.
- SANTOS, Aliny Lima *et al.* Percepção dos usuários com diabetes acerca da assistência recebida na atenção primária à saúde. **Revista de APS**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 251–258, 2018.
- SANTOS, Fernando Sergio Dumas. Tradições populares de uso de plantas medicinais na Amazônia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s. l.], v. 6, p. 919–939, 2000.
- SANTOS, Franciomar Silva; ROCHA, Rogério Zurra; PEREIRA, Pabloena Silva. Acolhimento da enfermagem em unidade básica de saúde no programa da hiperdia. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [s. l.], v. 6, n. 6, p. 1248–1262, 2024.
- SANZ-CÁNOVAS, Jaime *et al.* Management of Type 2 Diabetes Mellitus in Elderly Patients with Frailty and/or Sarcopenia. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 14, p. 1–13, 2022.
- SCHMIDT, Sabrina K. *et al.* Motivation and barriers to maintaining lifestyle changes in patients with type 2 diabetes after an intensive lifestyle intervention (The U-TURN trial): A longitudinal qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 17, n. 20, p. 1–16, 2020.
- SCHWOERER, Kayla *et al.* CO-DESIGN-ing a more context-based, pluralistic, and participatory future for public administration. **Public Administration**, [s. l.], v. 100, n. 1, p. 72–97, 2022.
- SEBIRE, Simon J. *et al.* I've made this my lifestyle now: A prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1–10, 2018.
- SEGUIN, Rebecca *et al.* Understanding barriers and facilitators to healthy eating and active living in rural communities. **Journal of Nutrition and Metabolism**, [s. l.], v. 14, p. 1–8, 2014.
- SFM, Chastin *et al.* Inequality in physical activity, global trends by income inequality and gender in adults. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s. l.], v. 17, n. 142, p. 1'8, 2020.

SHAHRESTANAKI, Ehsan *et al.* The worldwide trend in diabetes awareness, treatment, and control from 1985 to 2022: a systematic review and meta-analysis of 233 population-representative studies. **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 12, p. 1–17, 2024.

SILVA, DANIELE CARIOLANO DA *et al.* CARACTERÍSTICAS DE PESQUISAS QUALITATIVAS: ESTUDO EM TESES DE UM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO. **Educação em Revista**, [s. l.], v. 38, 2022.

SILVA, Marília Gomes *et al.* Comportamento da glicemia, pressão arterial sistêmica e frequência cardíaca em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 praticantes de fisioterapia aquática. **Fisioterapia Brasil**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 96–100, 2015.

SILVA, Camila Ribeiro *et al.* Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: A case study. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 1109–1120, 2017.

SILVA, Denise Oliveira *et al.* Os hábitos alimentares culturais e a pobreza como barreiras à promoção da alimentação saudável em centros de saúde de atenção básica no Distrito Federal/Brasil. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 105–118, 2016.

SILVA, Manuela Ramos da; BARBOSA, Marcos Antonio de Souza; LIMA, Lucas Gabriel Bezera. Usos e possibilidades metodológicas para os estudos qualitativos em Administração: explorando a análise temática. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 111–123, 2020.

SILVA, Pedro Henrique dos Santos; CIRILO, Sara Sabrina Vieira. Caracterização da diabetes mellitus tipo 2 e cuidados na atenção básica: uma revisão. **Multidisciplinary Reviews**, [s. l.], v. 1, p. 1–6, 2018.

SILVA, Luciano Ferreira da; RUSSO, Rosária De Fátima Segger Macri. Aplicação de entrevistas em pesquisa qualitativa. **Revista de Gestão e Projetos**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 1–6, 2019.

SILVA, Bruna Cíbele Santos; SANTOS, Virgínia Souza; ALMEIDA, Martha Elisa Ferreira. Hortas domésticas: uma fonte de saúde dentro de casa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 11, p. 1–11, 2021.

SIMÃO, Mateus Camargos Silva Alves *et al.* Complicações pulmonares em pacientes diabéticos com infecção por covid-19 / Pulmonary complications in diabetic patients with covid-19 infection. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 4636–4646, 2021.

