



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

NATANI CHAVES NASCIMENTO MARQUES

**AUTOEFICÁCIA E MOTIVAÇÃO PARA HÁBITOS SAUDÁVEIS EM USUÁRIOS
DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM DOURADOS-MS**

Dourados – MS
Fevereiro/2018



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

NATANI CHAVES NASCIMENTO MARQUES

**AUTOEFICÁCIA E MOTIVAÇÃO PARA HÁBITOS SAUDÁVEIS EM USUÁRIOS
DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM DOURADOS - MS**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados, como requisito para obtenção do Título de Mestre. Linha de Pesquisa: Processos Comportamentais e Cognitivos

Orientadora: Profa. Dra. Karen P. Del Rio Szupczynski

Dourados – MS
Fevereiro/ 2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

COMISSÃO EXAMINADORA

Dourados, ____ de ____ de 2018.

Profa. Dra. Karen P. Del Rio Szupszynski (Orientadora)
Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

Profa. Dra. Flávia Andréia Marin
Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

Profa. Dra. Martha Wallig Brusius Ludwig
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

SUPLENTE

Profa. Dra. Verônica Aparecida Pereira
Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

A Deus, por ter me feito sonhar e viver a
experiência do mestrado. Por ter sido auxílio,
força e esperança nos dias mais difíceis.
Ao Fábio, meu marido, por ser meu porto seguro,
exemplo de companheirismo, paciência e amor.
Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicionais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu força, ânimo e saúde para chegar até aqui e realizar o sonho de ser mestra. Que eu possa ser sempre grata a esse amor e cuidado tão profundos!

Ao Fábio, por ser o meu melhor amigo, maior incentivador e melhor companhia. Obrigada por me fazer ser a minha melhor versão todos os dias. Sem você eu não sou.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Karen P. Del Rio Szupczynski, exemplo de profissionalismo, competência e excelência. Obrigada por todo apoio e ensinamentos desde a graduação em Psicologia até hoje. É uma honra ter sido sua orientanda!

À minha amada mãe, pelas palavras que me acalmavam, colos e abraços que me renovavam e pelo amor incondicional. Ser sua filha é um privilégio.

Ao meu querido pai, por ter sido tão otimista e motivador durante as situações de maiores angústias e dificuldades. Com o seu apoio e amparo me tornei mais forte!

Às minhas lindas sobrinhas Maria Eduarda e Alice, por todos os sorrisos, olhares e abraços, que mesmo sem saberem estavam me renovando diariamente.

À minha irmã Cinthia e meu cunhado Julyerme, por terem me dado a honra de ser madrinha da Alice durante o mestrado. Com certeza, esse foi o meu melhor presente!

À minha Vozinha Maria, por ter acalmado meu coração me transmitindo tanta paz e amor em todas as vezes que nos encontrávamos. Vó, obrigada por me ensinar que Deus provê e proverá e que sua misericórdia nunca faltará.

Às famílias Chaves de França e Marques, por terem celebrado comigo todas as minhas conquistas. Aos de perto e aos de longe, obrigada por se fazerem presentes!

Aos amigos conquistados durante o mestrado, Daiane, Jhonathan, Luis Ronaldo, Sandra e Ekelis, com vocês a caminhada se tornou mais especial. Ninguém poderá desconstruir o que a.

Aos meus amigos de caminhada cristã, obrigada por terem sido mais chegados que irmãos.
Com vocês meu riso é mais feliz!

À minha querida amiga Layane Lunardi, pelo simples motivo de ser quem é pra mim.
Obrigada pelo compartilhar da vida de forma leve e cheia de risadas. Que possamos ser sempre muito amigas, rsrs.

A doce e inteligentíssima amiga Gabriela Machado, pelas inúmeras contribuições à pesquisa.
Gabi, você é inspiradora!

À minha dupla Flavia Mansano, por tudo que vivemos juntas durante a faculdade e pela prontidão em me ajudar com a reta final desse estudo.

À inesquecível II Turma de Psicologia da UFGD, pelo carinho e apoio sempre!

Às auxiliares de pesquisa, Nicole, Nahima e Paola, pelo esforço e dedicação com que me ajudaram na reta final da coleta de dados. Vocês foram incríveis!

Aos participantes deste estudo, que por meio de seus relatos possibilitaram a construção deste trabalho e a concretização de um sonho.

Às Professoras Doutoras Tatiane Castro Marin e Verônica Aparecida Pereira, pelas excelentes contribuições à pesquisa durante as aulas do Mestrado.

À querida Pofa. Ma. Macksuelle Angst Guedes, pelo carinho com que me recebeu no Ambulatório de Nutrição do HU. Sua ajuda foi essencial!

Às Professoras Doutoras Flávia Andreia Marin e Marta Wallig B. Ludwig, pelas contribuições à pesquisa durante o exame de qualificação e banca de defesa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Dourados e todos os profissionais que participaram da pesquisa. Obrigada pela atenção, apoio e respeito!

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFGD, pelo intenso aprendizado durante esses dois anos.

À Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (FUNDECT), pelo apoio financeiro para o desenvolvimento desta pesquisa.

MUITO OBRIGADA!

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
LISTA DE SIGLAS	12
LISTA DE TABELAS	13
LISTA DE GRÁFICOS	14
SEÇÃO 1	15
AUTOEFICÁCIA E MOTIVAÇÃO PARA HÁBITOS SAUDÁVEIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	15
1 INTRODUÇÃO	12
2 MÉTODO	15
3 RESULTADOS	16
3.1 Aspectos Gerais	17
3.2 Aspectos Metodológicos	17
3.3 Definição dos Conceitos	20
4 DISCUSSÃO	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
6 REFERÊNCIAS	25
SEÇÃO 2	28
AUTOEFICÁCIA E MOTIVAÇÃO PARA HÁBITOS SAUDÁVEIS EM USUÁRIOS DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	28
1 INTRODUÇÃO	29
2 MÉTODO	33
2.1 Locais de Coleta	33
2.2 Delineamento	33
2.3 Amostra	33
2.4 Instrumentos	34
2.4.1 Questionário Sociodemográfico	34
2.4.2 Régua de Prontidão	34

2.4.3 Algoritmo.....	34
2.4.4 Self-Efficacy to Regulate Eating Habits e Self-Efficacy to Regulate Exercise.....	35
3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	35
4 RESULTADOS	37
4.1 Perfil da Amostra	37
4.2 Estilo de Vida.....	38
4.2.1 Percepção da gravidade do problema de saúde e gênero.....	39
4.3 Histórico de Doenças Crônicas na Família.....	39
4.4 Prontidão para Mudança	40
4.5 Estágios de Motivação para Mudança	40
4.6 Autoeficácia	39
4.6.1 Autoeficácia para Regular Exercício Físico	41
4.6.2 Autoeficácia para Regular Hábito Alimentar	42
4.7 Correlações	43
4.7.1 Correlação entre autoeficácia e idade dos participantes	43
4.7.2 Correlação entre autoeficácia e uso de medicamento para doença crônica.....	43
4.7.3 Correlação entre autoeficácia e estágios de mudança.....	44
4.7.4 Correlação entre autoeficácia e prontidão para mudança	44
4.8 Descrições dos Serviços Públicos de Saúde	45
5 DISCUSSÃO	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
7 REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICES	59
Apêndice A. Questionário Equipe Saúde	60
Apêndice B. Questionário Sociodemográfico	61
ANEXOS	64
Anexo A. Régua de Prontidão	65
Anexo B. Algoritmo	66

Anexo C. Escala de Autoeficácia para Regular Hábito Alimentar.....	67
Anexo D. Escala de Autoeficácia para Regular Exercício Físico.....	68
Anexo E. Parecer da Comissão de Avaliação em Pesquisa e Extensão (CAPE).....	69
Anexo F. Autorização do Hospital Universitário	70
Anexo G. Parecer Consubstanciado do CEP	71
Anexo H. Resolução do Conselho Diretor da Faculdade de Ciências Humanas da UFGD	75

INTRODUÇÃO

A adesão a maus hábitos alimentares e a diminuição da prática de exercícios físicos entre a população brasileira afeta negativamente a saúde, levando a um aumento dos casos de obesidade e doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão, dislipidemias, cardiopatias isquêmicas, insuficiência cardíaca, etc.).

Em meio a este contexto, torna-se útil estudar os fatores que podem indicar o caminho mais apropriado para a adesão a hábitos saudáveis entre a população. Portanto, este trabalho trata sobre o estudo dos constructos de autoeficácia e motivação para hábitos saudáveis em usuários do serviço público de saúde em Dourados, Mato Grosso do Sul.

O conceito de autoeficácia baseou-se no proposto pela Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, que o compreende como o conjunto de crenças nas próprias habilidades para execução de uma tarefa específica. A conceituação de motivação deu-se por meio do Modelo Transteórico de Mudança (MTT), de Prochaska, DiClemente e Norcross (1992), os quais definem a motivação a partir de um processo composto por cinco estágios motivacionais (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção).

O método utilizado no estudo foi quantitativo e transversal. Esta dissertação compreende dois artigos, um de revisão teórica e um empírico. A Seção I compreende o artigo teórico e teve como objetivo reunir a literatura por meio de uma revisão sobre as principais pesquisas relacionadas ao tema deste estudo. O método utilizado foi o de Revisão Sistemática, elaborada a partir da busca nas bases de dados Lilacs, PubMed e Medline, acessadas pelas páginas eletrônicas “Biblioteca Virtual da Saúde” (BVS) e “Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior” (Capes), compreendendo publicações entre 2006 e 2017. A maioria dos estudos revelou importante relação entre autoeficácia, motivação e manutenção de hábitos saudáveis, assim como a predominância de ações incorporando a avaliação dos processos psicológicos aqui analisados.

A Seção II corresponde ao artigo empírico, o qual responde ao projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação. Seu objetivo foi estudar as variáveis de autoeficácia e motivação para hábitos saudáveis (hábitos alimentares saudáveis e

exercício físico). A amostra constituiu-se de 55 sujeitos usuários de serviços públicos de saúde que estavam iniciando tratamento nutricional. Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Escala de Autoeficácia para Regular Hábito Alimentar e para Prática de Exercício Físico, Régua de Prontidão e um Algoritmo.

Após a análise dos dados, foi possível observar a prevalência de sujeitos nos estágios intermediários de contemplação e preparação e classificados com autoeficácia baixa a moderada, podendo indicar uma população que não acredita suficientemente na sua mudança, mesmo que estejam iniciando tratamento.

De modo geral, a pesquisa cumpriu com os objetivos propostos, concentrando nos resultados mais relevantes os quais promoveram importantes discussões sobre a temática da autoeficácia e motivação para hábitos saudáveis.

LISTA DE SIGLAS

AE	- Autoeficácia
BIREME	- Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	- Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
DEC	- Descritor de Assunto em Ciências da Saúde
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
HS	- Hospital Universitário
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTT	- Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento
NASF	- Núcleo de Assistência à Saúde da Família
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PAM	- Posto de Atendimento Médico
PNS	- Pesquisa Nacional de Saúde
SEMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SISREG	- Sistema Nacional de Regulação
SPSS	- <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	- Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	- Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE TABELAS**Seção 1 - Artigo 1**

Tabela 1.	Resultados da busca conforme o país e ano de publicação.....	17
------------------	--	----

Seção 2 - Artigo 2

Tabela 1.	Perfil sociodemográfico.....	37
Tabela 2.	Estilo de Vida.....	38
Tabela 3.	Situação x Média de Autoeficácia para Regular Exercício Físico.....	41
Tabela 4.	Situação x Média de Autoeficácia para Regular Hábito Alimentar.....	42
Tabela 5.	Autoeficácia x Idade dos participantes.....	43
Tabela 6.	Autoeficácia x Uso de Medicamento para Doença Crônica.....	43
Tabela 7.	Correlação entre autoeficácia para regular exercício físico e estágios de mudança.....	44
Tabela 8.	Correlação entre autoeficácia para regular alimentação e estágios de mudança.....	45
Tabela 9.	Descrição dos serviços públicos de saúde.....	46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Diagnóstico de doenças crônicas na família	39
Gráfico 2.	Notas Médias na Régua de Prontidão.....	40
Gráfico 3.	Estágios de Motivação para Mudança	41

SEÇÃO 1

AUTOEFICÁCIA E MOTIVAÇÃO PARA HÁBITOS SAUDÁVEIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

RESUMO: Além da conscientização acerca de um estilo de vida saudável, é imprescindível que o indivíduo acredite em suas próprias capacidades para adesão a novos comportamentos. O constructo de autoeficácia vem sendo considerado um importante preditor para a motivação na adesão de hábitos saudáveis. Este estudo se propôs a analisar a produção científica referente aos constructos de autoeficácia e motivação e sua relação para hábitos saudáveis, por meio de uma revisão sistemática da literatura. O método utilizado foi o de revisão sistemática, elaborada a partir da busca nas bases de dados Lilacs, PubMed e Medline, acessadas pelas páginas eletrônicas “Biblioteca Virtual da Saúde” (BVS) e “Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior” (Capes), compreendendo trabalhos publicados entre os anos de 2006 a 2017. Foram utilizados os descritores “self-efficacy”, “motivation” e “healthy habits”. A amostra foi composta por 12 artigos que preencheram os critérios de inclusão. Observou-se que os constructos de autoeficácia e motivação não foram explorados de maneira isolada nos estudos, apresentando outras correlações significativas e pontuais na adesão a hábitos saudáveis entre populações adultas. No entanto, a maioria dos estudos constatou uma relação entre autoeficácia, motivação e manutenção de hábitos saudáveis. Conclui-se que a autoeficácia é uma importante variável psicológica a ser avaliada conjuntamente à motivação, especialmente em intervenções em que a adesão a hábitos alimentares saudáveis e a prática de exercício físico seja pré-requisito.

Palavras-Chave: Autoeficácia, Motivação, Hábitos Saudáveis, Revisão Sistemática.

ABSTRACT: Beyond the awareness raising concerning to a healthy lifestyle, it is indispensable that the individual believes in their own abilities of adherence to new behaviors. The self-efficacy construct has been considered an important predictor for motivation in adhering to healthy habits. This study aimed to analyze the scientific production regarding the self-efficacy construct and motivation and its relation to healthy habits, through a systematic review of the literature. The searches were made in the BVS (Virtual Health Library) databases and CAPES periodicals, it was considered publications on the Lilacs bases, Medline and PubMed, covering articles published between the years 2006 to 2017. The descriptors "self-efficacy", "motivation" and "healthy habits" were used. The sample consisted of 12 articles that fulfilled the inclusion criteria. It was observed that the self-efficacy constructs and motivation were not explored in an isolated way in the studies, presenting other significant and punctual correlations in the adherence of healthy habits among adult populations. However, most studies found a relationship among self-efficacy, motivation, and maintenance of healthy habits. It is concluded that self-efficacy is an important psychological variable to be evaluated cooperatively with motivation, especially in interventions in which adherence to healthy eating habits and physical exercise is a requirement.

Keywords: Self-efficacy, Motivation, Healthy Habits, Systematic Review.

1 INTRODUÇÃO

As intensas mudanças no âmbito social, econômico e cultural que acometeram o Brasil trouxeram consigo alterações no estilo de vida, podendo assim destacar alguns indicadores como a realização de refeições fora de casa, o aumento no consumo de alimentos processados e a ingestão elevada de lanches com altos índices de gorduras, açúcares e sódio. Simultaneamente, alguns estudos têm apontado para diminuição de atividades físicas regulares (Souza, Pereira, Yokoo, Levy & Sichieri, 2013). Segundo Schmidt, Duncan, Silva, Menezes, Monteiro, Barreto e Menezes (2011), esses indicadores associam-se às condições relacionadas ao surgimento de doenças crônicas e dislipidemias (obesidade, diabete, hipertensão, insuficiência cardíaca, etc.), ocasionadas, na maior parte dos casos, pelo sedentarismo e hábitos alimentares irregulares, representando atualmente no país as principais causas de óbitos.

Com o considerável aumento de doenças relacionadas aos maus hábitos, alguns levantamentos importantes vêm sendo feitos. Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), caracterizada como pesquisa domiciliar, acrescentou em suas investigações o módulo “estilo de vida”, contendo questões relativas ao uso de bebidas alcoólicas, práticas de exercícios físicos e hábitos alimentares. Os resultados da pesquisa apontaram um crescimento significativo de doenças crônicas entre os brasileiros, por exemplo, 21,4% da população apresentaram diagnóstico de hipertensão arterial, cerca de 31,3 milhões de pessoas. Já o diagnóstico médico de diabetes correspondeu a 6,2%, sendo equivalente a um contingente de 9,1 milhões de pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2013).

De acordo com os dados do suplemento “Prática de Esporte e Atividade Física” da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) em 2015, também realizada pelo IBGE, foram identificadas no país 100,5 milhões de brasileiros acima de 15 anos que não praticavam nenhum tipo de exercício, correspondendo a 62,1% dessa população. Os entrevistados citaram como principais motivos de impedimento a falta de tempo (38,2%), não gostar ou não querer de praticar exercício (35%), problemas de saúde ou idade (19%), falta de instalações esportivas próximas de casa (2,7%), problema financeiro (1,9%), não ter companhia (1,7%) e outros (1,5%) (IBGE, 2017). Quanto aos hábitos alimentares dos brasileiros, Radominski (2011) afirma que a maioria

da população, que já não possuía historicamente uma dieta rica em frutas e hortaliças, vem diminuindo esse consumo com o passar dos anos, ao passo que, por outro lado, tem-se observado o consumo elevado de alimentos industrializados e com alto teor calórico nos últimos anos.

