



**FERNANDA NUNES MACIEL**

**EXPLORANDO A INFLUÊNCIA DOS VALORES PESSOAIS  
NA ADERÊNCIA AOS TRATAMENTOS MÉDICOS PARA  
DIABÉTICOS TIPO 2: UMA ANÁLISE DA RELAÇÃO MÉDICO-  
PACIENTE**

**LAVRAS – MG  
2025**

**FERNANDA NUNES MACIEL**

**EXPLORANDO A INFLUÊNCIA DOS VALORES PESSOAIS NA ADERÊNCIA AOS  
TRATAMENTOS MÉDICOS PARA DIABÉTICOS TIPO 2: UMA ANÁLISE DA  
RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, área de concentração em Gestão Estratégica, Marketing e Inovação, para a obtenção do título de Mestre.

Prof. Dr. Luiz Henrique de Barros Vilas Boas  
Orientador

Prof.<sup>a</sup>. Marjori Yeva Nascimento Fernandes Vilas Boas  
Coorientadora

**LAVRAS – MG  
2025**

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo(a) autor(a) através do Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Biblioteca Universitária da UFLA.**

Maciel, Fernanda Nunes.

Explorando a influência dos valores pessoais na aderência aos tratamentos médicos para diabéticos tipo 2 : Uma análise da relação médico-paciente / Fernanda Nunes Maciel. 2025.

127 p. : il.

Orientador: Luiz Henrique de Barros Vilas Boas

Coorientadora: Marjori Yeva Nascimento Fernandes Vilas Boas

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal de Lavras, 2025.  
Bibliografia.

1. Relação médico-paciente. 2. Aderência. 3. Cadeia meios-fim. 4. Laddering. 5. Diabetes tipo 2. I. Vilas Boas, Luiz Henrique de Barros. II. Vilas Boas, Marjori Yeva Nascimento Fernandes. III. Universidade Federal de Lavras. IV. Título.

**FERNANDA NUNES MACIEL**

**EXPLORANDO A INFLUÊNCIA DOS VALORES PESSOAIS NA ADERÊNCIA AOS  
TRATAMENTOS MÉDICOS PARA DIABÉTICOS TIPO 2: UMA ANÁLISE DA  
RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

**EXPLORING THE INFLUENCE OF PERSONAL VALUES ON ADHERENCE TO  
MEDICAL TREATMENTS FOR TYPE 2 DIABETICS: AN ANALYSIS OF THE  
DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, área de concentração em Gestão Estratégica, Marketing e Inovação, para a obtenção do título de Mestre.

APROVADA em 19 de fevereiro de 2025

Dr. Daniel Carvalho de Rezende – Universidade Federal de Lavras (UFLA)

Dr. Márcio Lopes Pimenta – Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Prof. Dr. Luiz Henrique de Barros Vilas Boas  
Orientador

Prof.<sup>a</sup>. Marjori Yeva Nascimento Fernandes Vilas Boas  
Co-orientadora

**LAVRAS – MG  
2025**

*Aos diabéticos, cuja jornada diária inspira esta pesquisa.  
Dedico*

## AGRADECIMENTOS

Nesse momento de conclusão de mais uma etapa, há inúmeros motivos e pessoas a quem quero expressar minha gratidão. Primeiramente, agradeço a Deus, por me conceder a graça de chegar até aqui, permitindo-me aproveitar cada momento dessa experiência. Neste âmbito espiritual, dedico também essa dissertação à Nossa Senhora, São Sebastião, Padre Pio e Papa João Paulo II, por toda a proteção ao longo desse processo.

Agradeço de coração aos meus pais, Abnel e Leila, por todo amor, carinho e por sempre acreditarem em mim. Minha gratidão também vai para meus irmãos, Abnel e Gustavo, pela amizade, pelo incentivo constante e por serem meus exemplos como profissionais na área da Administração. Estendo meus agradecimentos a toda minha família pelo apoio incondicional e, em especial, à minha tia Maysa, por sempre torcer por mim com tanto entusiasmo.

Gostaria de expressar meu profundo agradecimento ao Frederico (Buda), meu companheiro de vida, que me apoiou em cada passo desse processo e que compartilha comigo essa jornada tão especial.