SIOPIIS, George; COLAGIURI, Stephen; ALLMAN-FARINELLI, Margaret. People With Type 2 Diabetes Report Dietitians, Social Support, and Health Literacy Facilitate Their Dietary Change. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, [s. l.], v. 53, n. 1, p. 43–53, 2021.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes *et al.* Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 203–213, 2009.

SKOGLUND, Gyri *et al.* Facilitators and barriers for lifestyle change in people with prediabetes: a meta-synthesis of qualitative studies. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 1–27, 2022.

SOARES FILHO, Adauto Martins *et al.* Atenção Primária à Saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 377–386, 2022.

SOUZA, Rosane Milkene Ferreira de; FERREIRA, José Carlos de Sales; FREITAS, Francisca Marta Nascimento de Oliveira. Diabetes mellitus tipo 2: percepção da intervenção alimentar como causa e tratamento. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 15, p. 1–9, 2022.

SOUZA NETO, Rômulo Andrade de *et al.* Efeitos dos Softwares de Análise de Dados Qualitativos na Qualidade de Pesquisas. **Revista de Administração Contemporânea**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 373–394, 2019.

SOUZA, Valesca Patriota; VASCONCELOS, Eliane Maria Ribeiro. Educação em saúde como estratégia para o controle do diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 177–195, 2017.

SPITERI, Karl *et al.* Barriers and motivators of physical activity participation in middle-aged and older adults—a systematic review. **Journal of Aging and Physical Activity**, [s. l.], v. 27, n. 6, p. 929–944, 2019.

STRAIN, Tessa *et al.* National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5·7 million participants. **The Lancet Global Health**, [s. l.], v. 12, n. 8, p. 1232–1243, 2024.

SUBRAMANIAM, Mythily *et al.* Barriers and facilitators for adopting a healthy lifestyle in a multi-ethnic population: A qualitative study. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 17, n. 11 November, 2022.

TAVARES, Paula Paulina Costa *et al.* Percepção de portadores de diabetes sobre educação em saúde e adesão de hábitos saudáveis. **Saúde e Pesquisa**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 1–15, 2021.

TEIXEIRA, Pedro J *et al.* Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s. l.], v. 9, n. 78, p. 1–30, 2012.

TEIXEIRA, Elizabeth. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [s. l.], v. 9, p. e1, 2019.

TEIXEIRA, Carla Regina de Souza *et al.* The re-aim model from the perspective of telephone-based educational programs on diabetes. **Texto e Contexto Enfermagem**, [s. l.], v. 28, 2019.

TEZA, Pierry *et al.* GERAÇÃO DE IDEIAS: APLICAÇÃO DA TÉCNICA WORLD CAFÉ. **Int. J. Knowl. Eng. Manag.**, [s. l.], n. 3, p. 1–14, 2013. Disponível em: www.igti.ufsc.br.

The Qualitative Data Analysis & Research Software. ATLAS.ti. 2019;. Disponível em: <http://www.atlasti.com>. Acesso em 14 de setembro de 2024

THE WORLD CAFÉ COMMUNITY. **A quick reference guide for hosting World Café**. [S. l.], 2015.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. SATURAÇÃO EM PESQUISA QUALITATIVA: ESTIMATIVA EMPÍRICA DE DIMENSIONAMENTO. **Revista PMKT**, [s. l.], v. 1, p. 20–27, 2009.

TONOSAKI, Lúcia Midori Damaceno *et al.* Barriers and facilitators to participate in behavior change program: analysis of focus groups. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, [s. l.], v. 40, n. 2, p. 138–145, 2018a.

TONOSAKI, Lúcia Midori Damaceno *et al.* Barriers and facilitators to participate in behavior change program: analysis of focus groups. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, [s. l.], v. 40, n. 2, p. 138–145, 2018b.

TORRES, Heloisa Carvalho *et al.* Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 43, n. 2, p. 291–298, 2009.

TORRES, Heloisa C *et al.* Perceptions of primary healthcare professionals towards their role in type 2 diabetes mellitus patient education in Brazil. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 10, p. 1–6, 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/583>.

TORRES, Heloisa Carvalho; HORTALE, Virginia Alonso; SCHALL, Virginia. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Caderno de Saúde Pública**, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 1039–1047, 2003.