Segundo o Ministério da Saúde (2017), estima-se que 34,6% dos brasileiros consomem carnes com gorduras em excesso, e mais da metade da população (56,9%) bebe leite integral regularmente, tornando esses fatores principais agravantes do excesso de peso e obesidade no país. Em 2006, 42,7% dos brasileiros apresentavam excesso de peso. Já em 2016, esse número correspondeu a 52,6% entre os homens e 44,7% entre as mulheres, sugerindo um problema alarmante de saúde pública.

A partir dos dados epidemiológicos apresentados, é imprescindível fazer referência ao comportamento adotado pelas pessoas para promover sua saúde, pois a adesão a um estilo de vida saudável requer que o indivíduo compreenda a sua função no processo de mudança. Bandura (1986) propõe que para se compreender o comportamento humano é necessário levar em consideração uma tríade composta pela conduta do indivíduo, fatores pessoais internos (eventos cognitivos, afetivos e biológicos) e o ambiente externo, uma vez que estas são variáveis que atuam em conjunto. Por esta razão, o indivíduo é considerado como um ser *agente*, possuindo influência sobre o próprio funcionamento e sobre as diversas circunstâncias da vida de forma intencional, longe de ser somente um produto das situações que vivencia.

Nesse sentido, as crenças de autoeficácia correspondem às percepções ou expectativas das pessoas sobre suas capacidades em realizar cursos específicos de ações e conseqüentemente alcançar seus objetivos. Essas crenças estariam ligadas ao modo de pensar, sentir, motivar e se comportar, considerando o pensamento como um mediador cognitivo entre o conhecimento e a ação, o qual possui um papel significativo na motivação, nas ações e reações emocionais as quais as pessoas experimentam. Embora o autor reconheça a variedade de pensamentos que podem exercer influência sobre as ações humanas, acredita que “nenhum pensamento é mais central ou penetrante que os juízos das pessoas sobre as suas capacidades” (Bandura, 1986, p. 21). Assim, para aderir a hábitos saudáveis ou a qualquer outro comportamento, torna-se necessário, além das capacidades básicas, a crença na eficácia pessoal (Bandura, 1986).

Segundo Bandura (1997) e Pajares (2002), as crenças de eficácia são formadas pelo processamento cognitivo, integrando os processos psicológicos básicos como a atenção e memória. Diariamente, várias situações ocorrem às pessoas, podendo algumas serem notadas (processos de atenção), outras retidas (processos de memória) ou interpretadas de formas diversas. Pajares (2002) aponta quatro fontes de autoeficácia: *experiência pessoal* (habilidade do indivíduo); *aprendizagem vicária* (observação e comparação das conquistas e fracassos de outras pessoas); *persuasão verbal* e outros tipos de influência social (convencimento); e *indicadores fisiológicos* (sinalizadores de sucesso e fracasso).

Pajares e Schunk (2002) afirmam que uma autoeficácia bem desenvolvida estabelecerá um nível maior de motivação, envolvendo maior esforço e perseverança perante dificuldades no processo de cumprir com os objetivos propostos. Na adesão de hábitos saudáveis, por exemplo, pessoas confiantes em sua capacidade de manter uma dieta anteciparão seus resultados em melhorar sua qualidade de vida. Já o indivíduo com baixo senso de autoeficácia não acreditará na sua mudança alimentar e, portanto, não criará expectativas positivas sobre seu desempenho. Dessa forma, fica evidente que pensamentos de baixa eficácia influenciam e enfraquecem a motivação e prejudicam a desempenho (Bandura, 1989).

Para compreender a motivação, o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT) vem se mostrando eficaz no entendimento do processo de mudança do indivíduo. Seus fundamentos consistem em analisar a mudança de comportamento por meio de um processo composto por diferentes níveis de motivação. Estes níveis estariam representados por cinco estágios motivacionais: *pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção*.

Resumidamente, durante o estágio de pré-contemplação a pessoa não considera o problema em sua gravidade e não há nenhuma intenção em mudar; no estágio de contemplação, o problema passa a ser considerado e as primeiras possibilidades de mudança são ponderadas; no estágio de preparação já se observam mudanças cognitivas, como a “tomada de decisão”; já na ação as mudanças comportamentais são visíveis, exigindo um maior comprometimento do indivíduo; por fim, o estágio de manutenção caracteriza-se pelo empenho em manter os objetivos alcançados e

estratégias para lidar em casos de recaídas (Prochaska; Diclemente & Norcross, 1994; DiClemente, 2003; Ludwig, 2012).

Além dos estágios do Modelo Transteórico, este também considera a autoeficácia, sendo um dos conceitos principais do modelo. O estudo dos conceitos principais e dos estágios de motivação para mudança têm promovido novas perspectivas para programas de intervenção aplicados a vários comportamentos de risco, como o uso de álcool e outras drogas, comportamento alimentar e prática de exercícios físicos. No momento da execução das intervenções, as quais incluem os processos psicológicos, sendo a autoeficácia um deles, relacionada ao estágio em questão, há o aumento da consciência do indivíduo sobre o comportamento que necessita ser modificado (Prochaska & Velicer, 1997; Borges & Seidl, 2014).

Portanto, para compreender a relação entre adesão a hábitos saudáveis, por meio do estudo das variáveis de autoeficácia e motivação, realizou-se neste estudo uma revisão sistemática de literatura. A proposta de revisão consistiu em reunir os principais artigos científicos que estivessem avaliando a autoeficácia, sua relação com a motivação e, especificamente, com a adesão a hábitos saudáveis ou assuntos correlacionados. Pretendeu-se, portanto, analisar artigos e fomentar uma discussão acerca dos resultados já publicados, assim como levantar novas hipóteses de estudo.

2 MÉTODO

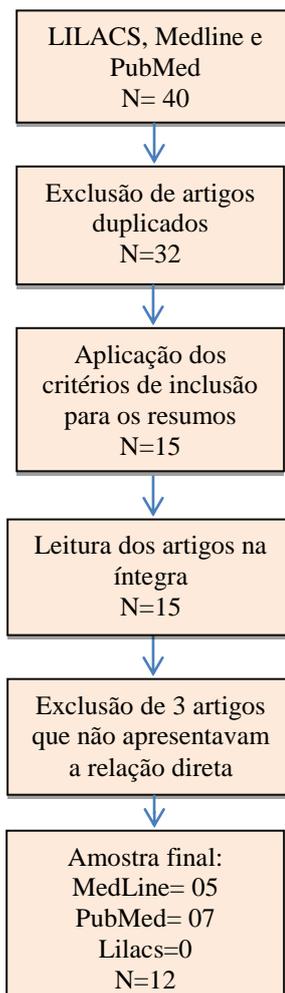
Para a busca dos documentos, as bases de dados foram consultadas nas seguintes páginas eletrônicas: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). As bases de dados selecionadas foram: Lilacs, MedLine e PubMed. A seleção dos descritores utilizados no processo de busca foi efetuada mediante consulta aos Descritores de Assunto em Ciências da Saúde (DECS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME). Assim, foram considerados os seguintes descritores: “self-efficacy”, “motivation”, “healthy habits”. Foi utilizado o operador lógico “AND” a fim de combinar os descritores e rastrear as publicações. Aplicou-se filtros de pesquisa para o tipo de amostra (adultos), tipo de documento (artigos) e ano de publicação (2006 a 2017).

Durante a leitura dos resumos foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: (a) ser um estudo empírico; (b) considerar a variável de autoeficácia e/ou motivação para pelo menos um hábito saudável considerado nesse estudo (hábitos alimentares e prática de exercício físico). Na sequência, a leitura dos artigos na íntegra foi concretizada, resultando em uma seleção final. Portanto, o procedimento de busca desta revisão compreendeu em uma busca geral, exclusão de artigos duplicados, aplicação dos critérios de inclusão na leitura dos resumos, leitura dos textos completos e amostra final.

3 RESULTADOS

Conforme o procedimento de busca pré-estabelecido para as bases de dados, foram identificadas 40 publicações no geral. Ao retirar os manuscritos duplicados, 32 artigos foram contabilizados. Durante a leitura e análise dos resumos, com aplicação dos critérios de inclusão, 15 artigos foram selecionados para a leitura na íntegra. Por fim, após a leitura do texto completo, apenas 12 estudos foram incluídos nesta revisão. O procedimento de busca encontra-se descrito na Figura 1.

Figura 1. Procedimento de busca dos artigos



3.1 Aspectos Gerais

No que se refere aos indicadores bibliométricos, foram discriminados os seguintes itens: autores, ano de publicação, revista de publicação e país de estudo. Quanto à autoria dos artigos, nenhum foi classificado como autoria única, sendo autoria múltipla com o maior número de autores sendo seis. A maior parte dos artigos (n=5) foi escrita por três autores.

Em relação aos veículos de divulgação, distintas revistas publicaram sobre o tema, sendo da área de psicologia, medicina e saúde, enfermagem e nutrição. Especialmente nesta revisão, considerou-se publicações de 2006 a 2017 e os resultados estão descritos abaixo:

Tabela 1. Resultados da busca conforme o país e ano de publicação

ANO DE PUBLICAÇÃO	PAÍS	RESULTADOS
2006	-----	-----
2007	Estados Unidos	01
2008	Estados Unidos	01
2012	Alemanha e Austrália	02
2013	Estados Unidos	01
2015	Estados Unidos, Inglaterra, França	05
2016	Estados Unidos	02

No ano de 2007 e 2008 foi encontrada apenas uma publicação em cada. Entre os anos de 2009 a 2011 também não foi identificado nenhum material. No entanto, em 2012 registraram-se duas publicações, seguido por 2013 com mais uma. O maior número de materiais encontrados foi em 2015, com cinco publicações, e recentemente no ano de 2016, com duas publicações.

A respeito dos países em que os estudos foram desenvolvidos, predominaram publicações nos Estados Unidos. Não foram identificados estudos nacionais abordando a temática.

3.2 Aspectos Metodológicos

Com relação aos aspectos metodológicos, foram analisados os seguintes itens: delineamento dos estudos, instrumentos utilizados e populações estudadas. Dos 12 artigos analisados, apenas um apresentou um delineamento longitudinal, quatro caracterizados como estudos transversais e correlacionais, e os demais experimentais,

sendo três estudos clínicos randomizados, três estudos de caso controle e um de linha de base. No que se refere à população estudada, a maioria dos estudos (n=8) utilizaram uma amostra de pacientes pertencentes a pelo menos um grupo de risco, sendo as doenças cardiovasculares e diabetes as condições mais estudadas. Os demais estudos (n=4) investigaram populações propensas a um estilo de vida pouco saudável, como no caso de estudantes universitários. As especificidades metodológicas, assim como os resultados de cada artigo incluído nesta revisão, estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1. Aspectos metodológicos dos artigos incluídos na revisão

Autor(es)/ano	Delineamento / Amostra	Objetivo	Instrumentos	Resultados
Jackson e Cols. (2007)	Estudo quantitativo, transversal e correlacional Estudantes universitários N= 162	Explorar o apoio social da família, amigos e da autoeficácia nos estilos de vida dos universitários.	Questionário Sociodemográfico ; Suporte multidimensional; Escala Perfil de Estilo de Vida, Escala de Desejos sociais Marlowe-Crowne.	As correlações indicaram que o valor em saúde, o apoio social da família, amigos e autoeficácia para hábitos de saúde foram associados ao envolvimento em um estilo de vida saudável.
Klug, Toobert e Fogerty (2008)	Esudo experimental de Linha de Base Adultos idosos com diabetes tipo 2 N= 243	Avaliar a viabilidade do Programa Healthy Changes (TM)	Intervenção baseada em um programa com 13 sessões em grupo.	A amostra apresentou melhorias em comportamentos de saúde, recursos de suporte e autoeficácia.
Critchley, Hardie e Moore (2012)	Estudo Clínico Randomizado Adultos em risco de diabetes tipo 2 N = 307	Examinar os processos psicológicos para mudança de estilo de vida	Intervenção baseada em um programa seis sessões em grupo.	A participação no programa foi associada a aumentos significativos na alimentação saudável e atividade física, reduções de peso e medidas, melhoria na motivação, autoeficácia e conhecimento.
Gohner e Cols. (2012)	Estudo clínico randomizado Adultos obesos N= 316	Avaliar a eficácia do programa M.O.B.I.L.I.S (Iniciativa multicentrada orientada para a mudança de estilo de vida e auto responsabilidade)	Intervenção padronizada e orientada com estratégias cognitivo-comportamentais	A intervenção teve um efeito substancial sobre a escolha de alimentos e o nível de exercício físico. O grupo apresentou autoeficácia melhorada e busca pela realização de objetivos.
Nabi e Thomas (2013)	Estudo de Caso-Controle Adultos com doença cardíaca coronária prematura (CHD) N = 338	Examinar os efeitos de comerciais para adesão de hábitos saudáveis	Intervenção baseada na exibição de um comercial televisivo	Os resultados indicaram o aumento da confiança para comer mais saudavelmente e praticar exercícios após as mulheres assistirem o comercial.

Continua.

Continuação do **Quadro 1**. Aspectos metodológicos dos artigos incluídos na revisão

Swan e Cols. (2015)	Estudo transversal e descritivo	Determinar fatores que representam as práticas alimentares saudáveis	Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky	Os fatores encontrados para uma alimentação saudável nessa população foram: ser do sexo feminino, morar com um parceiro, forte senso de coerência, restrição flexível da alimentar e senso de autoeficácia alto para alimentação saudável.
	Adultos com maus hábitos alimentares N= 703			
Barbee e Timmerman (2015)	Estudo correlacional descritivo	Examinar as relações entre compulsão alimentar e autoeficácia relacionada à dieta	Mindful Restaurant Eating	A percepção de perda de controle afeta negativamente a capacidade de um indivíduo alcançar metas alimentares, afetando sua autoeficácia.
	Mulheres perimenopáusicas com risco de ganho de peso N = 43			
Gilison e Cols. (2015)	Estudo clínico randomizado	Avaliar o Modelo de Processo para Mudança do Comportamento do Estilo de Vida (PMLBC)	Intervenção baseada em nove sessões em grupo	A intervenção resultou em melhorias significativas na ingestão de fibras, mas não para consumo de gordura. Houve melhorias na autoeficácia e na compreensão do processo de mudança de comportamento, os quais foram associados ao envolvimento no planejamento das atividades.
	Adultos com alto risco de diabetes ou doença cardíaca N= 108			
Guertin e Cols. (2015)	Estudo de Caso-Controle	Avaliar um modelo de motivação longitudinal para alimentação saudável	Intervenção padronizada e orientada com estratégias cognitivo-comportamentais	Os participantes que apresentaram motivação autodeterminada foram mais propensos a desenvolver uma sensação de autoeficácia para aderir uma alimentação saudável.
	Adultos com doença cardiovascular N= 513			
Bosone, Martinez e Kalampalikis (2015)	Estudo de Caso-Controle	Investigar como e quando a exposição a comunicação em saúde são fortalecidos pela persuasão, por meio da teoria do Ajuste Regulatório.	Intervenção baseada na exposição de campanhas de promoção a saúde.	Níveis elevados de persuasão ocorrem quando uma campanha oferece um ajuste regulatório entre seu enquadramento e o modelo a seguir. Também estabelecem que os efeitos desse ajuste dependem das percepções sobre a autoeficácia.
	Estudantes de graduação N= 167			
Dye, Williams e Evatt (2016)	Estudo de Caso-Controle	Descrever o impacto de um programa comunitário para mudança no estilo de vida	Protocolo Modelo para Cuidados Crônicos (EHCHC)	A maioria dos participantes passou a apresentar prontidão para mudança, aumento no conhecimento da hipertensão e aumento da autoeficácia percebida.
	Adultos hipertensos N= 185			

3.3 Definição dos Conceitos

Com relação aos conceitos de autoeficácia e motivação, apesar da variedade de autores referenciados, não foram identificados estudos investigando de forma específica as duas variáveis, havendo pouca alteração substancial dos conceitos. No entanto, autoeficácia e motivação foram relacionadas com outros preditores na adesão de hábitos saudáveis (autorregulação, conhecimento, compulsão alimentar, etc.). Dos artigos incluídos, sete deles buscaram avaliar a eficácia de programas para hábitos saudáveis, considerando de forma positiva a análise de aspectos psicológicos básicos como percepção de autoeficácia e motivação para mudança.

4 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados apontam uma carência de publicações que investiguem a relação específica entre a autoeficácia e motivação para hábitos saudáveis. Observou-se uma frequência de publicações atribuindo ao contexto da adesão de hábitos saudáveis a importância da avaliação de processos psicológicos básicos como a autoeficácia e motivação. Entre os artigos incluídos, praticamente todos que investigaram os constructos de autoeficácia e motivação (centrais deste estudo), consideraram a autoeficácia como preditora da motivação e responsável pela manutenção de comportamentos saudáveis. Foi observado que sete estudos se concentraram em examinar as variáveis de autoeficácia e motivação dentro do processo avaliativo de determinada intervenção, como no caso dos estudos clínicos randomizados.

O fato de considerar o exame das variáveis de autoeficácia e motivação como fatores integrantes e essenciais no processo de mudança do estilo de vida, pode ser visto como um forte indicativo de intervenções mais robustas, as quais podem, além de instruir indivíduos sobre seus hábitos atuais, desenvolver o senso de autoeficácia em relação as suas próprias capacidades e esforço. Pelo contrário, intervenções que não estiverem avaliando os constructos, possivelmente não terão resultados mais sólidos.

Desenvolver o senso de autoeficácia nas pessoas estabelecerá nelas um maior nível de motivação, o qual envolverá mais esforço e persistência diante de fases de maiores dificuldades durante o processo de adesão de hábitos saudáveis (Pajares e Schunk, 2002). Embora os estudos não tenham analisado de forma específica a relação

entre os constructos de autoeficácia e motivação para hábitos saudáveis, torna-se relevante ressaltar o interesse das intervenções em incluir a análise destas variáveis em suas estratégias de tratamento.