Um ponto fundamental durante essa trajetória foi a rede de apoio que construí com amizades. Agradeço aos meus amigos de Caxambu, Lavras e São João Del Rei. Um carinho especial às minhas irmãs de coração da Tomara que Caia, que fizeram toda a diferença com sua presença e apoio. Minha gratidão também aos meus amigos Gabriel e Victor pela ajuda no andamento desse trabalho.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Luiz Henrique de Barros Vilas Boas, por todos os ensinamentos durante esse processo e pela disponibilidade de sempre me ajudar. Minha gratidão também a Prof.<sup>a</sup> Marjori Y. N. Fernandes Vilas Boas, por me introduzir a uma temática tão relevante e apoio prestado nessa pesquisa.

Gostaria de agradecer à Universidade Federal de Lavras por toda estrutura e oportunidades ofertadas ao longo desses dois anos. Ao PPGA agradeço por todo suporte, assim como os professores e outros funcionários do departamento. Minha gratidão também aos amigos de mestrado e doutorado e ao GECOM e Feira de Trocas.

Meu agradecimento muito especial a todos os entrevistados que tanto contribuíram para a construção desse trabalho. Aproveito para agradecer à banca formada pelos professores: Daniel Carvalho de Rezende, Márcio Lopes Pimenta, Paulo Henrique Montagnana Vicente Leme e Nelsio Rodrigues de Abreu, que prontamente aceitaram avaliar essa dissertação.

É imprescindível também registrar os meus agradecimentos a alguns professores que contribuíram muito para que eu pudesse chegar até aqui: Vânia Rezende, Rosemeire Salata,

Sálvio Macedo, Luciana Walther, Geraldo Vasconcellos, Dimas Resende, Frank Vasconcelos, Cléria Lourenço e Flávia Naves.

Faço um agradecimento especial ao meu filho de quatro patas, Lucky, que por 16 anos esteve comigo, me dando muita alegria. Hoje com os olhos marejados reforço a importância desse ser de luz durante esse meu processo.

Por fim, reforço que o presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## RESUMO

A aderência ao tratamento médico para diabetes tipo 2 corresponde a um dos desafios centrais para a gestão de saúde pública, levando a impactos diretos na qualidade de vida dos pacientes. Entre os fatores que influenciam a aderência, aparecem os valores pessoais exercendo um papel importante na orientação das escolhas e comportamentos dos pacientes no que tange o tratamento. Neste contexto, a Teoria de Valores Pessoais e a Teoria Meios Fim aparecem como abordagens para a análise da influência desses valores na tomada de decisão dos pacientes. O trabalho teve como objetivo identificar as percepções dos pacientes e dos profissionais de saúde, usando a técnica *laddering*, para investigar a relação entre atributos, consequências e valores. Os resultados apontam que a aderência ao tratamento vai além dos fatores objetivos como a prescrição médica, mas também abrange aspectos subjetivos, como a percepção de suporte dos profissionais de saúde e a integração entre tratamento e estilo de vida do paciente. Foi observado que os valores como segurança e longevidade são determinantes em relação à disposição do paciente em seguir corretamente o tratamento. A partir desses achados, a pesquisa sugere estratégias personalizada levando em consideração a comunicação empática e o entendimento dos valores individuais do diabético, podendo aumentar a aderência e reduzir complicações. As contribuições deste trabalho vão ao encontro ao aplicar teorias de marketing na área saúde, demonstrando como princípios de comportamento de consumo podem ser aplicados para o entendimento e para influenciar as decisões de tratamento.

**Palavras-chave:** relação médico-paciente; aderência; valores pessoais; cadeia meios-fim; *laddering*; diabetes tipo 2.

## ABSTRACT

Adherence to medical treatment for type 2 diabetes is one of the central challenges in public health management, leading to direct impacts on patients' quality of life. Among the factors influencing adherence, personal values play an important role in guiding patients' choices and behaviors regarding treatment. In this context, the Theory of Personal Values and the Means-End Chain Theory emerge as approaches for analyzing the influence of these values on patients' decision-making. The study aimed to identify the perceptions of patients and healthcare professionals, using the laddering technique to investigate the relationship between attributes, consequences, and values. The results indicate that treatment adherence goes beyond objective factors such as medical prescriptions and also encompasses subjective aspects, such as the perception of support from healthcare professionals and the integration of treatment into the patient's lifestyle. It was observed that values such as security and longevity are key determinants in the patient's willingness to correctly follow the treatment. Based on these findings, the research suggests personalized strategies that consider empathetic communication and an understanding of diabetic individuals' personal values, potentially increasing adherence and reducing complications. The contributions of this study align with the application of marketing theories in the healthcare field, demonstrating how consumer behavior principles can be used to understand and influence treatment decisions.