TRIPATHI, Divya *et al.* Barriers and facilitators in dietary and physical activity management of type 2 diabetes: Perspective of healthcare providers and patients. **Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews**, [s. l.], v. 17, n. 3, 2023.

VARGAS, Elisangela Cruz *et al.* Identificando barreiras e cumprimento de metas para a prática de autocuidado em pessoa com diabetes tipo 2. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 846–850, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647681021>.

VICENTE, Natália Gomes *et al.* Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com Diabetes Mellitus. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermería**, [s. l.],

l.], v. 52, p. 460–473, 2018. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.302481>.

VIEIRA, Ana Shirley Maranhão *et al.* Educação em saúde para indivíduos com dor crônica: ensaio clínico. **Brazilian Journal Of Pain**, [*s. l.*], v. 5, n. 1, p. 39–46, 2022.

VILHENA, Estela *et al.* Factores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crônicas. **Psicologia, saúde & doenças**, [*s. l.*], v. 15, n. 1, p. 220–233, 2014. Disponível em: www.sp-ps.com-.

WHITTEMORE, Robin; MELKUS, Gail D'Eramo; GREY, Margaret. Applying the Social Ecological Theory to Type 2 Diabetes Prevention and Management. **Journal of Community Health Nursing**, [*s. l.*], v. 21, n. 2, p. 87–99, 2004.

WHO, World Health Organization. **Primary Health Care**. [*S. l.*], 2024.

XAVIER, Antônia Tayana Franca; BITTAR, Daniela Borges; ATAÍDE, Márcia Barroso Camilo. Crenças no autocuidado em diabetes - Implicações para a prática. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [*s. l.*], v. 18, n. 1, p. 124–130, 2009.

YANG, Xinyue; SUN, Jiayi; ZHANG, Wenjuan. Global trends in burden of type 2 diabetes attributable to physical inactivity across 204 countries and territories, 1990–2019. **Frontiers in Endocrinology**, [*s. l.*], v. 15, p. 1–12, 2024.

YANKEELOV, Pamela A. *et al.* World Cafés Create Healthier Communities for Rural, Older Adults Living With Diabetes. **Health Promotion Practice**, [*s. l.*], v. 20, n. 2, p. 223–230, 2019.

YARMOHAMMADI, Soudabeh *et al.* A systematic review of barriers and motivators to physical activity in elderly adults in Iran and worldwide. **Epidemiology and Health**, [*s. l.*], v. 41, p. 1–11, 2019.

ZANETTI, Maria Lúcia *et al.* O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 61, n. 2, p. 186–192, 2008.

ZULIAN, Luana Rosas *et al.* Qualidade de vida de pacientes com diabetes utilizando o instrumento Diabetes 39 (D-39). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 34, n. 3, p. 138–146, 2013.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa Intervenção liderada por Agentes Comunitários de Saúde para manejo de Diabetes Tipo 2 no interior do Amazonas, cuja pesquisadora responsável é Prof^a. Dr^a. Elisa Brosina de Leon. O objetivo principal é examinar os efeitos de uma intervenção para acompanhamento de diabetes mellitus tipo 2 liderada por Agentes Comunitários de Saúde no interior do Amazonas.

Queremos desenvolver uma capacitação para os ACS culturalmente adaptada visando o processo de acompanhamento de usuários com diagnóstico de DM2 na Atenção Primária e monitorar os efeitos da capacitação na adesão de hábitos saudáveis, adesão medicamentosa, peso corporal e medidas glicêmicas (hemoglobina glicada).