Observou - se que a maioria dos estudos trouxe dados de intervenções realizadas com populações pertencentes a grupos de riscos, como doenças cardiovasculares, diabetes tipo dois e obesidade. Por outro lado, dois estudos avaliaram os efeitos de comunicação e persuasão de campanhas televisivas para promoção a saúde. Sobre estes estudos enfocando a promoção, Bosone, Martinez e Kalampalikis (2015) e Nabi e Thomaz (2013), buscaram investigar a relação entre o efeito da propaganda e mudança de hábitos alimentares. Em ambas as pesquisas, a amostra foi concentrada em estudantes universitários, sendo a maioria do sexo feminino. Por meio do método experimental, os autores concluíram que os níveis de autoeficácia dos participantes para mudança alimentar sofreram influências pelas propagandas e programas motivacionais na televisão e internet, pois o comportamento das pessoas em escolher alimentos saudáveis após a intervenção aumentou significativamente.

Estes achados corroboram com a teoria de Bandura (1994) e Pajares (2002), que consideram haver fontes geradoras de autoeficácia capazes de aumentar ou reduzir os níveis de motivação de um indivíduo para realizar determinadas escolhas. Segundo estes autores, as fontes de autoeficácia se referem a, experiência pessoal, experiência vicária, persuasão social e reações fisiológicas. Especialmente nesses casos, evidencia-se a fonte geradora denominada experiência vicária, ou seja, por meio dos resultados obtidos pelos modelos observados, sejam eles positivos ou negativos, as pessoas podem ser influenciadas, podendo adotar comportamentos similares ou não, independentemente de seus esforços para realiza-los. No entanto, é possível inferir que intervenções que visam aumentar a autoeficácia e motivação através dos meios de comunicação podem ser positivas, mas com limitações, pois não proporcionam resultados duradouros e nem alcançam todas as populações.

O desenvolvimento de intervenções que integrem e avaliem o constructo de autoeficácia e motivação é um dos caminhos para garantir maiores avanços no processo de mudança de milhares de pessoas que buscam mudar o estilo de vida. Como destaca Chen, Farh, Campbell-Bush, Wu e Wu (2013), algumas intervenções e programas que focam na dieta e na prática de exercício não atingem resultados duradouros, pois não consideram os processos psicológicos em suas práticas. Tratando-se do caminho a ser

percorrido pelo indivíduo a fim de modificar a auto percepção a respeito de suas capacidades e esforço para adesão a hábitos saudáveis, Gohner e Cols. (2012) e Guertin e Cols. (2015) basearam suas intervenções em sessões de terapia cognitivo comportamental, considerando os indivíduos participantes ativos no processo de mudança.

Para Bandura (1977), é importante que o indivíduo compreenda seu papel de *ser agente* e não apenas produto das circunstâncias. Por outro lado, Assis e Nahas (1999) apontam que por mais que uma pessoa possua o desejo de realizar uma mudança e seja a única responsável pela modificação do comportamento alimentar, o profissional da saúde poderá auxiliar, por exemplo, no desenvolvimento pessoal de autoeficácia, preditora da motivação e responsável por uma mudança consistente. A avaliação da eficácia de intervenções aumenta as possibilidades de revisões dos programas que trabalham com o objetivo de promover mudanças no estilo de vida.

Em relação aos demais estudos, outro aspecto observado diz respeito à percepção de perda de controle, componente central para a não adesão a uma alimentação saudável e possível determinante para a compulsão alimentar, chamando atenção por corroborar negativamente no alcance de metas, afetando diretamente a autoeficácia (Barbee & Timmermann, 2015). Para Bandura (1977), o controle comportamental facilita a forma de o indivíduo lidar com as dificuldades e modifica a percepção do ambiente em que vive. No entanto, pessoas que não acreditam serem capazes de se controlar, provavelmente não estabelecerão objetivos para melhorarem seu desempenho. As intervenções que aumentam a autoeficácia relacionada à dieta podem ser úteis para diminuir a quantidade de calorias consumidas devido à compulsão alimentar.

Nesse sentido, outro aspecto apresentado por Jackson et al. (2007) e Swan et al. (2015) refere-se ao apoio social. Os autores encontraram em seus resultados a associação de maiores níveis de senso de autoeficácia para aderir a uma dieta saudável com o apoio recebido da família e amigos, assim como o fato de residir com algum parceiro. Ademais, o suporte social é apontado como uma forte barreira para a adesão a melhores hábitos para a vida, uma vez que as pessoas deixam de iniciar atividades físicas ou comer saudavelmente por não acreditarem em suas próprias capacidades, necessitando do apoio do outro para entrarem em ação.

No que diz respeito às doenças crônicas, outro grande problema de saúde pública, constatou-se a diabetes tipo dois e as doenças cardiovasculares como sendo as principais doenças causadas pela adesão a maus hábitos (Klug, Toobert & Fogerty, 2008; Dye, Willians & Evatt, 2016). Critchley, Hardie e Moore (2012) examinaram as principais relações entre a autoavaliação, autoeficácia, motivação e conhecimento dietético em 307 pessoas com risco de diagnóstico de diabetes tipo dois. Um dos modelos utilizados para medir as variáveis examinou os preditores motivacionais ao longo do tempo em relação ao controle da diabetes. Conforme os resultados, as mudanças na forma de se alimentar se associaram principalmente a autoavaliação, em seguida, a autoeficácia e conhecimento.

Na mesma perspectiva, Guertin, Rocchi, Pelletier, Émond e Lalande (2015) avaliaram a motivação, autoeficácia e satisfação com a vida em uma amostra de 513 pessoas com doenças cardiovasculares. Basicamente, os dados apontaram que participantes mais motivados foram mais propensos a desenvolver um maior senso de autoeficácia para comer e manter uma dieta saudável, passando a ter efeitos benéficos sobre a saúde física e satisfação com a vida. Portanto, Critchley, Hardie e Moore (2012) e Guertin et al. (2015) concluem que o apoio à autonomia, autoeficácia, autoavaliação e conhecimento da doença sejam requisitos considerados em intervenções para promover o autocuidado da alimentação.

Com o objetivo de examinar as associações entre características sociodemográficas, fatores de risco e autoeficácia para mudança de hábitos alimentares, Imes, Novosel e Burke (2016) avaliaram 338 pessoas com doença cardíaca prematura. Os resultados encontrados pelos autores apontam que o risco percebido variou de acordo com o sexo e o estado da história familiar e aumentou com o número de fatores de risco. A autoeficácia diferiu pelo histórico familiar, raça, educação e renda.

Em linhas gerais, as constatações dos autores sugerem que a avaliação da autoeficácia não deve se reduzir a uma simples verificação de níveis de percepção, mas compreender o indivíduo como pertencente a um meio que pode ser reforçador de determinados hábitos, assim como a um meio desfavorecido de informações sobre a doença. Nesse ponto, torna-se necessário a retomada da teoria de Bandura (1986), o qual pontua que um indivíduo, independente de situações de adversidade, poderá desenvolver estratégias e se esforçar para alcançar seus objetivos por meio de sua

percepção sobre suas próprias capacidades em realizar determinadas tarefas, inclusive mudar a forma de se alimentar.

Da mesma forma, Gilison et al. (2015) buscaram avaliar 108 adultos com risco de doença cardiovascular e diabetes. Vale ressaltar que o objetivo desse estudo foi avaliar um modelo de processo para mudança do estilo de vida, com enfoque apenas para a motivação para mudança e não autoeficácia. A intervenção, baseada em sessões de grupo, resultou em melhorias significativas na ingestão de fibras, mas não na redução de consumo de gordura. Houve melhorias na autoeficácia e na compreensão do processo de mudança de comportamento, os quais foram associados ao envolvimento no planejamento das atividades.

Em resumo, Gilison et al. (2015) constataram que o fato das pessoas estarem apropriadas de informações relevantes a respeito de sua saúde, de seu nível motivacional e engajamento no planejamento de seu tratamento pode favorecer melhores desempenhos durante o processo de mudança de hábitos, contribuindo para a prevenção de danos causados pelas doenças crônicas.

Não foram encontrados mais estudos que contemplem a avaliação da motivação por meio de um modelo teórico. Contudo, vale destacar a utilização do Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska; Diclemente & Norcross, 1994; DiClemente, 2003) para hábitos saudáveis, o qual corresponde em analisar os estágios motivacionais dos indivíduos. Por meio desse modelo, torna-se possível contemplar as dimensões cognitivas que estão envolvidas na adesão a hábitos saudáveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que os estudos apresentados nesta revisão possibilitem uma discussão sobre a influência das variáveis de autoeficácia e motivação no processo de adesão a hábitos saudáveis, pois é visível que muitos indivíduos apresentam dificuldades em iniciar e manter um estilo de vida mais saudável, mesmo nos casos em que o diagnóstico de alguma doença seja presente. Além disso, a observância das crenças de autoeficácia podem fornecer meios para o entendimento do não engajamento em atividades que promovem a saúde e, desse modo, os estudos na área tornam-se imprescindíveis para o fomento de melhorias nas intervenções de programas cujo foco seja a adesão a hábitos saudáveis.

Cabe aqui ressaltar a relevância do método de revisão sistemática da literatura, uma vez que, embora a pesquisa se restrinja a um número específico de fontes, a forma como se estabeleceu os critérios de inclusão para seleção dos artigos, assim como a forma detalhada de reunir as informações mais relevantes, proporciona ao leitor o acesso do material científico de forma organizada, sendo possível o entendimento e explanação da temática conforme os anos.

Por fim, os artigos analisados nesta revisão apontam dois resultados importantes. Em primeiro lugar, a presença da avaliação dos níveis de autoeficácia e motivação nas amostras estudadas, especialmente em estudo de intervenções, demonstrando um avanço nas futuras estratégias visando à mudança de hábitos dos indivíduos. Em segundo lugar, dentre os estudos analisados, foi corroborada a relação entre os níveis de autoeficácia e motivação, destacando a importância de se trabalhar os constructos no contexto da promoção à saúde.

Portanto, este trabalho torna-se relevante pois busca compreender o conjunto de estudos da área, proporcionando conhecimento e discussões a respeito da relação entre as variáveis estudadas, visto que o número de publicações nacionais ainda é reduzido. Assim, sugere-se que o estudo desta temática seja ampliado por meio de futuras investigações contemplando a área da saúde e demais contextos.

6 REFERÊNCIAS

- Ames, G. E., Heckman, M. G., Diehl, N. N., Grothe, K. B., & Clark, M. M. (2015). Further statistical and clinical validity for the weight efficacy lifestyle questionnaire-short form. *Eating behaviors*, 18, 115-119.
- Assis, M. A. A. D., & Nahas, M. V. (1999). Motivational aspects in programs of nutritional behavior changes. *Revista de Nutrição*, 12(1), 33-41.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1986). Fearful expectations and avoidant actions as coefficients of perceived self-inefficacy. *American Psychologist*, 41(12), 1389-1391.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175.
- Bandura, A. (1991). Social Cognitive Theory of Self-Regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248-287.
- Bandura, A., & Wessels, S. (1994). In R. J. Corsini (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (2nd ed., Vol. 3, pp. 368-369). New York: Wiley.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barbee, K. G., & Timmerman, G. M. (2015). Emotional eating, nonpurge binge eating, and self-efficacy in healthy perimenopausal women. *Journal of Holistic Nursing*, 33(4), 298-307.
- Brasil. Ministério da Saúde (2017). *Vigitel Brasil 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- Bosone, L., Martinez, F., & Kalampalikis, N. (2015). When the model fits the frame: the impact of regulatory fit on efficacy appraisal and persuasion in health communication. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 41(4), 526-539.
- Chen, G., Farh, J. L., Campbell-Bush, E. M., Wu, Z., & Wu, X. (2013). Teams as innovative systems: Multilevel motivational antecedents of innovation in R&D teams. *Journal of Applied Psychology*, 98(6), 1018.
- Critchley, C. R., Hardie, E. A., & Moore, S. M. (2012). Examining the psychological pathways to behavior change in a group-based lifestyle program to prevent type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 35(4), 699-705.
- Dye, C. J., Williams, J. E., & Evatt, J. H. (2016). Activating patients for sustained chronic disease self-management: thinking beyond clinical outcomes. *Journal of primary care & community health*, 7(2), 107-112.
- Gillison, F., Stathi, A., Reddy, P., Perry, R., Taylor, G., Bennett, P. & Greaves, C. (2015). Processes of behavior change and weight loss in a theory-based weight loss intervention program: a test of the process model for lifestyle behavior change. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 2.
- Göhner, W., Schlatterer, M., Seelig, H., Frey, I., Berg, A., & Fuchs, R. (2012). Two-year follow-up of an interdisciplinary cognitive-behavioral intervention program for obese adults. *The Journal of psychology*, 146(4), 371-391.
- Guertin, C., Rocchi, M., Pelletier, L. G., Émond, C., & Lalande, G. (2015). The role of motivation and the regulation of eating on the physical and psychological health of patients with cardiovascular disease. *Journal of health psychology*, 20(5), 543-555.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013). *Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017). *Coordenação de Trabalho e Rendimento. Práticas de esporte e atividade física: 2015*. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.
- Jackson, E. S., Tucker, C. M., & Herman, K. C. (2007). Health value, perceived social support, and health self-efficacy as factors in a health-promoting lifestyle. *Journal of American College Health*, 56(1), 69-74.
- Klug, C., Toobert, D. J., & Fogerty, M. (2008). Healthy changes™ for living with diabetes. *The Diabetes Educator*, 34(6), 1053-1061.
- Ludwig, M, W, B. (2012) *Modelo Transteórico de mudança de comportamento na síndrome metabólica: intervenções e fatores preditivos de mudança*. Tese de

Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Nabi, R. L., & Thomas, J. (2013). The effects of reality-based television programming on diet and exercise motivation and self-efficacy in young adults. *Health Communication, 28*(7), 699-708.

Pajares, F. (2002). Gender and perceived self-efficacy in self-regulated learning. *Theory into Practice, 41*(2), 116-125.

Pajares, F., & Schunk, D. H. (2002). Self and self-belief in psychology and education: A historical perspective. Improving academic achievement: *Impact of Psychological Factors on Education, 3-21*.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: William Morrow and co. inc.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion, 12*, 38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38.

Radominski, R. B. (2011). Aspectos epidemiológicos da obesidade infantil. *Revista da ABESO, 49*, 32-47.

Schmidt, M. I., Duncan, B. B., e Silva, G. A., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., Barreto, S. M. & Menezes, P. R. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet, 377*(9781), 1949-1961.

Souza, A. D. M., Pereira, R. A., Yokoo, E. M., Levy, R. B., & Sichieri, R. (2013). Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito nacional de alimentação 2008-2009. *Revista de Saúde Pública, 47*(suppl. 1), 190-199.

Swan, E., Bouwman, L., Hiddink, G. J., Aarts, N., & Koelen, M. (2015). Profiling healthy eaters. Determining factors that predict healthy eating practices among Dutch adults. *Appetite, 89*, 122-130.

SEÇÃO 2

AUTOEFICÁCIA E MOTIVAÇÃO PARA HÁBITOS SAUDÁVEIS EM USUÁRIOS DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

RESUMO: Este estudo teve como objetivo verificar a relação existente entre as crenças de autoeficácia e motivação na adesão a hábitos saudáveis: alimentação e prática de exercício físico. A amostra foi composta por usuários que estavam iniciando tratamento nutricional, com idade entre 21 e 77 anos, atendida em serviços públicos de saúde. Os dados foram analisados por estatística descritiva e correlacional. Os resultados indicaram que os participantes apresentaram nível de autoeficácia baixa à moderada, assim como, a prevalência de sujeitos nos estágios motivacionais de contemplação e preparação, indicando uma população que não acredita suficientemente na mudança, mesmo que estejam iniciando tratamento. Por fim, constatou-se que os serviços públicos de saúde ainda não contemplam em suas ações a avaliação dos processos psicológicos de autoeficácia e motivação.

Palavras-Chave: Autoeficácia, Motivação, Hábitos Saudáveis e Serviços públicos de saúde.

ABSTRACT: This study aimed to verify the relationship between the beliefs of self-efficacy and motivation in adherence of healthy habits: diet and physical exercise practice. The sample consisted of users who were starting nutritional treatment, aged between 21 and 77 years old, attended by public health services. The data were analyzed by descriptive statistics and correlations. The results indicated that the participants had a self-efficacy level from low to moderate, as well as the prevalence of subjects in the motivational stages of contemplation and preparation, indicating a population that does not believe enough in the change, even if they are initiating the treatment. In conclusion, it was verified that the public health services do not contemplate in their actions the evaluation of psychological processes of self-efficacy and motivation.

Keywords: Self-efficacy, Motivation, Healthy Habits and Public Health Services.

1 INTRODUÇÃO

Ao mesmo tempo em que o Brasil registra o declínio da desnutrição, é crescente o número de casos de dislipidemias e outras doenças crônicas entre a população, caracterizando um processo de transição nutricional no país. Esse fenômeno é compreendido pela presença da desnutrição, deficiência de micronutrientes, sobrepeso e doenças crônicas prevalecendo em uma mesma comunidade ou, em alguns casos, em moradores de uma mesma residência. Por essa razão, esse processo transitório vem sendo considerado como um grande desafio para as políticas públicas, exigindo um trabalho estruturado e eficiente em promoção a saúde (Batista & Rissin, 2003).

Em razão dessa transição nutricional, intensificaram-se as discussões e pesquisas sobre hábitos de vida da população como um todo. Há dois principais fatores que corroboraram para o aumento de doenças crônicas entre os brasileiros: o sedentarismo e os hábitos alimentares irregulares. Sobre a alimentação, estima-se um aumento considerável na ingestão de refeições processadas, ricas em sódio, gordura e açúcar nos últimos anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2013). Diante desses dois fatores (hábitos de alimentação irregulares e sedentarismo), aumenta-se o número de pessoas com excesso de peso e obesidade, principais elementos de predisposição para hipertensão arterial, alterações no colesterol, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, entre outras comorbidades (Ferreira & Magalhães, 2006).