**Keywords:** doctor-patient relationship; adherence; personal value; means-end chain theory; laddering; type 2 diabetes.

## **INDICADORES DE IMPACTO**

A presente pesquisa analisou a influência dos valores pessoais na aderência ao tratamento médico para diabéticos tipo 2, evidenciando a relação entre médico e paciente e suas consequências para a saúde. Os resultados apontam que a comunicação eficaz e o entendimento dos valores individuais impactam de forma positiva a aderência, possibilitando melhorias nos desfechos clínicos e a diminuição das complicações da doença, aliviando a carga sobre o sistema de saúde. O impacto social da pesquisa envolve a promoção de um atendimento humanizado e a redução da desigualdade no acesso à informação acerca de um tratamento adequado. Na área econômica, a aderência pode contribuir para a diminuição dos custos hospitalares advindos de complicações da doença, configurando-se, assim, como uma estratégia eficaz na gestão de recursos públicos. O trabalho também possui um aspecto extensionista, uma vez que seus resultados podem ser aplicados em programas de educação em saúde. No que tange à classificação nas oito áreas temáticas da Política Nacional de Extensão, esses impactos se inserem na área da saúde, por contribuírem para uma melhor qualidade de vida dos pacientes e para a formação de profissionais capacitados para lidar com esses valores pessoais e com a própria aderência. Além disso, os resultados estão relacionados aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, como o “Saúde e Bem-estar”.

## **IMPACT INDICATORS**

This study analyzed the influence of personal values on adherence to medical treatment for patients with type 2 diabetes, highlighting the doctor–patient relationship and its consequences for health. The findings indicate that effective communication and an understanding of individual values positively impact adherence, enabling improvements in clinical outcomes and a reduction in disease-related complications, thereby easing the burden on the healthcare system. The social impact of the research involves the promotion of humanized care and the reduction of inequality in access to information about appropriate treatment. In the economic sphere, adherence may contribute to lowering hospital costs resulting from complications of the disease, thus representing an effective strategy for managing public resources. The study also has an extension aspect, as its results can be applied in health education programs. Regarding its classification within the eight thematic areas of the Brazilian National Extension Policy, these impacts fall within the health area, as they contribute to improving patients' quality of life and to the training of professionals capable of addressing these personal values and adherence itself. Moreover, the results are aligned with the United Nations Sustainable Development Goals (SDGs), particularly “Good Health and Well-being”.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – As cinco dimensões de adesão .....	24
Figura 2 – Valores Pessoais de Schwartz .....	32
Figura 3 – Estrutura circular de valores pessoais de Schwartz .....	32
Figura 4 – Níveis da Cadeia Meios-Fim .....	34
Figura 5 - <i>Strings</i> de busca .....	38
Figura 6 – Mapa Hierárquico de Valores dos pacientes .....	62
Figura 7 – O entendimento da doença .....	66
Figura 8 – O atendimento humanizado .....	68
Figura 9 – A capacidade do médico .....	69
Figura 10 – O seguimento das prescrições médicas .....	71
Figura 11 – O paciente e a informação .....	73
Figura 12 – A realização da atividade física .....	74
Figura 13 – A equipe multidisciplinar .....	75
Figura 14 – A análise da condição financeira do paciente .....	76
Figura 15 – A alimentação saudável .....	78
Figura 16 – O entendimento das orientações médicas .....	80
Figura 17 – Impacto do controle do peso e cuidado corporal para o diabético.....	81
Figura 18 – Autocuidado, bem-estar e controle do diabetes .....	81
Figura 19 – O relacionamento médico e paciente .....	82
Figura 20 – Mapa Hierárquico de Valores dos médicos .....	93
Figura 21 - A clareza nas informações .....	95
Figura 22 – A informação e o paciente .....	96
Figura 23 – O apoio familiar no tratamento .....	97
Figura 24 – Alimentação e benefícios .....	99
Figura 25 – A atuação da equipe multidisciplinar .....	101
Figura 26 – O Aspecto econômico do tratamento .....	103
Figura 27 – O paciente como participante ativo no tratamento .....	105