O(A) Sr(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma dentro da instituição. Caso aceite primeiramente será a apresentação individual do estudo e os objetivos propostos. O Sr. será convidado a participar de um evento no qual discutiremos as barreiras e facilitadores para aquisição de hábitos saudáveis. Em um segundo momento, realizaremos uma avaliação individual envolvendo sua saúde e seus hábitos. O(A) Sr(a). será acompanhado por um período de 6 meses.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa o risco para o(a) Sr.(a) é a possibilidade de constrangimento psicológico em responder o questionário sobre aspectos pessoais. Visando a minimizar o risco o questionário será respondido em ambiente privado e os participantes não serão identificados nominalmente, sendo utilizado um código para tabulação dos dados. Os resultados serão apresentados utilizando-se média para que não seja possível a identificação dos participantes da pesquisa, nem pelo público em geral e nem pelo administrador de saúde. Também é esperado o seguinte benefício com esta pesquisa: a melhora da capacidade de cuidado às doenças crônicas prestadas pelos ACS aos pacientes.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. Garantimos ao(à) Sr(a), e seu acompanhante quando necessário, o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente mediante o pagamento diretamente ao Sr. Também estão assegurados ao(à) Sr(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Asseguramos ao(à) Sr(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário. Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com o pesquisador responsável Dra. Elisa Brosina de Leon a qualquer tempo para informação adicional no endereço Av. General Rodrigo Otávio, 3000, Campus Universitário, Coroado I, CEP: 69077-000, Brasil. Telefone celular (92) 98408-2596. O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004

/ (92) 99171-2496, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

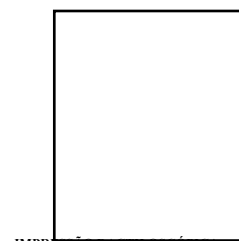
Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

☐

Li e concordo em participar da pesquisa.

_____, ____/____/____



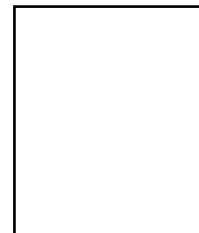
IMPRESSÃO DACTILOSCÓPICA

Assinatura do Participante

☐

Autorizo o registro fotográfico para fins de pesquisa.

_____, ____/____/____



IMPRESSÃO DACTILOSCÓPICA

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa Intervenção liderada por Agentes Comunitários de Saúde para manejo de Diabetes Tipo 2 no interior do Amazonas, cuja pesquisadora responsável é Prof^a. Dr^a. Elisa Brosina de Leon. Examinar os efeitos de uma intervenção para acompanhamento de diabetes mellitus tipo 2 liderada por Agentes Comunitários de Saúde no interior do Amazonas.

O(A) Sr(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma dentro da instituição. Caso aceite primeiramente será a apresentação individual do estudo e os objetivos propostos. Posteriormente será apresentado o TCLE para que seja esclarecido qualquer dúvida que possa surgir.

Queremos desenvolver uma capacitação para os ACS adaptada culturalmente visando o processo de acompanhamento de usuários com diagnóstico de DM2 na Atenção Primária; avaliar o grau de satisfação dos ACS com a capacitação e monitor os efeitos da capacitação na adesão de hábitos saudáveis, adesão medicamentosa, peso corporal e medidas glicêmicas (hemoglobina glicada) em usuários com diagnóstico de DM2 na Atenção Primária liderada por ACS.

O Sr. será convidado a participar de um evento no qual discutiremos as barreiras e facilitadores para aquisição de hábitos saudáveis. Em um segundo momento, realizaremos uma capacitação online voltado para o acompanhamento do usuário com Diabetes. A capacitação será realizada em 5 aulas assíncronas.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa o risco para o(a) Sr.(a) é a possibilidade de constrangimento psicológico dos profissionais de saúde em responder o questionário sobre as potenciais fragilidades da instituição onde atuam. Visando a minimizar o risco o convite para participação será feito individualmente, em sala previamente definida para aplicação da pesquisa. Os participantes não serão identificados nominalmente, sendo utilizado um código para tabulação dos dados. Os resultados finais serão apresentados utilizando-se média para que não seja possível a identificação dos participantes da pesquisa, nem pelo público em geral e nem pelo administrador de saúde. Também é esperado o seguinte benefício com esta pesquisa: a melhora da capacidade de cuidado às doenças crônicas prestadas pelos ACS aos pacientes.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Garantimos ao(à) Sr(a), e seu acompanhante quando necessário, o ressarcimento

das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente mediante o pagamento diretamente ao Sr. Também estão assegurados ao(à) Sr(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Asseguramos ao(à) Sr(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário.

Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com o pesquisador responsável Dra. Elisa Brosina de Leon a qualquer tempo para informação adicional no endereço Av. General Rodrigo Otávio, 3000, Campus Universitário, Coroado I, CEP: 69077-000, Brasil. Telefone celular

(92) 98408-2596. O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004 / (92) 99171-2496, E- mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

_____, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNCICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ DE MAIOR CAPAZ

Eu,

_____,
(Nacionalidade) _____, (Estado _____ Civil)
_____, portador do RG nº _____ e inscrito no
CPF sob o nº _____, doravante denominado

AUTORIZANTE, neste ato, e para todos os fins em direitos admitidos, **AUTORIZO** expressamente a **captação, uso e guarda** de minha imagem e voz, em caráter **definitivo e gratuito**, decorrentes da minha participação na sessão de fotografia/filmagem/gravação de **SESSÃO DE WORLD CAFÉ** realizada como parte da pesquisa intitulada “**Intervenção liderada por Agentes Comunitários de Saúde para manejo de Diabetes Tipo 2 no interior do Amazonas**”, cuja pesquisadora responsável é a Dra. Elisa Brosina de Leon, doravante denominada **AUTORIZADA**, para fins exclusivamente científicos, podendo ser utilizadas a qualquer tempo.

A presente autorização abrange as informações que serão geradas na pesquisa aqui citada, em publicações decorrentes dela, quais sejam: publicações em revistas científicas, divulgações acadêmicas em congressos nacionais e internacionais, e jornais.

A autorização abrange, exclusivamente, o uso de minha imagem para os fins aqui estabelecidos, e deverá sempre preservar o anonimato, em conformidade com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido parte integrante desta autorização. Qualquer outra forma de utilização e/ou reprodução deverá ser por mim autorizada. A pesquisadora responsável assegurou-me que os dados serão armazenados em mídia digital sob sua responsabilidade. Assegurou-me também, que serei livre para interromper minha participação a qualquer momento e/ou solicitar a posse de minhas imagens.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que **AUTORIZO** o uso nos termos acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e voz, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

Iranduba (AM), ____ de _____ de 2023.

Autorizante

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO USUÁRIOS

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO USUÁRIOS

Data: ____/____/____

Olá, gostaríamos de conhecer um pouco mais sobre você:

Nome: _____

Idade: _____ **Onde nasceu:** _____ **Sexo:** _____

Telefone: _____

UBS vinculada: _____

Raça/cor da pele: () Branca
() Preta
Casado(a)/amigado(a)
() Parda
() Amarela
() Indígena
() Ignorado

Estado Civil: () Solteiro(a)
() Casado(a)
() Separado(a)
() Viúvo(a)
() Não informado

Ocupação: _____

Renda familiar mensal: () menos de 1 salário mínimo
() 1 a 3 salários mínimos
() 4 ou mais salários mínimos

Escolaridade:
() Analfabeto
() Ensino Fundamental Incompleto
() Ensino Fundamental Completo
Completo: _____
() Ensino Médio Incompleto
() Ensino Médio Completo
() Ensino Superior Incompleto
() Ensino Superior
Pós-graduação: _____

Você tem filhos? () Sim, quantos? _____ () Não

Há quanto tempo você foi diagnosticado com diabetes? _____

Possui outras doenças: () hipertensão (pressão alta) () Não sabe informar
() dislipidemia (gordura no sangue) () Outras

Você possui alguma complicação na visão? () Não
() Não sei informar

() Sim. Qual?

Você possui alguma complicação no coração? () Não
 () Não sei informar
 () Sim. Qual?

Você possui alguma complicação nos rins? () Não
 () Não sei informar
 () Sim. Qual?

Você teve algum derrame no passado? () Sim
 () Não
 () Não sei informar

Você possui amputações por causa do diabetes? () Sim () Não

Você possui feridas por causa do diabetes? () Sim () Não

Você usa medicação para diabetes? () Não () Sim. Qual?

Você realiza atividade física: () Sim () Não

Se realiza atividade física, qual a frequência? () 1 a 3 vezes por semana
 () 4 a 7 vezes por semana
 () 1 a 4 vezes por mês
 () Indefinido

Faz algum tipo de dieta e/ou controle alimentar: () Sim () Não

Você gostaria de acrescentar algo mais? Sinta-se à vontade para nos contar.