Resultados obtidos pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) indicam que mais da metade da população brasileira está acima do peso recomendado (Brasil, 2017). Em 2006, o índice de obesidade era de 11,8%, chegando a 18,9% em 2016, ou seja, um aumento superior a 60% em um período de dez anos. Com relação à hipertensão arterial, houve um crescimento de 14,2% no número de pessoas diagnosticadas, que passou de 22,5% em 2006 para 25,7% em 2016. Vale ressaltar que a incidência de casos de diabetes também apresentou aumento significativo, uma vez que em 2006 os índices correspondiam a 5,5% e, em 2016, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2017), correspondeu a 8,9%.

Diante do cenário da saúde brasileira, o Governo Federal reconhece a importância de investir em programas e ações que promovam a redução de ocorrências de doenças crônicas, consequentemente melhorando a saúde dos brasileiros. Algumas

ações já foram iniciadas, como a ampliação do acesso aos medicamentos, publicação do Guia Alimentar para a População Brasileira, o qual estimula o consumo de alimentos naturais, e aumento do número de profissionais que atuam na Atenção Básica em Saúde. No que se refere a essa última ação, o Ministério da Saúde (Brasil, 2017) estimou 39.859 Equipes de Saúde da Família (ESF), atendendo mais de cinco mil municípios no país, compostas por equipes multiprofissionais, sendo 83% com nutricionistas.

Muitos são os questionamentos sobre o que levam as pessoas a mudarem determinados comportamentos: por que indivíduos com doenças crônicas sabem exatamente o que precisam fazer para manter sua saúde física bem e não o fazem? Porque algumas pessoas conseguem perder peso e mudar completamente o estilo de vida e outras não conseguem? Ou então, que tipo de ações podem ser propostas para que haja a adesão a hábitos saudáveis pela população? E o que seria necessário para se sentirem motivadas para tal? Uma alimentação saudável, por exemplo, pode ser determinada por diversos fatores, tais como: nutricionais, demográficos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos. Dessa forma, as autoras acreditam que o estudo sobre os determinantes do comportamento alimentar aumenta consideravelmente à efetividade das ações de promoção a saúde (Toral & Slater, 2007)

Especialmente nesse estudo, buscou-se avaliar os processos psicológicos existentes no contexto de mudança de hábitos, pois, acredita-se que, de forma muito particular, os indivíduos possuam diferentes interpretações a respeito de si e de suas condições de saúde, além do sentido que aplicam ao seu modo de ser e se comportar. Nesse sentido, esta pesquisa buscou avaliar dois possíveis determinantes na adesão a hábitos saudáveis: os construtos de autoeficácia e de motivação, os quais, segundo Boff (2012), por estarem comumente atrelados aos comportamentos de saúde estão sendo avaliados em estudos que abordam esta temática.

O conceito de autoeficácia foi definido a partir da Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura (1986), sendo caracterizado pelo autor como as crenças ou julgamentos pessoais em relação às capacidades para exercer determinados cursos de ações, envolvendo o nível de esforço empenhado para a execução de objetivos, no tempo investido na ação quando diante de situações de fracasso e no nível de realização pessoal alcançado. Segundo o autor, todas as pessoas possuem crenças de autoeficácia, sejam elas em um nível baixo ou elevado. Desta forma, o indivíduo que possui níveis de autoeficácia altos tende a se manter focado em suas metas, mesmo diante de obstáculos

e recaídas. Por outro lado, pessoas com baixa autoeficácia geralmente encontram dificuldades em se engajar em tarefas que se consideram incapazes, ou, quando engajados, não conseguem atingir resultados satisfatórios. Em relação aos comportamentos de saúde, a mudança no estilo de vida dependerá dos níveis de autoeficácia, pois, ao acreditar em suas capacidades, o indivíduo passará, por exemplo, a aderir a uma dieta rica em alimentos saudáveis (Bandura, 2006).

Com o intuito de avaliar a autoeficácia de pacientes com síndrome metabólica, os quais estavam iniciando tratamento em um programa interdisciplinar, Ludwig, Bortolon, Bortolini, Boff e Oliveira (2010) constataram diferenças significativas entre autoeficácia para regular hábito alimentar ($p > 0,01$) e exercício físico ($p = 0,02$) antes e depois de participarem do programa. Além disso, as autoras puderam verificar a eficácia do programa e a importância de se investir em intervenções que possam desenvolver a autoeficácia de pessoas que buscam melhorar o estilo de vida por meio de comportamentos de saúde.

Cardoso (2006), por sua vez, investigou a variável de autoeficácia e buscou avaliar sua influência na adesão de comportamentos de saúde de usuários do serviço público de saúde. Como critério de inclusão, os participantes teriam que possuir diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus e ter idade entre 40 e 60 anos. Participaram do estudo 100 pessoas, 72 mulheres e 28 homens. Para mensurar a variável de autoeficácia, a autora baseou-se na média entre os índices de um questionário de autoeficácia para os comportamentos de alimentação, prática de exercício físico, interrupção do tabagismo e diminuição da ingestão de álcool. Embora a amostra tenha evidenciado boa adesão à alimentação saudável, os resultados correspondentes à autoeficácia para alimentação saudável apresentaram valores significativamente abaixo da média ($r = 0,528$, $p < 0,01$). No entanto, os resultados verificaram correlações importantes entre a autoeficácia e o comportamento de mudança alimentar, sugerindo outros estudos.

A motivação, por sua vez, é concebida como um estado de prontidão para mudança, um processo dinâmico influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos que se alternam conforme as situações. Esses fatores correspondem respectivamente a características próprias do indivíduo, relacionadas ao ambiente em que se encontra (Miller & Rollnick, 2001). Atribuindo esta definição ao contexto de mudança de hábitos, representados neste estudo pela alimentação saudável e prática de exercício

físico, o processo motivacional para tais comportamentos pode variar de pessoa para pessoa, sendo influenciados pelas crenças de autoeficácia.

Considerando que o conceito de motivação possua várias perspectivas, optou-se nessa pesquisa por buscar compreender o processo motivacional por meio de um modelo considerado eficiente no estudo de comportamentos em saúde, o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT) (Prochaska, DiClemente e Norcross, 1992). Por meio desse modelo é possível compreender de forma mais clara a mudança de comportamento, abrangendo a mudança intencional, ou seja, a tomada de decisão.

De acordo com o MTT, a mudança comportamental ocorre ao longo de um processo, incluindo cinco estágios motivacionais: *pré-contemplação*, *contemplação*, *preparação*, *ação* e *manutenção*. No estágio de *pré-contemplação*, o indivíduo não acredita que o seu problema de saúde é prejudicial, por isso, não existe a menor motivação para a mudança. Durante o estágio de *contemplação* os prejuízos já são percebidos, mas ainda são minimizados. Já a *preparação* é caracterizada pela compreensão do problema e tomada de decisão para buscar tratamento. No estágio de *ação*, o indivíduo busca executar as estratégias estabelecidas no estágio anterior. Ao final, no estágio de *manutenção*, busca-se a estabilização do problema de saúde por meio das mudanças já efetuadas. De modo geral, esses estágios representam a dimensão temporal da mudança, mostrando o momento em que a mesma ocorre e o grau de motivação para realizá-la. Segundo o modelo, mudanças bem sucedidas dependem de estratégias certas em momentos certos (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Ludwig, 2012).

Ludwig (2012) realizou um estudo em que pacientes com Síndrome Metabólica foram divididos em três grupos para intervenção (individual, grupal e padrão) baseada ou não no Modelo Transteórico, com intuito de avaliar a adesão à dieta e à prática de atividade física. As hipóteses do estudo correspondiam à eficácia do tratamento, ou seja, consideravam que os tratamentos baseados no Modelo Transteórico seriam mais eficazes que o padrão, que o tratamento realizado individualmente teria resultados melhores com relação a exames e perda de peso e que o tratamento grupal teria resultados superiores em relação à prontidão para mudança. De modo geral, os resultados obtidos confirmaram a complexidade de um processo de mudança de

comportamento e a necessidade dos profissionais de saúde buscarem entendimento sobre o assunto.

Dessa forma, com base no referencial teórico exposto, o objetivo deste estudo consistiu em verificar o nível de autoeficácia e motivação para adesão a hábitos saudáveis em pessoas atendidas por serviços públicos de saúde. Especificamente, objetivou-se avaliar o nível de autoeficácia, investigar o estágio de motivação para mudança e analisar a relação existente entre autoeficácia, motivação e prontidão para mudança. Além disso, também pretendeu descrever o funcionamento dos serviços públicos de saúde em relação à promoção à saúde, especificamente, hábitos alimentares saudáveis e prática de exercício físico.

2 MÉTODO

2.1 Locais de Coleta

Participaram deste estudo duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Ambulatório de Nutrição do Hospital Universitário (HU) e o Posto de Atendimento Médico (PAM). A descrição dos serviços de saúde, conforme informado pelo profissional responsável pela equipe, pode ser visualizada na Tabela 9.

2.2 Delineamento

Esta pesquisa possui um delineamento transversal, cujas medições foram feitas em um único momento, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos. Estudos transversais são apropriados para descrever associações e correlações entre variáveis, ao invés de relações diretas de causa e efeito. Esse método também permite que grupos de pessoas com diferentes idades sejam estudadas em um tempo específico, podendo ser caracterizado por fornecer bons comparativos de forma rápida e por um baixo custo (Cozby, 2003).

2.3 Amostra

Participaram deste estudo 55 sujeitos, sendo 44 mulheres e 11 homens, usuários de programas para mudança de hábito alimentar em serviços públicos de saúde. Os critérios de inclusão para homens e mulheres corresponderam aos seguintes quesitos: a) possuírem idade a partir de 18 anos completos; b) estarem iniciando tratamento por meio

de programas ou consultas nutricionais; c) possuem escolaridade mínima de quatro anos de estudo; d) não serem indígenas; e) e não apresentarem diagnósticos de doenças psiquiátricas graves (transtornos psicóticos delirantes, esquizofrenia, etc). Essas informações iniciais foram disponibilizadas pelo profissional responsável pelos atendimentos, o qual dispõe de um prontuário contendo os dados necessários.

2.4 Instrumentos

Para realizar a coleta dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

2.4.1 Questionário Sociodemográfico

Consistiu em um questionário composto por 13 perguntas (Apêndice B) com o intuito de traçar o perfil dos participantes. Todas as perguntas foram objetivas, com exceção da pergunta relacionada ao apoio recebido (quais são as pessoas que apoiam) e exercício físico (tipo de exercício, duração e quantidade por semana) que foram abertas. O questionário foi readaptado a partir do modelo criado por Ludwig (2012), de maneira a responder aos objetivos específicos propostos nesta pesquisa. Por meio desse instrumento, buscou-se traçar o perfil socioeconômico dos participantes, assim como ter acesso a informações referentes ao estilo de vida e relacioná-las com as demais variáveis estudadas.

2.4.2 Régua de Prontidão

Velasquez, Maurer, Crouch e Diclemente (2001) caracterizam a régua de prontidão (Anexo A) como um instrumento analógico visual que consiste em verificar a prontidão, no momento atual do indivíduo, para mudança do comportamento problema. A pontuação da régua varia de zero a 10 (Souza, 2009). A partir da pontuação indicada pelo usuário, e posteriormente do cálculo da média das pontuações, tornou-se possível a obtenção de correlações mais robustas com os estágios motivacionais encontrados.

2.4.3 Algoritmo

Com o intuito de investigar a variável de motivação, este instrumento caracteriza-se por perguntas sequenciais que formam um algoritmo, consistindo na obtenção do possível Estágio Motivacional do participante em relação ao comportamento que pretende adotar (Anexo B). Os estágios motivacionais são

compostos por pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004).

2.4.4 Self-Efficacy to Regulate Eating Habits e Self-Efficacy to Regulate Exercise

De autoria de Bandura (2006) e validada por Boff (2012), as escalas de autoeficácia para alimentação e exercício físico são compostas, respectivamente, por 30 e 18 itens que descrevem situações cotidianas nas quais pode ser difícil manter uma dieta saudável ou praticar exercícios regularmente. Para cada sentença, o participante é instruído a marcar com um número de 0 a 100 o seu grau de confiança em cada situação, conforme sua percepção e experiência, sendo o número zero correspondente a “Nada confiante de que posso manter” e o número 100 a “Muito confiante de que posso manter” (Anexo D).

A forma de correção das escalas consiste em encontrar a média geral das respostas. Primeiramente, realiza-se a soma de todos os valores e, em seguida, divide-se pelo número de itens que compõem cada escala. As médias encontradas entre 0 a 49 pontos correspondem a uma autoeficácia baixa, pontuações entre 50 e 79 pontos caracterizam uma autoeficácia moderada e entre 80 a 100 uma autoeficácia alta (Boff, 2012).

3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Em cumprimento à Resolução 466/2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e somente após análise e parecer favorável (Anexo G) o estudo foi iniciado. Este procedimento também se estendeu à autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SEMS) (Anexo F) e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário (HU) (Anexo E) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD).

Após a aprovação da realização do estudo pelos órgãos citados acima, os usuários que estavam iniciando atendimento em programas nutricionais nos serviços públicos de saúde foram convidados a participar da pesquisa. Foram respeitados os critérios de inclusão e exclusão. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) que lhes garantia acesso a

informações claras sobre o estudo como um todo e sigilo total de informações. Por meio do TCLE, o participante também foi informado que sua participação seria voluntária e não garantiria apoio financeiro ou de outra ordem semelhante.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável e duas auxiliares de pesquisa, ocorrendo nos próprios serviços de atendimento, em um único encontro, com duração aproximada de 40 minutos. Foi construído um manual de aplicação para que as entrevistas realizadas pelas auxiliares de pesquisa mantivessem a padronização esperada. As auxiliares receberam treinamento sobre os questionários e forma de aplicação. Quanto à sequência de aplicação dos instrumentos, o questionário Sociodemográfico foi o primeiro instrumento aplicado; em seguida, a Régua de Prontidão; posteriormente, o Algoritmo; por último as Escalas de Autoeficácia para regular hábito alimentar e exercício físico. As entrevistas foram realizadas entre os meses de abril e novembro de 2017.

Os questionários e escalas foram tabulados e organizados no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0 (versão disponível na UFGD). Utilizou-se estatística descritiva e correlacional. Para analisar a correlação entre variáveis contínuas e categóricas, foram utilizados, respectivamente, os coeficientes de correlação de Pearson e Teste T de Student. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva, por meio das medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude interquartis), bem como da distribuição absoluta e relativa (n - %). A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Na comparação das variáveis contínuas entre dois grupos independentes foi utilizado o teste t-Student, e quando a comparação ocorreu entre três ou mais grupos foi empregada a ANOVA (One Way) – Post Hoc Tukey.

Em relação à comparação entre variáveis categóricas independentes, foi empregado o teste Qui-quadrado de Pearson. Nas tabelas de contingência em que pelo menos 25% dos valores das células (caselas) apresentaram frequência esperada menor do que 5 foi utilizado o teste exato de Fisher, sendo que, nas situações em que pelo menos uma variável apresentou característica politômica, foi utilizada a simulação de

Monte Carlo. No estudo da relação de linearidade entre as variáveis contínuas utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson.

4 RESULTADOS

4.1 Perfil da Amostra

A amostra foi constituída por 55 sujeitos que estavam iniciando tratamento para mudança de hábitos em serviços públicos de saúde. Participaram do estudo 44 mulheres e 11 homens. A média de idade dos participantes foi de 44,40 anos (D.P \pm 14,95), variando entre 18 e 77 anos. As demais características do perfil sociodemográfico podem ser visualizadas na Tabela 1.

De modo geral, a amostra apresentou nível de escolaridade entre Ensino Fundamental (50,9%) e Ensino Médio (29,1%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico

Perfil sociodemográfico	N=55	%
Sexo		
Feminino	44	80%
Masculino	11	20%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto (mínimo 4º ano)	16	29,8%
Ensino Fundamental Completo	12	21,8%
Ensino Médio Completo	16	29,1%
Ensino Superior Incompleto	05	9,1%
Ensino Superior Completo	06	10,9%
Atualmente está trabalhando		
Sim	21	38%
Não	34	61,8%
Motivo do Não Trabalho		
Aposentado (a)	12	21,8%
Desempregado (a)	09	16,4%
Problema de Saúde	08	14,5%
Outros	04	7,3%

Os resultados apontaram que 61,8% dos participantes não estavam inseridos no mercado de trabalho. Dos motivos apresentados para o não trabalho, notou-se que o desemprego (16,4%) e o afastamento por problema de saúde (14,5%) prevaleceram entre as respostas dos sujeitos.

4.2 Estilo de Vida

Em relação à avaliação atual da alimentação, 65,5% dos participantes consideraram que sua forma de se alimentar necessitava de modificações. No entanto, apesar de a maioria dos participantes considerar que havia a necessidade de modificar sua alimentação, 56,4% informaram possuir uma alimentação saudável. Sobre a prática de exercícios físicos, 61,8% dos sujeitos informaram não realizar exercício físico regularmente. Estes e outros fatores relacionados ao estilo de vida estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Estilo de Vida

	N (55)	%
Como avalia a sua alimentação atualmente?		
Adequada	11	20%
Inadequada	08	14,5%
Necessitando modificações	36	65,5%
Possui alimentação saudável?		
Sim	31	56,4%
Não	24	43,6%
Está fazendo exercício físico?		
Sim	21	38,2%
Não	34	61,8%
Qual comportamento mais difícil de mudar?		
Dieta Alimentar	41	74,5%
Exercício Físico	14	25,5%
Ingere bebidas alcoólicas?		
Sim	11	20%
Não	44	80%
Você fuma?		
Sim	07	12,7%
Não	48	87,3%
Você faz uso de medicamentos?		
Sim	44	80%
Não	11	20%
Motivo do uso do medicamento		
Alterações no Colesterol	09	16,4%
Diabetes	19	34,5%
Hipertensão	25	45,5%
Outros	15	27,3%
Percepção da gravidade do problema de saúde		
Pouco Grave	04	7,3%
Grave	20	36,4%
Muito Grave	31	56,4%

A partir dos dados apresentados na Tabela 2, é possível verificar uma população com baixa incidência do uso de tabaco e álcool, pois 87,3% dos sujeitos se declararam não fumantes e 80% dos participantes informaram não ingerir bebidas alcoólicas.

Em relação ao uso de medicamentos, os resultados revelaram uma amostra “adoecida”, haja vista que 80% da amostra informou usar algum tipo de medicação e, na maioria dos casos, para mais de uma doença. Como pode ser visto, os maiores índices do uso de medicação referem-se a diabetes (34,5%) e hipertensão arterial (45,5%). Quanto à percepção do estado de saúde, os participantes consideraram entre grave (36,4%) e muito grave (56,4%) seu estado de saúde atual.

4.2.1 Percepção da gravidade do problema de saúde e gênero

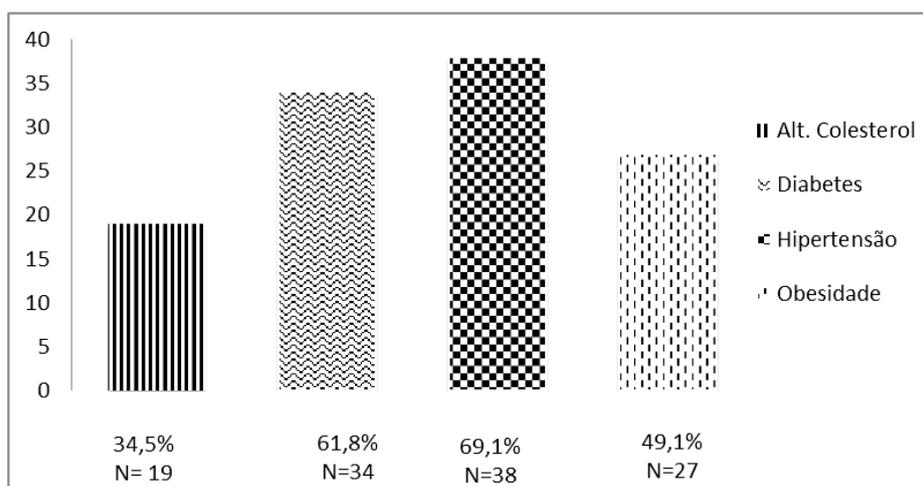
Para avaliar este fator, foi solicitado que os participantes indicassem uma pontuação de 0 a 10 para a gravidade de seu problema de saúde atual. As pontuações foram classificadas como pouco grave (0 a 4), grave (5 a 7) e muito grave (8 a 10). Este item de avaliação encontra-se no questionário socioodemográfico construído com base em Ludwig (2012) (Apêndice B).

As médias de classificação variaram de 6,82 DP=1,66 ($p=,342$) para os homens e 7,55 DP= 2,36 ($p=,250$) para as mulheres, os classificando na mesma categoria . Não foi identificada diferença estaticamente significativa entre a percepção do estado de saúde em relação ao gênero dos participantes.

4.3 Histórico de Doenças Crônicas na Família

Dos usuários entrevistados, praticamente todos 89% informaram ter pelo menos um membro da família com diagnóstico de doença crônica, sendo que 49,1% sujeitos da amostra relataram pelo menos um membro da família diagnosticado com obesidade. A diabetes e a hipertensão arterial corresponderam ao maior número de casos (Gráfico 1).

Gráfico 1. Diagnóstico de doenças crônicas na família

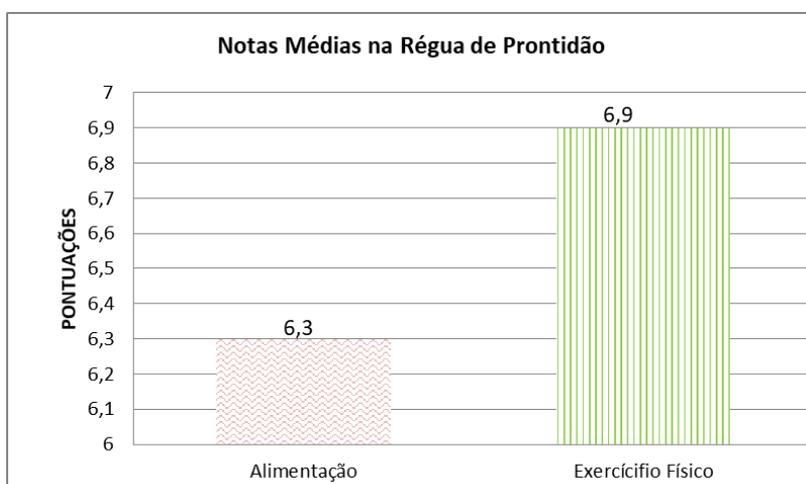


4.4 Prontidão para Mudança

A Régua de Prontidão visou avaliar o quanto os usuários se sentiam prontos ou motivados para mudança dos comportamentos de risco que apresentavam. De acordo com os resultados, 74,55% dos sujeitos apresentaram prontidão para mudar a alimentação. Enquanto 25,5% dos participantes informaram estarem mais prontos para mudar a prática de exercícios físicos.

O Gráfico 2 traz as notas médias apresentadas pelos sujeitos quanto à disposição para mudança da alimentação e prática de exercício físico:

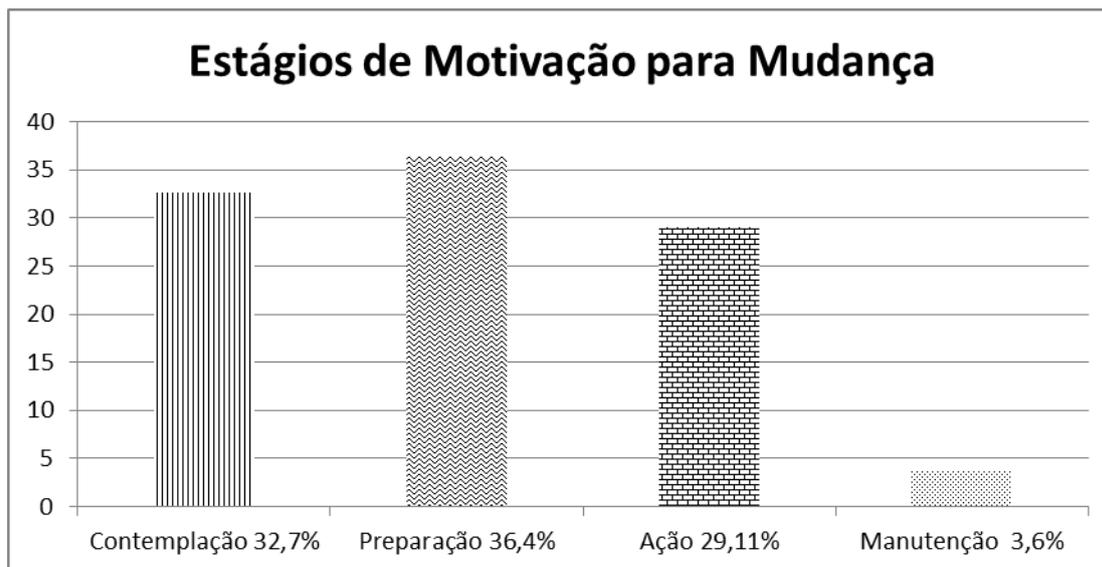
Gráfico 2. Notas Médias na Régua de Prontidão



Assim, de acordo com as médias das pontuações para alimentação 6,3 e exercício físico 6,9, verificou-se a prontidão relacionada à fase “Preparando-me para mudar”, a qual contempla pontuações entre seis e oito.

4.5 Estágios de Motivação para Mudança

Foram considerados os seguintes estágios de motivação para mudança, baseados no Modelo Transteórico de Mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. O percentual de sujeitos por estágio motivacional podem ser vistos no Gráfico 3.

Gráfico 3. Estágios de Motivação para Mudança

Houve a prevalência de participantes nos estágios intermediários de contemplação (32,7%) e preparação (36,4%). Não houve participantes no estágio de pré-contemplação.

4.6 Autoeficácia

Por meio da análise de confiabilidade das escalas, verificou-se um *Alfa de Cronbach* de $\alpha=0,955$ e $\alpha=0,958$ para as escalas de Autoeficácia para Exercício Físico e Regular Alimentar, respectivamente, demonstrando grau de fidedignidade adequada dos resultados apresentados pelas escalas.

4.6.1 Autoeficácia para Regular Exercício Físico

No que se refere à autoeficácia para regular exercício físico, foi verificada média geral de 34,7 (D.P=23,7) pontos, caracterizando uma amostra com baixa autoeficácia para esse fator. Na Tabela 3 encontram-se descritas algumas situações e as médias de autoeficácia para regular exercício físico.

Tabela 3. Situação x Autoeficácia para Regular Exercício Físico

Situação	Média	D.P	Classificação
1.Quando eu tenho outros compromissos	25,67	25,96	BAIXA
2.Se eu não alcanço minhas metas com o exercício	28,82	27,62	BAIXA
3.Quando estou me sentindo deprimido	30,27	31,34	BAIXA
4.Após passar por problemas familiares	33,56	29,87	BAIXA
5.Quando não tenho suporte da família e amigos	36,49	33,89	BAIXA
6.Quando estou me sentindo ansioso	36,76	32,66	BAIXA
7.Durante ou após passar por problemas pessoais	37,29	32,42	BAIXA
8.Quando eu estou me sentindo sobre pressão no trabalho	38,76	34,53	BAIXA
9.Depois me recuperar de uma doença que me fez parar o exercício	40,36	32,55	BAIXA

10.Durante as férias	44,45	37,77	BAIXA
11.Depois das férias	48,49	38,17	BAIXA

Embora a amostra tenha apresentado baixos níveis de autoeficácia para o fator exercício físico, verificou-se que as situações com médias próximas a autoeficácia moderada foram nas situações “durante as férias” e “depois das férias”.

4.6.2 Autoeficácia para Regular Hábito Alimentar

A média geral para regular hábito alimentar correspondeu a 50,5 (D.P = 20,8) pontos, indicando níveis de autoeficácia moderada. A Tabela 4 apresenta um resumo das médias de autoeficácia encontradas nas situações das quais pode ser difícil manter uma dieta saudável.

Tabela 4. Situação x Média de Autoeficácia para Regular Hábito Alimentar

Situação	Média	D.P	Classificação
1. Alimentos fora da dieta durante viagens	41,89	32,03	BAIXA
2.Quando está bravo ou irritado	42,11	36,72	BAIXA
3.Em festas onde alimentos apetitosos e fora da dieta estão sendo servidos	44,20	28,17	BAIXA
4.Quando está deprimido	45,87	32,03	BAIXA
5.Quando chateado com assuntos relacionados à família	47,47	31,69	BAIXA
6.Quando está se divertindo com visitas	51,35	25,60	MODERADA
7.Durante as férias	53,91	31,82	MODERADA
8.Quando está cansado ou tenso devido a questões de trabalho	54,65	31,59	MODERADA
9.Quando se depara com alimentos atrativos e fora da dieta no supermercado	57,82	35,37	MODERADA
10.Quando prepara sua própria comida	59,93	33,15	MODERADA
11.Enquanto assiste televisão	62,96	32,59	MODERADA
12.Comendo em um restaurante sozinho	64,18	35,10	MODERADA

Observou-se que as situações nas quais os sujeitos se sentem mais autoconfiantes para manter uma alimentação saudável referem-se ao momento em que “assistem televisão” e “quando estão comendo em um restaurante sozinho”. Enquanto as situações referentes a "consumir alimentos fora da dieta em viagens" e "estar bravo e irritado" apresentaram menores níveis de autoeficácia.

Embora a amostra tenha apresentado baixos níveis de autoeficácia para o fator exercício físico, verificou-se que as situações com médias próximas a autoeficácia moderada foram nas situações durante e após as férias.

4.7 Correlações

4.7.1 Correlação entre autoeficácia e idade dos participantes

Foram encontradas correlações inversamente significativas em relação à autoeficácia dos participantes e a idade, conforme descrito na Tabela 5, evidenciando que quanto maior a idade dos participantes, menor a AE para estas ocasiões. As demais situações não apresentaram medidas significativas.

Tabela 5. Autoeficácia x Idade dos participantes

SITUAÇÃO	IDADE	
	r	Sig.
Quando está com muita fome	-, 280*	,038
Quando os outros trazem ou servem alimentos fora da dieta	-, 271*	,045
Quando sente um desconforto físico enquanto se faz exercício	-, 319*	,017

4.7.2 Correlação entre autoeficácia e uso de medicamento para doença crônica

De modo geral, o fato dos participantes estarem usando medicamentos para pelo menos um tipo de doença crônica não evidenciou médias de autoeficácia alta. No entanto, ao correlacionar as variáveis, autoeficácia e tipo de doença crônica, foram verificadas as seguintes correlações significativas (Tabela 6).

Tabela 6. Autoeficácia x Uso de Medicamento para Doença Crônica

Situação/Doença Crônica	Média	D.P	Sig.
Quando está deprimido/Diabetes	58,16	31,23	,038
Alimentos fora da dieta em viagens/Hipertensão	51,40	32,00	,043
Quando faz um lanche em restaurante/ Hipertensão	62,60	32,69	,042
Durante feriados/ Hipertensão	60,00	30,41	,045
Comendo em restaurante sozinho/ Hipertensão	76,00	32,53	,021
Quando têm em casa alimentos que não fazem parte da dieta	57,20	31,39	,046
Durante as férias/Hipertensão	67,20	30,75	,004
Quando chateado com assuntos da família/Alterações no Colesterol	68,89	23,15	,025

4.7.3 Correlação entre autoeficácia e estágios de mudança

Não houve correlações estaticamente significativas entre autoeficácia para regular hábito alimentar e praticar exercício físico com os estágios de mudança. Portanto, foi possível observar uma tendência à significância para algumas situações analisadas, indicando que quanto maior a autoeficácia dos participantes nessas situações, maior será a motivação para manter uma alimentação saudável e a prática de exercício físico. Os dados podem ser visualizados na Tabela 7 e 8.

Tabela 7. Correlação entre autoeficácia para regular exercício físico e estágios de mudança

Situação – Itens Escala de Autoeficácia para Regular Exercício Físico	Estágio de Mudança	Média	D.P	Sig.
Durante as férias	Contemplação	43,61	40,79	,082
	Preparação	37,00	37,71	
	Ação	49,33	33,69	
	Manutenção	90,00	14,14	
	Total	44,45	37,77	
Quando estou me sentindo ansioso	Contemplação	23,17	27,40	,044
	Preparação	36,25	35,12	
	Ação	48,67	29,96	
	Manutenção	75,00	21,21	
	Total	36,76	32,66	
Durante ou após passar por problemas pessoais	Contemplação	26,83	30,91	,070
	Preparação	39,40	30,79	
	Ação	40,67	33,48	
	Manutenção	85,00	7,071	
	Total	37,29	32,42	
Depois das férias	Contemplação	43,72	38,36	,172
	Preparação	48,00	41,49	
	Ação	49,33	34,73	
	Manutenção	90,00	14,14	
	Total	48,49	38,17	
Se eu não alcanço minhas metas com o exercício	Contemplação	16,94	18,40	,020
	Preparação	28,50	29,56	
	Ação	38,00	28,83	
	Manutenção	70,00	0,000	
	Total	28,82	27,62	
Depois de me recuperar de uma doença que me fez parar	Contemplação	29,17	25,45	,122
	Preparação	46,25	35,57	
	Ação	40,67	33,05	
	Manutenção	80,00	28,28	
	Total	40,36	32,55	
Quando sinto desconforto quando estou fazendo o exercício	Contemplação	23,06	22,17	,153
	Preparação	38,50	31,12	
	Ação	40,00	25,07	
	Manutenção	55,00	35,35	
	Total	34,45	27,48	

Tabela 8. Correlação entre autoeficácia para regular alimentação e estágios de mudança

Situação – Itens Escala de Autoeficácia para Regular Hábito Alimentar	Estágio de Mudança	Média	D.P	Sig.
Quando se sente inquieto ou entediado	Contemplação	38,28	28,20	,113
	Preparação	37,75	28,76	
	Ação	53,33	23,80	
	Manutenção	70,00	28,28	
	Total	42,36	28,10	
Quando está bravo ou irritado	Contemplação	30,56	32,07	,155
	Preparação	39,30	37,66	
	Ação	55,33	37,58	
	Manutenção	75,00	35,35	
	Total	42,11	36,72	
Quando está com muita fome	Contemplação	37,17	30,93	,164
	Preparação	45,75	33,21	
	Ação	64,67	27,22	
	Manutenção	75,00	35,35	
	Total	49,16	32,38	

4.7.4 Correlação entre autoeficácia e prontidão para mudança

Conforme análise estatística, a única situação que apresentou correlação significativa entre autoeficácia e prontidão para manter uma dieta saudável se referiu a “quando se está com muita fome” ($r=,503^*$; $p=,000$). Ou seja, os participantes prontos para mudar a alimentação apresentaram estarem mais confiantes em manter sua dieta nesse quesito.