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Data: ____/____/____

Olá, gostaríamos de conhecer um pouco mais sobre você:

Nome: _____

Idade: _____ **Onde nasceu:** _____ **Sexo:**

Telefone: _____

UBS vinculada: _____

Endereço: _____

Raça/cor da pele: () Branca

() Preta

Casado(a)/amigado(a)

() Amarela

() Amarela

() Indígena

() Ignorado

Estado Civil: () Solteiro(a)

() _____

() Separado(a)

() Viúvo(a)

() Não informado

Renda familiar mensal: () menos de 1 salário mínimo

() 1 a 3 salários mínimos

() 4 ou mais salários mínimos

Escolaridade:

() Analfabeto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Superior Incompleto

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Superior Completo:

() Ensino Médio Incompleto

(

) Pós-graduação:

Você tem filhos? () Sim, quantos? _____ () Não

Quanto tempo você atua como ACS? _____

Qual o ano da sua última capacitação? _____

Qual o tema da última capacitação?

Quais as principais atividades/ações/orientações você realiza ao usuário com DM tipo 2?

Você realiza atividade física? () Sim () Não

Se realiza atividade física, qual a frequência? () 1 a 3 vezes por semana
 () 4 a 7 vezes por semana
 () 1 a 4 vezes por mês
 () Indefinido

Faz algum tipo de dieta e/ou controle alimentar: () Sim () Não

Você gostaria de acrescentar algo mais? Sinta-se à vontade para nos contar.

**APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO USUÁRIOS – ENTREVISTA
SEMIESTRUTURADA**

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO USUÁRIOS

Data: ____/____/____

Olá, gostaríamos de conhecer um pouco mais sobre você:

Nome: _____

Idade: _____ **Onde nasceu:** _____ **Gênero:** _____

Telefone: _____

UBS vinculada: _____

Raça/cor da pele: () Branca

() Preta

() Parda

() Amarela

() Indígena

() Ignorado

Estado Civil: () Solteiro(a)

() Casado(a)/amigado(a)

() Separado(a)

() Viúvo(a)

() Não informado

Ocupação: _____

Renda familiar mensal: () menos de 1 salário mínimo

() 1 a 3 salários mínimos

() 4 ou mais salários mínimos

Escolaridade:

() Analfabeto

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Fundamental Completo

Completo: _____

() Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior

() Pós-graduação:

Você tem filhos? () Sim, quantos? _____ () Não

Há quanto tempo você foi diagnosticado com diabetes? _____

Possui outras doenças: () hipertensão (pressão alta)

() Não sabe informar

() dislipidemia (gordura no sangue)

() Outras

Você possui alguma complicação na visão? () Não

() Não sei informar

() Sim. Qual? _____

Você possui alguma complicação no coração? () Não

() Não sei informar

() Sim. Qual? _____

Você possui alguma complicação nos rins? () Não

() Não sei informar

() Sim. Qual? _____

Você teve algum derrame no passado? () Sim

() Não

() Não sei informar

Você possui amputações por causa do diabetes? () Sim

() Não

Você possui feridas por causa do diabetes? () Sim

() Não

Você usa medicação para diabetes? () Não () Sim. Qual?