Em relação às situações consideradas difíceis de manter a prática de exercício físico, houve diferenças significativas para: “depois de me recuperar de uma lesão que me fez parar” ($r=,283^*$; $p=,036$); “durante ou após passar por problemas pessoais ($r=,315^*$; $p=,019$)”, “quando se está sentindo ansioso ($r=,288^*$; $p=,033$)” e “depois de se recuperar de uma doença que fez parar o exercício” ($r=,266^*$; $p=,049$). Nesses casos, pode-se inferir que os participantes, provavelmente, iniciarão e manterão os exercícios nesses casos de maiores dificuldades.

4.8 Descrições dos Serviços Públicos de Saúde

A descrição dos serviços de saúde, conforme informado pelo profissional responsável pela equipe, pode ser visualizada na Tabela 9.

Tabela 9. Descrição dos serviços públicos de saúde

Local de Coleta	N= 55	Composição Equipe de Saúde	Promoção a Hábitos Saudáveis	Avaliação da Autoeficácia e Motivação	Guia Alimentar ou outro material
UBS I	5	Enfermeiro, Aux. Enfermagem, Médico Clínico Geral, Pediatra, Ginecologista, Dentista, Fisioterapeuta.	SIM (Grupo de Prevenção a Obesidade Infantil – NASF*).	NÃO	NÃO
UBS II	--	Enfermeiro, Aux. Enfermagem, Médico Clínico Geral, Pediatra, Ginecologista, Dentista.	NÃO	NÃO	NÃO
ESF	--	Enfermeiro, Médico, Aux. Enfermagem, Ag. Comunitários de Saúde, Dentista.	NÃO	NÃO	NÃO
Ambulatório de Nutrição (HU)	19	Nutricionista, estagiários de Nutrição e Psicologia.	SIM (Consultas Nutricionais)	NÃO	NÃO
PAM	31	Cardiologista, Cirurgião Geral, Dermatologista, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Gastroenterologista, Neurologista, Nutrólogo, Nutricionista, Ortopedista, Oftalmologista, Psicólogo, Psiquiatra, Reumatologista, Urologista, Radiologista e Ultrassonografistas.	SIM (Consultas Nutricionais)	NÃO	NÃO

* NASF = Núcleo de Assistência à Saúde da Família

Desempenhando um papel fundamental na garantia de acesso à promoção de saúde entre a população, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é o primeiro acesso e meio de comunicação com o restante da Rede de Atenção à Saúde entre os usuários. Além das consultas, os usuários recebem encaminhamentos para especialistas e medicações básicas. Já o Posto de Estratégia de Saúde da Família (ESF), é considerado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em saúde, visando atender o usuário na sua própria comunidade.

Com o intuito de cumprir com a proposta desta pesquisa, participaram deste estudo apenas usuários que estavam iniciando tratamento nutricional. A partir do

encaminhamento nutricional feito pelo Médico Clínico Geral, os usuários passam a ter acesso aos tratamentos específicos dos quais necessitam, podendo ser encaminhados tanto para Ambulatório de Nutrição do Hospital Universitário (HU) como para o Posto de Atendimento Médico (PAM). Todos os encaminhamentos são realizados via Sistema Nacional de Regulação (SISREG). O Ambulatório de Nutrição do Hospital Universitário (HU) compreende, ainda, uma das especialidades da instituição, em que acadêmicos e professores do curso de Nutrição, em parceria com acadêmicos de Psicologia, realizam as consultas iniciais e o acompanhamento dos usuários durante os retornos quinzenais ou mensais. De forma semelhante, os usuários encaminhados para o PAM recebem atendimento de uma Nutricionista, a qual também os encaminha, quando necessário, para as demais especialidades (psicólogo, psiquiatra, nutrólogo, etc.) no próprio PAM.

Com relação ao Ambulatório de Nutrição do Hospital Universitário este oferece atendimentos aos usuários encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde que, por motivos diversos, necessitam do tratamento nutricional. Todas as consultas são pré-agendadas pela Nutricionista responsável. Os atendimentos são realizados pelas estagiárias do Curso de Nutrição e Psicologia com supervisão da Professora Nutricionista Responsável.

Conforme apresentado, para ter acesso ao serviço de Nutrição, é necessário que o usuário seja encaminhado para os locais que disponibilizam o serviço. No entanto, em casos de dúvidas e orientações básicas a respeito de hábitos saudáveis e estratégias de mudança nas UBSs e ESFs outro profissional assume tal tarefa, como foi informado pelos responsáveis entrevistados. Nenhum dos locais informou possuir o Guia Alimentar ou outro protocolo de atendimento dos usuários.

Observou-se que além das consultas nutricionais realizadas pelo Ambulatório de Nutrição do HU e PAM, há uma estratégia de prevenção de obesidade infantil ocorrendo por meio do Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF) em uma unidade básica de saúde.

De acordo com observações e contato com os profissionais, verificou-se ausência da avaliação dos constructos de autoeficácia e motivação durante os atendimentos realizados pela equipe de saúde. Assim como a falta de informação a

respeito do Guia Alimentar ou outro material que pudesse esclarecer dúvidas a respeito de hábitos saudáveis.

5 DISCUSSÃO

O objetivo principal do presente estudo foi verificar os níveis de autoeficácia e motivação para hábitos saudáveis, mais precisamente para alimentação saudável e prática de exercícios físicos.

Em relação à percepção da gravidade do estado de saúde, foi possível observar que não houve diferença estatisticamente significativa, ou seja, tanto os homens quanto as mulheres que participaram do estudo avaliam seu estado de saúde de forma similar. No entanto, foi possível observar que houve um baixo número de homens buscando o serviço de saúde, fato mencionado em diversos estudos, os quais consideram poder haver diferenças entre a percepção de saúde, assim como a busca pelo cuidado, conforme o gênero (Melo & Oliveira, 2011; Bernardes, Silva & Frutuoso, 2016).

Para o homem, sua percepção de saúde, assim como a busca pelo serviço, pode estar associada ao entendimento do que é ser homem na sociedade, pois à medida que é visto como forte e viril, e a procura pelo cuidado, especificamente no contexto de promoção, pode indicar uma possível fraqueza ou diminuição de sua masculinidade. (Braz, 2005; Gomes, Nascimento & Araújo, 2007). De modo geral, estima-se que mulheres busquem mais os serviços de atenção básica, se comparada aos homens, e estes tendem a procurar o serviço especializado de saúde, distanciando-se do contexto de promoção e prevenção de doenças (Separavich & Canesqui, 2013).

Por meio dos achados, verificou-se uma população pertencente à etapa de vida denominada “meia-idade” ou “fase adulta intermediária”, a qual caracteriza-se como uma fase de completo desenvolvimento, compreendendo a necessidade dos indivíduos de se adaptarem e reagirem às alterações físicas características do envelhecimento. No entanto, o aumento e intensidade das mudanças podem ser afetados por fatores comportamentais e estilos de vida. (Papalia, Olds & Feldman, 2013).

Outro aspecto relacionado à meia-idade está diretamente ligado ao desenvolvimento do país, pois se espera que essa população seja economicamente ativa (IBGE, 2013). No entanto, 61,8% dos participantes informaram não estar exercendo

atividade ocupacional. Sobre os motivos do não trabalho, de modo geral, foi informado o afastamento por problemas de saúde, desemprego e a aposentadoria.

O estilo de vida adotado pela maioria dos sujeitos da amostra demonstra alguns sinais de alerta. Sobre os hábitos saudáveis considerados nessa análise, 43,6% dos sujeitos não possuíam alimentação saudável e 61,8% não praticava nenhuma atividade física. Aderir a uma alimentação adequada é essencial para a saúde, pois a ingestão regular de alimentos ricos em nutrientes como frutas, legumes, cereais e grãos proporciona melhora no estado geral da saúde e reduz a incidência de doenças graves. Aliada à alimentação encontra-se a prática de exercício físico, a qual promove a manutenção do peso corporal, fortalecimento do pulmão, diminuição da pressão arterial e proteção contra problemas cardiovasculares, entre outros benefícios (Papalia, Olds & Feldman, 2013).

Em relação ao uso de medicamentos, praticamente todos os entrevistados, 80% da amostra, afirmaram usar alguma medicação para no mínimo uma finalidade (diabetes, hipertensão, alterações no colesterol, etc.), chamando a atenção para um perfil de participantes cronicamente doentes, sendo predominantes os casos de diabetes e hipertensão.

De forma alarmante, as doenças crônicas são responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil, predominando casos de hipertensão arterial, diabetes, colesterol e a depressão com maior número de evidências (Brasil, 2017). Além dos participantes estarem utilizando medicação, verificou-se que os mesmos apresentaram, aparentemente, predisposição genética para desenvolvimento de determinadas doenças, conforme histórico familiar.

Legitimando esses achados, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada com 63 milhões de brasileiros, constatou que o Centro-Oeste é a terceira região com maior índice – 4 milhões de pessoas (37,5%) de indivíduos diagnosticados com doenças crônicas (IBGE, 2013). Segundo os dados apresentados pela PNS, a prevalência de doenças crônicas demonstrou aumentar conforme o envelhecimento da população, especialmente a hipertensão e a diabetes, que apresentaram evoluções significativas: 0,6% entre 18 e 29 anos; 5% de 30 a 59 anos; 14,5% entre 60 e 64 e 19,9% entre 65 e 74 anos (IBGE, 2013).

Corroborando com estes dados, Brichialiari, Agnolo e Gravena (2014), ao analisarem a associação entre fatores de riscos e diagnósticos de doenças crônicas entre 203 pessoas, verificaram a maior prevalência na população acima de 60 anos. Em relação aos fatores de riscos, foram associados o tabagismo, sobrepeso e obesidade. No entanto, o presente estudo foi composto por uma amostra com idade intermediária e não idosa, chamando atenção para um grave problema de saúde nesta região, o qual pode ser atribuído, parcialmente, a uma alimentação comprometida e a uma rotina reduzida em prática de exercícios.

Considerando que, apesar de a doença crônica não ter cura, mas poder ser administrada, acredita-se na adesão a hábitos saudáveis como grande aliada para uma melhor qualidade de vida entre a população (Cardoso, 2006). Para que esses hábitos sejam adquiridos, torna-se essencial o conhecimento sobre como regular os próprios comportamentos e aumentar os níveis de autoeficácia. Nesse sentido, a autoeficácia não é apresentada como estática, mas como um processo de construção entre o indivíduo e suas intenções sociais, assumindo um papel importante na adesão de hábitos saudáveis (Bandura, 2004).

Conforme a teoria de Bandura (1997), a autoeficácia está relacionada ao processo que antecede a realização de uma tarefa específica ou a adesão a um determinado comportamento como, por exemplo, manter uma alimentação saudável e praticar exercício físico. Para o autor, um indivíduo que possui habilidades para realizar uma ação somente obterá êxito na mesma se acreditar em sua capacidade de exercer determinada conduta, relacionando-se com o esforço e compromisso que o indivíduo despenderá para atingir os objetivos propostos a si.

Com base nessa teoria, e pelo fato de a maioria da amostra ter apresentado pelo menos uma doença crônica e ter considerado que sua alimentação necessitava de modificações, bem como por estarem iniciando tratamento para mudar hábitos de saúde, especificamente a alimentação (por se tratar de serviços de nutrição) e exercício físico, esperou-se que os sujeitos tivessem níveis de autoeficácia de moderada a alta, pois a busca por orientação profissional por si só poderia influenciar o grau de confiança em suas capacidades de aderir a novos hábitos. No entanto, os resultados indicaram que a maioria dos sujeitos (90,9%) incluídos neste estudo apresentou média de autoeficácia entre baixa e moderada 50,4 (DP= 20,8) para dieta alimentar. Assim, por meio da média

encontrada, verificou-se uma população com tendência a ter maiores dificuldades em alcançar o êxito almejado com a nova dieta alimentar.

Vale aqui destacar que não foi verificada diferença estaticamente significativa entre o fato de o usuário possuir algum tipo de doença crônica e sua autoeficácia para mudança de hábitos. Essa associação pode vir a sugerir que se tratou de uma população pouco acreditada em ser capaz de realizar e manter mudanças significativas, mesmo com o diagnóstico de alguma doença crônica. Dessa forma, se um usuário do serviço público de saúde não apresentar níveis suficientes de autoeficácia para aderir a novos hábitos, poderá não se esforçar em relação ao tratamento oferecido, fazendo necessário que o atendimento a este indivíduo seja revisado, a fim de possibilitar meios de desenvolver maiores níveis de autoeficácia durante o tratamento.

Em relação à prática de exercícios físicos, a maioria da população indicou ser mais fácil mudar esse comportamento do que a alimentação, porém, observou-se que apenas 38,2% dos participantes exerciam alguma atividade de modo regular, indicando, de modo geral, uma amostra pouco confiante em mudar e manter o exercício em sua rotina diária.

A média geral de autoeficácia para este o fator exercício físico foi classificada como baixa 34,7 (DP= 23,7). Por outro lado, como já mencionado anteriormente, a combinação da alimentação com a prática de exercícios físicos pode resultar em maiores benefícios para a saúde. O conjunto de comportamentos como uma alimentação saudável, o não uso de tabaco e outras drogas, moderada ingestão de álcool, prática regular de exercício físico, entre outros, de forma aliada, promovem maior qualidade de vida e reduzem o risco de doenças crônicas. Felizmente, não houve prevalência do uso de tabaco e bebidas alcólicas entre a população estudada. Os resultados gerados e as observações realizadas durante a coleta de dados possibilitaram perceber que estes usuários possuíam conhecimento dos riscos causados por esses hábitos, tais como: derrames, doenças cardíacas, doenças hepáticas, vários tipos de câncer, danos no sistema nervoso central, entre outros agravamentos, como a próprio diagnóstico de doença crônica atual (Papalia, Olds & Feldman 2013; Cardoso, 2006).

A partir dos dados discutidos acima, percebeu-se uma população com autoeficácia baixa a moderada para alimentação e exercícios físicos, mesmo diante de outros importantes aspectos, como, por exemplo, a presença de uma doença crônica.

Desse modo, pode-se inferir que trata-se de uma amostra pouco motivada a mudar seus hábitos, pois, conforme Bandura (1997), a AE pode ser considerada a principal preditora da motivação para mudança de um comportamento.

Nesse sentido, de maneira a responder com os objetivos específicos desse estudo, foram realizadas correlações entre a autoeficácia para regular hábito alimentar e prática de exercício físico com a variável de motivação. Para estabelecer os estágios de motivação de cada participante, considerou-se o Modelo Transteórico de Mudança, o qual considera cinco estágios motivacionais específicos antes da mudança de comportamento, sendo eles: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.

Sobre os estágios motivacionais dos participantes, 69,1% da amostra apresentaram estar entre os estágios intermediários de contemplação e preparação para mudança. Portanto, observou-se que, mesmo diante de problemas de saúde graves, a maioria da amostra encontra-se pouco motivada. Conforme o Modelo Transteórico, pessoas no estágio de contemplação provavelmente estão começando a verificar a existência de um problema, porém, não apresentam efetiva determinação para mudança, oscilando entre vantagens e desvantagens em mudar. Já o estágio de preparação corresponde ao momento em que a pessoa se planeja para mudar e se considera pronta para executar suas novas ações, mas ainda não efetuou nenhuma alteração em sua rotina. No entanto, vale lembrar que os participantes estavam iniciando o seu tratamento, corroborando com o número de usuários nesses dois estágios. Por este estudo não possuir o objetivo de testar intervenções baseadas no Modelo Transteórico de Mudança, não será possível avaliar o desfecho dos usuários em relação a seus novos comportamentos. Porém, formula-se a hipótese de que esses participantes, provavelmente, apresentarão maiores dificuldades na adesão a um plano alimentar.

Os outros 30,9% dos sujeitos foram classificados nos estágios de ação e manutenção. O estágio de ação é estabelecido quando o indivíduo já efetua as primeiras mudanças de fato, mas ainda não obteve sucesso na mudança. Por fim, encontra-se o estágio de manutenção, caracterizado como o momento de buscar manter os hábitos adquiridos mesmo diante de futuras dificuldades, isto é, mesmo depois de alcançar o seu objetivo, como o peso desejado ou a redução de agravos de doenças, por exemplo, será necessário que a pessoa continue despendendo esforços, caso contrário, voltará a seu estado de saúde anterior (DiClemente, 2005; Ludwig, 2012).

Além da avaliação dos estágios motivacionais, o Modelo Transteórico engloba outras dimensões do comportamento, sendo a autoeficácia do indivíduo um constructo relevante para o modelo (Prochaska, Di Clemente & Norcross, 1992; Szupszynski & Oliveira, 2008). No intuito de comparar uma intervenção baseada no Modelo Transteórico de Mudança, para o qual a autoeficácia é preditora na mudança de comportamento, com uma intervenção padrão, Ludwig (2012) verificou que a percepção dos participantes sobre a síndrome metabólica, pressão para mudar, apoio familiar, ansiedade e depressão, não foram responsáveis por mudanças significativas entre os sujeitos da amostra. No entanto, a autora verificou que os preditores de maiores resultados entre os participantes foram a autoeficácia para manter dieta e exercício após o tratamento.

Nesse aspecto, a AE se torna necessária nos estágios anteriores à mudança como também nos estágios de ação e manutenção, pois as pessoas obesas que acreditam em suas capacidades de realizar uma dieta e praticar exercícios físicos e que entendem o emagrecimento como um produto de suas ações provavelmente conseguirão alcançar o peso desejado. Já o processo de manter o peso dependerá das escolhas que a pessoa fizer em sua rotina diária, podendo se encontrar menos ou mais confiante para manter hábitos saudáveis diante de diferentes situações. Nesse sentido, torna-se essencial que a pessoa compreenda sua nova forma de lidar com seus novos hábitos, instaurando assim um melhor estilo de vida (Toral & Slater, 2007).

Conforme apresentado nos resultados, não houve associação estaticamente significativa entre a autoeficácia e motivação para hábitos saudáveis nesta população. No entanto, as comparações das médias de cada situação que avaliou a autoeficácia com os estágios motivacionais possibilitou observar que indivíduos pertencentes aos estágios motivacionais de ação e manutenção obtiveram os maiores níveis de autoeficácia para a maioria das situações apresentadas. De modo geral, pode se inferir que há uma tendência à correlação entre as variáveis analisadas, porém, devido ao número de sujeitos da amostra e altas variâncias entre as respostas dos mesmos não foi possível confirmar este dado.

Ao realizar a correlação de AE com prontidão para mudança, foi observado que os sujeitos que se consideraram mais prontos para mudar sua alimentação apresentaram mais confiança em manter uma dieta alimentar saudável na maioria das situações. Além disso, a média geral de prontidão foi caracterizada como pertencente à fase

“*preparando-me para mudar*”, a qual, neste estudo, pode ser associada ao número de indivíduos classificados no estágio de preparação proposto pelo MTT.

Em relação aos participantes mais prontos para praticar exercício físico, estes apresentaram baixos níveis de AE, sugerindo uma amostra mais pronta a aderir ao hábito alimentar saudável do que à atividade física. Para explicar tal fato, DiClemente, Schlundt, e Gemmel (2004) consideram que a prontidão estaria relacionada a dois aspectos distintos relacionados, prontidão para mudança e prontidão para tratamento. O conceito de prontidão para mudança é caracterizado como uma díade, concentrando na percepção da pessoa em relação ao seu problema e suas crenças de autoeficácia. A prontidão para o tratamento, por sua vez, estaria ligada à motivação do indivíduo em procurar ajuda profissional, iniciar, manter e terminar um tratamento. Um usuário que pretende mudar seus hábitos pode procurar um tratamento no serviço público de saúde e iniciá-lo (alta prontidão para tratamento) sem estar realmente pronto para manter uma dieta e uma rotina de exercícios (baixa prontidão para mudar o comportamento problema).

Buscar compreender a adesão a hábitos saudáveis por meio dos determinantes de autoeficácia, motivação e prontidão é considerar que a mudança não se reduz a um processo enrijecido, mas flexível e individualizado. Se a mudança constitui aspectos particulares de cada indivíduo, certamente a não avaliação destes constructos poderá diminuir a eficácia de intervenções realizadas nesse contexto (Miller & Rollnick, 2007).

Após as observações e entrevistas com a equipe profissional nos serviços públicos de saúde, notou-se que os principais componentes do Modelo Transteórico e constructo de autoeficácia não são integrados aos atendimentos prestados aos usuários. Como já foi discutido anteriormente, o fato do sujeito estar ingressando em um programa para mudança de hábito não garante que o mesmo esteja motivado para determinadas mudanças.

Não cabe aqui a discussão a respeito de como são estruturadas as ações de promoção e como os profissionais detêm conhecimento sobre a importância da avaliação desses constructos. Intervenções e programas focados em dietas que envolvem apenas a redução e substituição de alimentos e incentivo à atividade física não atingem resultados satisfatórios. A ausência da avaliação das percepções dos indivíduos a respeito do seu problema de saúde e crenças em suas habilidades para

executar um plano de ação poderá comprometer a efetividade do tratamento (Chen, Farh, Campbell-Bush, Wu & Wu 2013). No entanto, vale destacar, que o Ambulatório de Nutrição do HU realiza o atendimento em parceria com estagiários de psicologia, sendo considerado um avanço capaz de propiciar olhares diversificados a respeito do mesmo tema, assim, havendo a possibilidade da inserção da avaliação de processos psicológicos no contexto,

Em relação à formação das equipes multidisciplinares nas unidades básicas de saúde, verificou-se um número reduzido de nutricionistas (apenas no PAM) e psicólogos nos serviços de saúde analisados. Também não foram identificadas intervenções de promoção que incluíssem nutricionistas e educadores físicos. Estes, juntos, podem ser considerados importantes agentes da promoção da prática de exercício físico e de alimentação saudável no âmbito do serviço público, no entanto, o número de profissionais nesta área continua escasso (Mancuso, Tonacio, Silva & Vieira 2012; Santos & Benedetti, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados discutidos acima, percebe-se a importância de avaliar o nível de AE e motivação de qualquer paciente submetido a um tratamento para mudança de hábito, visto que esta poderia prever melhor a adesão. Este trabalho buscou reunir aspectos relevantes que pudessem estar ligados a como as pessoas mudam seus comportamentos e o quanto acreditam ser capazes de ter um estilo de vida mais saudável. A pesquisadora responsável entende que as entrevistas realizadas com os participantes podem ter funcionado como um momento de reflexão acerca de sua função na mudança comportamental, assim como da importância de considerar as crenças de autoeficácia no processo de motivação para mudança.

Outro aspecto importante diz respeito à percepção do que é ser saudável e, em como este conceito pode estar atrelado aos níveis de autoeficácia de uma pessoa que deseja mudar seu estilo de vida. Verifica-se, portanto, que a maneira como uma pessoa interpreta determinados conceitos estará relacionado à como ela se comportará. Desta forma, o estabelecimento de crenças de autoeficácia, o quanto uma pessoa acredita ser capaz de realizar uma ação, níveis baixos ou altos, serão preditores de motivação e mudança significativa/permanente. Especificamente nesse estudo, constatou-se que os indivíduos precisariam desenvolver sua autoeficácia para que pudessem obter melhores

resultados diante das futuras ações que iriam desempenhar. No entanto, como este estudo não se propôs a acompanhar os participantes ao decorrer do tratamento, não se pode inferir que os mesmos tenham obtido êxito ou não.

Configurando-se como limitações neste estudo, encontra-se o número da amostra, a qual não permitiu revelar correlações estaticamente significativas para algumas hipóteses, mas permitiu observar a forte tendência das variáveis estudadas com a mudança para hábitos saudáveis em serviços públicos de saúde. Nesse sentido, sugere-se que o estudo também seja realizado com amostras maiores a fim de comparar tais resultados.

Por fim, estudar os constructos de AE e motivação, aplicadas ao contexto de adesão a hábitos alimentares saudáveis e prática de exercícios físicos nos serviços públicos de saúde, é uma tarefa complexa, cujo resultado talvez não alcance conclusões definitivas. No entanto, a compreensão da importância em se avaliar os processos psicológicos durante as etapas do processo de mudança contribui de forma significativa com o planejamento de tratamentos mais adequados, configurando-se, assim, como uma das possibilidades para trabalhar a mudança do estilo de vida e, conseqüentemente, a melhora no quadro das doenças de forma geral no país.

7 REFERÊNCIAS

- Bandura, A. (1986). Fearful expectations and avoidant actions as coeffects of perceived self-efficacy. *American Psychologist*, 41(12), 1389-1391.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents*, (v. 5, pp. 307-337). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Batista Filho, Malaquias, & Rissin, Anete. (2003). A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (Suppl. 1), S181-S191.
- Bernardes, A.F.M.; Silva, C.G. & Frutuoso, M.F.P. (2016). Alimentação saudável, cuidado e gênero: percepções de homens e mulheres da Zona Noroeste de Santos-SP. *Demetra*, 11(3), 559-573.
- Boff, Raquel de Melo. *Evidências psicométricas das escalas de auto-eficácia para regular hábito alimentar e auto-eficácia para regular exercício físico*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

- Borges, Lilian Maria, & Seidl, Eliane Maria Fleury. (2014). Hábitos saudáveis na velhice: efeitos de uma intervenção psicoeducativa com homens idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 468-481.
- Braz, M. (2005). A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 10(1):97-104.
- Brasil. Ministério da Saúde (2017). *Vigitel Brasil 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- Cardoso, C.M. (2006). *A influência da auto-eficácia na adesão aos comportamentos de saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- DiClemente, C. C.; Schlundt, B. S. & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, Colorado, 13 (2), 103-119.
- Ferreira, V.A. & Magalhães, R. (2006) Obesidade no Brasil: tendências atuais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(2): 71-78.
- Gomes, R.; Nascimento, E.F. & Araújo, F.C. (2007). Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, 23(3), 565-574.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013). *Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Ludwig, M, W, B. (2012) *Modelo Transteórico de mudança de comportamento na síndrome metabólica: intervenções e fatores preditivos de mudança*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Ludwig, M. W. B.; Bortolon, C.; Bortolini, M.; Boff, R. M. & Oliveira, M. S. (2010). Intervenção grupal em pacientes com síndrome metabólica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(1), 5-31.
- Mancuso, A.M.C.; Tonacio, L.V.; Silva, E.R. & Vieira, V.L. (2012). A atuação do nutricionista na atenção básica à saúde em um grande centro urbano. *Cienc Saude Colet.*, 17, 3289-300.
- Melo, C.M. & Oliveira, D.R. O uso de inibidores de apetite por mulheres: um olhar a partir da perspectiva de gênero. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2011; 16(5), 2523-2532.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Papalia, D. E.; Olds, S.W.; Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. 12. ed. Porto Alegre: Artmed.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114

Prochaska, J.O.; Di Clemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change - applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

Santos, S.F.S. & Benedetti, T.R.B. (2012). Cenário de implantação do núcleo de apoio à saúde da família e a inserção do profissional de educação física. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*, 17, 188-94.

Separavich M.A. & Canesqui A.M. (2013). Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 415-428.

Szupszynski, K. P. D. R. & Oliveira, M. D. S. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: teoria e prática*, 10(1), 162-173.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Thranstheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38.

Toral, N. & Slater, B (2007). Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1641-1650.

Velasquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C., & DiClemente, C. C. (2001). *Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual*. Nova Iorque: Guilford Press.

APÊNDICES

Apêndice A. Questionário Equipe Saúde**QUESTIONÁRIO EQUIPE DE SAÚDE**

Entrevistador: _____ Data: ___/___/ 2017

Nome: _____

Local de Trabalho: _____

Cargo/Função: _____

1) Atualmente, como sua equipe está formada?

2) Quais são os serviços de saúde oferecidos pela sua equipe?

3) No seu local de trabalho possui projeto, ação e/ou atendimento nutricional voltado para prevenção, adesão e/ou manutenção de hábitos alimentares saudáveis? Se sim, quais?

4) Quando um paciente possui dúvidas acerca de seus hábitos alimentares, quem geralmente o orienta? (Nutricionista, Médico, Enfermeiro, Psicólogo, Agente Comunitário de Saúde, Téc. De Enfermagem, etc.)

5) Quais programas ou serviços são oferecidos pela rede pública de saúde no sentido de promover a adesão e manutenção de hábitos alimentares saudáveis em Dourados que você conhece?

6) Você conhece o Guia Alimentar? Aqui na sua unidade há exemplares?

7) Essa unidade segue algum protocolo para orientação alimentar aos usuários ?

Apêndice B. Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Entrevistador (a): _____ Local de coleta: _____

Data: ___/___/___

1. Nome: _____ Idade: _____

3. Atualmente você está trabalhando?

() Sim () Não.

Se não, por quê? _____

4. Até que ano você estudou? _____

5. Você está fazendo exercício físico?

() Sim () Não

Com orientação profissional?

() Sim () Não

Qual exercício? _____

Quantas vezes por semana? _____

Quanto tempo de exercício cada uma das vezes? _____

6. Como você avalia sua alimentação hoje?

() Adequada () Inadequada () Necessita modificações

7. Você tem uma alimentação saudável?

() Sim () Não

8. Qual o comportamento que você considera mais difícil de mudar?

() Exercício () Dieta

9. Você fuma?

() Sim () Não

10. Você costuma ingerir bebidas alcoólicas?

() Sim () Não

11. Você faz uso de medicamentos?

() Sim () Não.

Para quê?

Diabetes (Glicose) () Sim () Não

Colesterol () Sim () Não

Pressão () Sim () Não

Depressão () Sim () Não

Outros () Sim () Não

12. Numa escala de 0 a 10 que pontuação daria para **(sendo 0 o mínimo e 10 o máximo)**

a. A gravidade do seu problema? _____

b. O quanto sofre de pressão externa para mudar o estilo de vida? _____

De quem? _____

c. O quanto se sente apoiado pela família para mudar o estilo de vida? _____

Se sim, por quem? (Responder de acordo com a função na família: filhos, companheiro, mãe, pai, etc.) _____

13. Alguém da sua família tem ou teve *diagnóstico* de problemas associados à:

Obesidade?

Sim ()

Não ()

Quem? _____

Pressão alta?

Sim ()

Não ()

Quem? _____

Alteração de colesterol no sangue?

Sim ()

Não ()

Quem? _____

Diabetes?

Sim ()

Não ()

Quem? _____

Apêndice C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa “Autoeficácia e Motivação para Hábitos Alimentares Saudáveis em Pacientes Atendidos nos Serviços Públicos de Saúde de Dourados-MS.” O objetivo deste estudo é verificar o nível de autoeficácia e motivação para hábitos alimentares saudáveis em pacientes atendidos em serviços públicos de saúde na cidade de Dourados-MS.

A sua participação consiste em responder a alguns questionários (ficha de dados sóciodemográficos, escala de autoeficácia para regular hábito alimentar e escala de autoeficácia para exercício físico e motivação). Todo o procedimento será realizado pela aluna da Pós-Graduação em Psicologia, Natani Chaves Nascimento Marques, da Universidade Federal da Grande Dourados, sob orientação e responsabilidade da Professora Dra. Karen Del Rio Szpyszynski, especialista na área clínica e de saúde.

Para preencher o primeiro questionário você terá que fornecer informações a respeito de sua condição sócio-econômica. Já o segundo questionário tem a função de identificar o quanto você se sente confiante para aderir á hábitos alimentares saudáveis e prática de exercícios físicos. Por fim, você responderá algumas questões sobre sua motivação para mudança. O tempo estimado para responder aos questionários correspondem a 40 minutos no total.

Os possíveis riscos relacionados a esta pesquisa envolvem uma possível fadiga e desconforto mental e qualquer outro dano que você exponha como produto da participação nesta pesquisa. Diante disso e conforme proposto pela Resolução 466/12, você estará assegurado dos seus direitos de ser indenizado por possíveis danos. Você também poderá solicitar atendimento/acompanhamento psicológico em qualquer etapa da pesquisa, assim como, questionar e tirar todas as suas dúvidas referente a qualquer aspecto relacionado à pesquisa.

Você poderá retirar seu consentimento pela participação a qualquer momento, sem qualquer ônus ou prejuízo na relação com o pesquisador. Além disso, a pesquisadora estará atenta para interromper o andamento da pesquisa caso note sinais de desconforto ou fadiga.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a). Não haverá gastos de sua parte para a participação na pesquisa, bem como também não haverá pagamento por sua participação.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o contato do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFGD, podendo esclarecer dúvidas sobre sua participação e a pesquisa, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador informou-me que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFGD (cep@ufgd.edu.br/ (67)3410-2328). Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo participar.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

ASSINATURA PESQUISADORA

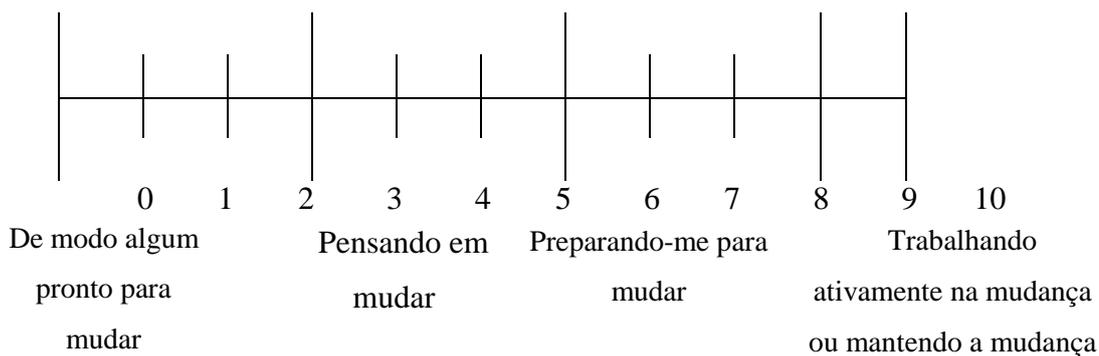
Pesquisadora: Natani Chaves Nascimento Marques
Pós-Graduação em Psicologia – UFGD Cel.: (67 991851515)

Dourados, ____ de _____ de 2017.