Você realiza atividade física: () Sim

() Não

Se realiza atividade física, qual a frequência? () 1 a 3 vezes por semana

() 4 a 7 vezes por semana

() 1 a 4 vezes por mês

() Indefinido

Faz algum tipo de dieta e/ou controle alimentar: () Sim

() Não

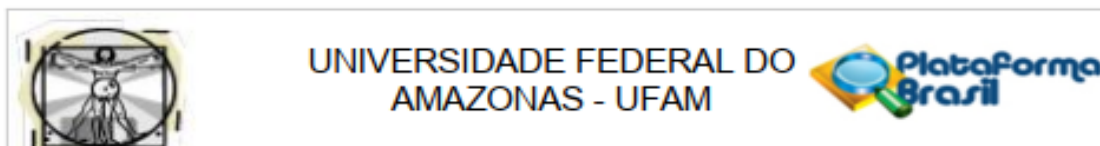
Você bebe? () Sim () Não

Você fuma? () Sim () Não

Questionamentos sobre Barreiras e Facilitadores para adesão de hábitos saudáveis

1. Na sua opinião, o que é ter uma vida saudável?
2. O que o Sr.(a) faz para manter sua vida saudável?
3. O senhor (a) lembra do dia que soube que era diabético? Como foi receber a notícia do diagnóstico do diabetes?
4. O que aconteceu (mudou) depois do diagnóstico na sua vida?
5. No seu dia a dia, quais são as suas dificuldades para controlar(cuidar) do seu diabetes?
6. O senhor toma os remédios do diabetes todos os dias? Em relação **aos remédios**, quais são as suas dificuldades? E o que facilita (ou facilitaria)?
7. Em relação **a fazer atividade física**, quais são as suas dificuldades? E o que facilita (ou facilitaria)?
8. Para o senhor (a) o que é alimentação saudável?
9. Em relação **a alimentação saudável**, quais são as suas dificuldades? E o que facilita (ou facilitaria)?
10. Em relação ao ambiente (a cidade, o clima, a sua casa), quais são as suas dificuldades para ter hábitos saudáveis? E o que facilita (ou facilitaria)?
11. Em relação a mudar os **comportamentos/costumes**, quais suas dificuldades para ter hábitos saudáveis? O que facilita (facilitaria)?
12. Tem mais alguma informação (coisa) que o senhor (a) queria/gostaria falar?

ANEXO A – PARECER CEP UFAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção liderada por Agentes Comunitários de Saúde para manejo de diabetes tipo 2 no interior do Amazonas

Pesquisador: Elisa Brosina de Leon

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66358722.9.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.931.419

Apresentação do Projeto:

Resumo

As desigualdades refletem nas condições de assistência à população usuária do SUS, repercutindo na qualidade do cuidado e de vida dos usuários e famílias assistidas. Somente a avaliação e identificação das prioridades que possibilitem a construção de um modelo de atenção à saúde focado na Atenção Primária e no enfrentamento às doenças/condições crônicas permitirá a inovação na assistência, permitindo a implantação de novas estratégias de cuidado, sejam individuais ou coletivos, e transformando a atenção da saúde. Portanto, pretende-se examinar os efeitos de uma intervenção para acompanhamento de diabetes mellitus tipo 2 liderada por Agentes Comunitários de Saúde no interior do Amazonas.

Hipótese:

A capacitação proposta melhorará o acompanhamento dos usuários com DM2 na atenção primária.

Metodologia Proposta:

Delineamento: Estudo de viabilidade com métodos mistos (38). **Local da pesquisa:** A pesquisa será realizada na cidade de Iranduba, distante 40km de Manaus. **Sensibilização para participação no estudo:** Inicialmente, a Secretaria Municipal de Saúde de Iranduba será contactada para aprovação. Após, o estudo será apresentado ao Coordenador de Atenção Primária e aos Gestores das UBS. O primeiro contato com os ACS será realizado por telefone. **População alvo e amostra:** O município de Iranduba possui 15 UBS localizadas em região urbana. Aleatoriamente, por sorteio, as UBS serão

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com

ANEXO B – ANUÊNCIA SECRETARIA DE SAÚDE DE IRANDUBA



GABINETE DO SECRETÁRIO

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução da pesquisa INTITULADA INTERVENÇÃO LIDERADA POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA MANEJO DE DIABETES TIPO 2 NO INTERIOR DO AMAZONAS, a ser desenvolvida pela Professora ELISA BROSINA DE LEON, da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Esta instituição esta ciente de suas responsabilidades como participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir os requisitos da Resolução 446/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, como também, no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar.

Igualmente informamos que para ter acesso à coleta de dados nesta instituição, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação do presente projeto pelo Comitê de Ética à direção da mesma. Tudo como preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Irlanduba, 05/12/22
Local, data.

Secretário Municipal de Saúde

Portaria nº 150/2021 - GAS - PM

ANEXO C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO – ARTIGO 1

Ciência & Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva

Barreiras e facilitadores para adesão a hábitos alimentares saudáveis em pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)

Journal:	Ciência & Saúde Coletiva
Manuscript ID	CSC-2024-1700
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	Healthy Lifestyle, primary health care, qualitative research

SCHOLARONE™
Manuscripts