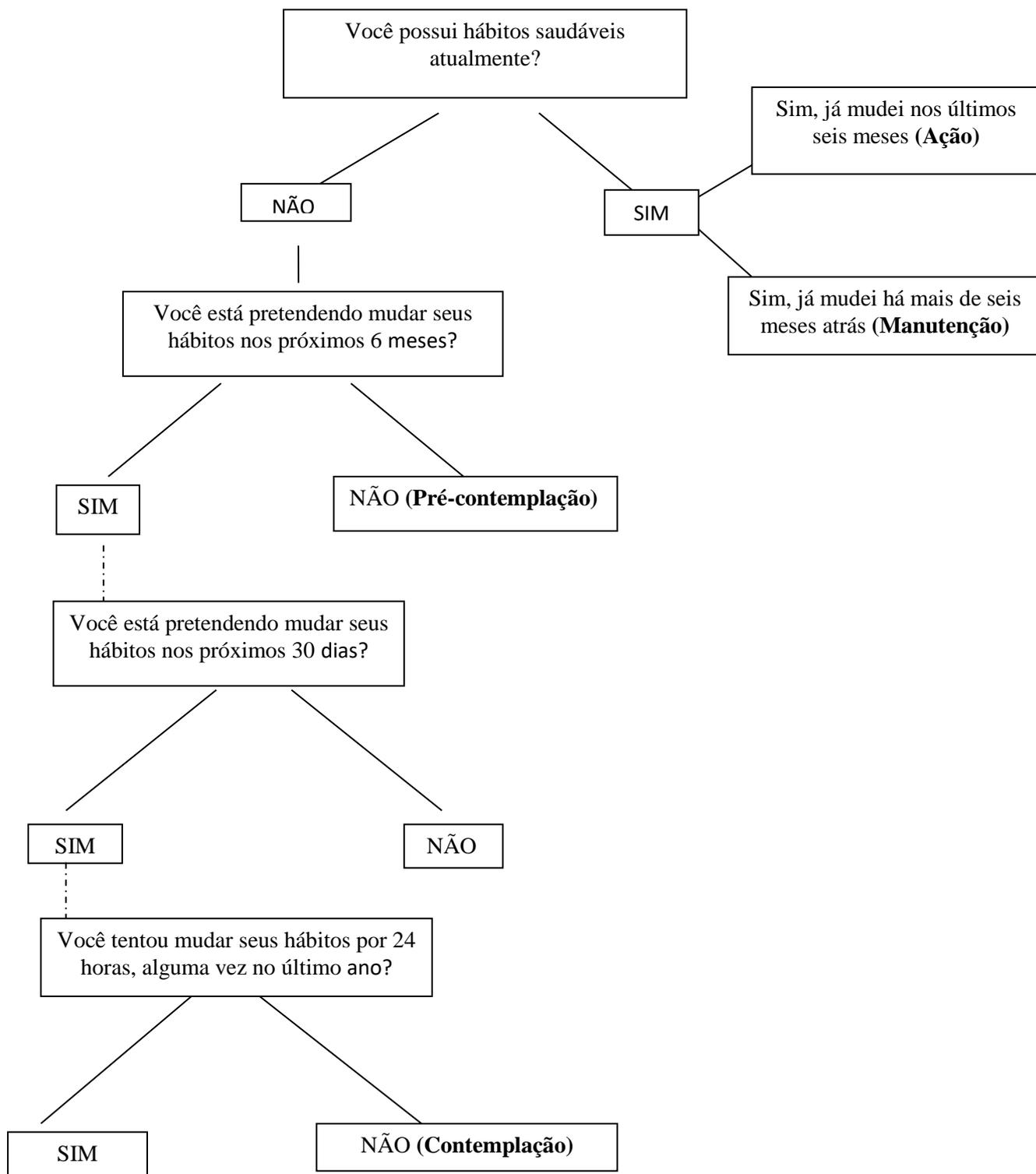
ANEXOS

Anexo A. Régua de Prontidão

- 1) Entre a mudança alimentar e a prática de exercícios físicos, qual o comportamento que você **MAIS** se considera pronto **neste momento** para mudar? _____
- 2) O quanto você se considera pronto **neste momento** para mudar o seu comportamento? Marque um ponto na linha que melhor expressa a sua resposta para a pergunta (**observando a pontuação de 0 - 10**):



Anexo B. Algoritmo



Anexo C. Escala de Autoeficácia para Regular Hábito Alimentar

Abaixo estão descritas um número de situações diante das quais pode ser difícil manter uma dieta saudável. Por favor, marque em cada uma das lacunas o seu grau de confiança para manter regularmente uma dieta saudável mesmo diante destas situações. Marque com um número de 0 a 100 o grau de confiança usando a escala abaixo:

0 10 20 30 40 **50** 60 70 80 90 **100**
Nada **Moderadamente** **Muito**
 Confiante Confiante Confiante
 que posso manter de que posso manter de que posso manter

Confiança
(0 – 100)

1. Enquanto assiste televisão _____
2. Quando se sente inquieto ou entediado _____
3. Durante feriados _____
4. Quando está cansado ou tenso devido a questões de trabalho _____
5. Quando janta na casa de um amigo _____
6. Quando prepara comida para outros _____
7. Comendo em um restaurante sozinho _____
8. Quando está bravo ou irritado _____
9. Quando está com muita fome _____
10. Quando está deprimido _____
11. Quando quer relaxar e aproveitar a comida _____
12. Quando alimentos que não fazem parte da dieta estão disponíveis em casa _____
13. Quando está comemorando com outros _____
14. Quando alguém oferece comida fora da dieta _____
15. Quando sente um forte desejo de comer alimentos fora da dieta _____
16. Quando está se divertindo com visitas _____
17. Durante as férias _____
18. Quando está comendo fora de casa com pessoas que pediram alimentos fora da dieta _____
19. Em festas onde alimentos apetitosos e fora da dieta estão sendo servidos _____
20. Em eventos de recreação ou esportivos nos quais alimentos fora da dieta são servidos _____
21. Quando visita uma cidade e precisa de uma refeição rápida _____
22. Alimentos fora da dieta durante viagens _____
23. Quando visita uma cidade e espera experimentar as comidas dos restaurantes locais _____
24. Feriados e datas festivas nos quais alimentos fora da dieta são servidos _____
25. Quando chateado com assuntos relacionados à família _____
26. Quando quer alguma variedade em sua dieta _____
27. Quando faz um lanche em um restaurante _____
28. Quando os outros trazem ou servem alimentos fora da dieta _____
29. Quando prepara sua própria comida _____
30. Quando se depara com alimentos atrativos e fora da dieta no Supermercado _____

Anexo D. Escala de Autoeficácia para Regular Exercício Físico

Abaixo estão descritas diversas situações que podem comprometer a adesão a uma rotina de exercícios físicos. Por favor, marque em cada uma das lacunas o seu grau de confiança para manter uma rotina de exercícios físicos regular mesmo diante destas situações (de três ou mais vezes por semana). Usando a escala abaixo, marque com um número de 0 a 100 o seu grau de confiança:

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Nada			Moderadamente				Muito			
Confiante			Confiante				Confiante			
que posso manter			de que posso manter				de que posso manter			

	Confiança (0-100)
1. Quando estou me sentindo cansado	_____
2. Quando eu estou me sentindo sobre pressão no trabalho	_____
3. Quando o tempo está ruim	_____
4. Depois de me recuperar de uma lesão que me fez parar	_____
5. Durante ou após passar por problemas pessoais	_____
6. Quando estou me sentindo deprimido	_____
7. Quando estou me sentindo ansioso	_____
8. Depois de me recuperar de uma doença que me fez parar o exercício	_____
9. Quando eu sinto um desconforto físico enquanto eu faço exercício	_____
10. Depois das férias	_____
11. Quando tenho muito trabalho para fazer em casa	_____
12. Quanto tenho visitas	_____
13. Quando há outras coisas interessantes para fazer	_____
14. Se eu não alcanço minhas metas com o exercício	_____
15. Quando não tenho suporte da minha família ou amigos	_____
16. Durante as férias	_____
17. Quando eu tenho outros compromissos	_____
18. Após passar por problemas familiares	_____

Anexo E. Parecer da Comissão de Avaliação em Pesquisa e Extensão (CAPE)

Ministério da Educação
Universidade Federal da Grande Dourados



COMISSÃO DE AVALIAÇÃO EM PESQUISA E EXTENSÃO (CAPE) DO
HUGD/EBSERH

Dourados, 28 de junho de 2017

Projeto: "Autoeficácia e motivação para hábitos alimentares saudáveis em pacientes atendidos por serviços públicos de saúde em Dourados-MS"

Instituição: UFGD

PESQUISADOR: NATANI CHAVES NASCIMENTO MARQUES

Caráter da pesquisa: Projeto de Pesquisa

Conclusão: Aprovado

Prof. Dra. Candida Aparecida Leite Kassuya

Presidente da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO EM PESQUISA E EXTENSÃO
(CAPE)

Anexo F. Autorização do Hospital Universitário

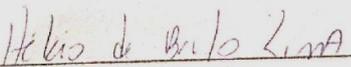
**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Rod. Dourados-Itahum, km 12 - CEP: 79.804-970 - Dourados - MS



Dourados, 10 de Março de 2017.

AUTORIZAÇÃO

Venho por meio desta autorizar a realização da pesquisa **“AUTOEFICÁCIA E MOTIVAÇÃO PARA HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS EM PACIENTES ATENDIDOS POR SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM DOURADOS-MS”**, pela pesquisadora **Natani Chaves Nascimento Marques**, nas dependências do Ambulatório (Laboratório de Nutrição Síndrome Metabólica) do Hospital Universitário da UFGD, sob responsabilidade da Profa. Dra. Karen Priscila Del Rio Szupszynski (Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal da Grande Dourados – FCH/UFGD) no município de Dourados/MS.



Coordenação Ambulatorial do Hospital Universitário

Scanned by CamScanner

Anexo G. Parecer Consubstanciado do CEP

	UFGD - UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS / UFGD-MS									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: Autoeficácia e motivação para hábitos alimentares saudáveis em pacientes atendidos por serviços públicos de saúde em Dourados-MS.										
Pesquisador: Natani Chaves Nascimento Marques										
Área Temática:										
Versão: 2										
CAAE: 64597916.2.0000.5160										
Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal da Grande Dourados/UFGD-MS										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 2.006.387										
Apresentação do Projeto:										
<p>O comportamento alimentar pode ser determinado por vários fatores, entre eles, nutricionais, demográficos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos. Os construtos de autoeficácia e motivação podem ser considerados possíveis determinantes no processo de mudança de comportamento. A autoeficácia corresponde à crença na própria capacidade em fazer determinadas escolhas e obter resultados específicos. Tal variável pode ser considerada como preditora na eficácia da mudança do comportamento. A motivação, por sua vez, é concebida como um estado de prontidão para mudança, um processo dinâmico influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos que alternam conforme as situações. Através da análise desses construtos é possível planejar ações que promovam adesão de hábitos saudáveis e consequentemente a melhora na qualidade de vida dos indivíduos. Esta pesquisa tem como objetivo geral verificar o nível destes dois possíveis determinantes, autoeficácia e motivação, em pacientes que estiverem iniciando tratamento em serviços públicos de saúde para mudança de hábitos alimentares na cidade de Dourados – MS. De forma mais específica, este estudo propõe-se descrever a eficácia das estratégias utilizadas pelos programas de prevenção e mudança de hábitos alimentares. Como método de pesquisa será adotado o delineamento transversal e correlacional. Para a coleta de dados, serão utilizados questionários e escalas específicas de autoeficácia e motivação para</p>										
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="272 1731 560 1753">Endereço: Rua Melvin Jones, 940</td> <td data-bbox="703 1753 847 1776">CEP: 79.805-610</td> </tr> <tr> <td data-bbox="272 1753 472 1776">Bairro: Jardim América</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="272 1776 344 1798">UF: MS</td> <td data-bbox="440 1776 647 1798">Município: DOURADOS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="272 1798 488 1821">Telefone: (87)3410-2853</td> <td data-bbox="807 1798 1015 1821">E-mail: cep@ufgd.edu.br</td> </tr> </table>			Endereço: Rua Melvin Jones, 940	CEP: 79.805-610	Bairro: Jardim América		UF: MS	Município: DOURADOS	Telefone: (87)3410-2853	E-mail: cep@ufgd.edu.br
Endereço: Rua Melvin Jones, 940	CEP: 79.805-610									
Bairro: Jardim América										
UF: MS	Município: DOURADOS									
Telefone: (87)3410-2853	E-mail: cep@ufgd.edu.br									
Página 01 de 04										



Continuação do Parecer: 2.006.307

mudança, dentre eles a Régua de Frontidão e o Algoritmo. Através destes Instrumentos o participante seleciona o estágio que se encontra para mudança. Como resultados principais, espera-se analisar se há uma relação existente entre autoeficácia, motivação e a eficácia das estratégias que visam à mudança de hábitos alimentares. Como principal avanço, a expectativa é o levantamento de subsídios que permitam a elaboração de estratégias pontuais voltadas para o engajamento dos pacientes em programas de prevenção e promoção a alimentação saudável e adequada. Desta forma, pretende-se contribuir para maior adesão ao tratamento e consequentemente à melhora na qualidade de vida e diminuição de doenças.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar o nível de autoeficácia e motivação para hábitos alimentares saudáveis em pacientes atendidos em serviços públicos de saúde na cidade de Dourados-MS.

Objetivo Secundário:

- 1) Avaliar o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos no serviço público de saúde;
- 2) Investigar o índice de motivação para mudança para hábitos alimentares saudáveis;
- 3) Avaliar o nível de autoeficácia para mudança para hábitos alimentares saudáveis;
- 4) Analisar as relações existentes entre a motivação, autoeficácia, e o comportamento de mudança;
- 5) Descrever as estratégias desenvolvidas em programas para promoção à hábitos alimentares saudáveis oferecidos pelos serviços públicos de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos relacionados a esta pesquisa envolvem uma possível fadiga ao responder aos questionários, os quais terão duração de aproximadamente 40 minutos, e desconforto emocional ao responder a perguntas que possam eventualmente considerar invasivas. Em qualquer um dos casos citados acima, será oferecido ao participante serviço psicológico especializado sem nenhum custo. O participante poderá retirar seu consentimento pela participação a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer ônus ou prejuízo na relação com o pesquisador. Além disso, a pesquisadora estará atenta para interromper o andamento da pesquisa caso perceba qualquer eventualidade. Será garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Benefícios: Através da caracterização e análise das ações de promoção à hábitos alimentares saudáveis realizadas pelas instituições públicas de saúde em Dourados pretende-se estruturar

Endereço: Rua Melvin Jones, 940

Bairro: Jardim América

CEP: 79.803-010

UF: MS

Município: DOURADOS

Telefone: (87)3410-2653

E-mail: cep@ufgd.edu.br



Continuação do Parecer: 2.006.367

treinamentos relacionados aos conceitos estudados na pesquisa e impactar positivamente sobre os serviços oferecidos. Os benefícios decorrentes seriam os seguintes:

- a) Fornecimento de laudos aos participantes da pesquisa, fornecendo dados extras para o atendimento dos pacientes;
- b) Verificar os níveis de autoeficácia e motivação e sua relação com o comportamento de mudança, desta forma, permitindo reflexão e planejamento de ações por parte dos profissionais dos serviços públicos de saúde, no que diz respeito às estratégias voltadas para a prevenção e promoção da saúde;
- c) Subsidiar futuros estudos no Mato Grosso do Sul que tenham como foco a investigação do impacto da autoeficácia no comportamento de mudança após o seu entendimento por parte dos usuários e profissionais da saúde e o quanto esses estudos podem melhorar as práticas existentes;
- d) Fortalecer as redes de saúde do Mato Grosso do Sul, por meio de implementação de estratégias que favoreçam a qualidade de vida e hábitos saudáveis de todos seus usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem delimitada, clara e objetiva. Os critérios de inclusão e exclusão que se fazia necessário indicar se a população indígena fará parte da pesquisa foi devidamente incorporado ao protocolo. Também foi acrescentado ao TCLE a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, conforme consta na Resolução Nº 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo está completo, apresentando todas as informações necessários mediante apreciação do CEP.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se pela APROVAÇÃO do referido protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Melvin Jones, 940
 Bairro: Jardim América CEP: 79.803-010
 UF: MS Município: DOURADOS
 Telefone: (87)3410-2853 E-mail: cep@ufgd.edu.br



UFGD - UNIVERSIDADE
FEDERAL DA GRANDE
DOURADOS / UFGD-MS



Continuação do Parecer: 2.000.207

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_780398.pdf	16/03/2017 18:12:07		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_compromisso_hu_infraestrutura.pdf	16/03/2017 18:11:40	Natani Chaves Nascimento Marques	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_hu.pdf	16/03/2017 18:10:19	Natani Chaves Nascimento Marques	Aceito
Outros	pendencias_resolvidas.doc	16/03/2017 17:58:23	Natani Chaves Nascimento Marques	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Gep_oficial.pdf	16/03/2017 17:55:07	Natani Chaves Nascimento Marques	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLE_OFICIAL_pdf.pdf	16/03/2017 17:51:56	Natani Chaves Nascimento Marques	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_pesquisa.pdf	07/02/2017 00:36:23	Natani Chaves Nascimento Marques	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	06/02/2017 23:14:14	Natani Chaves Nascimento Marques	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.PDF	06/02/2017 23:13:46	Natani Chaves Nascimento Marques	Aceito
Folha de Rosto	Folhad rostero.pdf	13/11/2016 23:00:34	Natani Chaves Nascimento Marques	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DOURADOS, 07 de Abril de 2017

Assinado por:
Leonardo Ribeiro Martins
(Coordenador)

Endereço: Rua Melvin Jones, 840

Bairro: Jardim América

CEP: 79.803-010

UF: MS

Município: DOURADOS

Telefone: (87)3410-2853

E-mail: cep@ufgd.edu.br

Anexo H. Resolução do Conselho Diretor da Faculdade de Ciências Humanas da UFGD



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS



RESOLUÇÃO Nº 302 DE 21 DE SETEMBRO DE 2016.

O CONSELHO DIRETOR DA FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS, da Universidade Federal da Grande Dourados, no uso de suas atribuições legais, em Reunião Ordinária, **resolve:**

Manifestar concordância com a execução dos seguintes Projetos de Pesquisa:

O olhar do Construcionismo Social sobre os discursos da Psicologia a respeito da violência contra a mulher, sob a coordenação do mestrando Angelo Willian de Lima Catarim, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGpsi);

As mulheres do informal: sentidos da venda direta e estratégias de empoderamento feminino, sob a coordenação da mestranda Kamilla Golin, do PPGpsi;

A produção de sentidos da mulher paraguaia na fronteira sob a perspectiva de gênero, sob a coordenação da mestranda Lígia Maria Ruel Cabreira, do PPGpsi;

Autoeficácia e motivação para hábitos alimentares saudáveis em pacientes atendidos por serviços públicos de saúde em Dourados-MS, sob a coordenação da mestranda Natani Chaves Nascimento Marques, do PPGpsi.


Prof. Dr. Jones Dari Goettert
Presidente