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Lista de Valores de Rokeach .....	30
Quadro 2 – Síntese da designação de códigos .....	48
Quadro 3 – Sistematização metodológica .....	49
Quadro 4 – Perfil sociodemográfico dos pacientes .....	52
Quadro 5 – Códigos resumidos encontrados na relação A-C-V dos pacientes .....	52
Quadro 6 – Descrição dos atributos dos pacientes .....	54
Quadro 7 – Descrição das consequências funcionais dos pacientes .....	55
Quadro 8 – Descrição das consequências psicológicas dos pacientes .....	57
Quadro 9 – Descrição dos valores instrumentais dos pacientes .....	57
Quadro 10 – Descrição dos valores terminais dos pacientes .....	58
Quadro 11 – Exemplo de construção de <i>ladder</i> .....	59
Quadro 12 – Análise do ponto de corte a ser adotado para os pacientes .....	60
Quadro 13 – Matriz de implicação dos pacientes .....	61
Quadro 14 – Perfil sociodemográfico dos endocrinologistas .....	85
Quadro 15 – Códigos resumidos encontrados na relação A-C-V dos endocrinologistas.....	86
Quadro 16 – Descrição dos atributos pelos médicos.....	87
Quadro 17 – Descrição das consequências funcionais pelos médicos .....	88
Quadro 18 – Descrição das consequências psicológicas pelos médicos .....	89
Quadro 19 – Descrição dos valores instrumentais pelos médicos .....	89
Quadro 20 – Descrição dos valores terminais pelos médicos .....	90
Quadro 21 – Análise do ponto de corte adotado para os médicos .....	91
Quadro 22 – Matriz de implicação dos médicos .....	92

## **LISTA DE SIGLAS**

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

MEC – Cadeia meios-fim

MHV – Mapa Hierárquico de Valor

OMS – Organização Mundial de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DM – Diabetes mellitus

DM1 – Diabetes mellitus tipo 1

DM2 – Diabetes mellitus tipo 2

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1 Problema de pesquisa, objetivo e justificativas .....	18
1.2 Estrutura da dissertação .....	20
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>21</b>
2.1 Aderência .....	21
2.2 Diabetes .....	24
2.2.1. Diabetes tipo 2.....	27
2.3 Valores pessoais .....	27
2.3.1 Valores na concepção de Rokeach.....	29
2.3.2 Valores pessoais e sociais.....	29
2.3.3 Valores terminais e instrumentais.....	30
2.3.4 Teoria de Valores de Schwartz .....	31
2.4 Teoria da Cadeia Meios-Fim (MEC).....	33
2.4.1 Atributos (A) .....	35
2.4.2 Consequências (C).....	36
2.4.3 Valores (V).....	36
2.5 Revisão da literatura acerca da utilização do marketing em estudos de aderência.....	37
2.5.1 Operacionalização da pesquisa e procedimentos de busca.....	37
2.5.2 Procedimento de seleção .....	38
2.5.3 Análise da produção científica .....	38
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>43</b>
3.1 Caracterização da pesquisa.....	43
3.2 Procedimentos Metodológicos.....	44
3.3 Coleta de dados.....	46
3.4 Procedimento de Análise e Interpretação dos Dados.....	47
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>51</b>
4.1 A aderência sob a perspectiva dos pacientes .....	51
4.1.1 Conexões entre ações dos pacientes e os resultados do tratamento .....	63
4.1.2 Motivação e impactos psicológicos na aderência ao tratamento.....	78
4.1.3 Análise das cadeias dominantes dos pacientes.....	84
4.2 A aderência na perspectiva dos endocrinologistas .....	85
4.2.1 Pilares da aderência e impactos no sucesso do tratamento .....	94
4.2.2 Engajamento do paciente e fatores psicossociais na aderência.....	103
4.2.3 Análise das cadeias dominantes dos endocrinologistas.....	106
4.3 Análise comparativa do MHV's dos pacientes e dos médicos .....	107
4.3.1 Semelhanças entre os mapas .....	107
4.3.2 As diferenças entre os mapas.....	108
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>109</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>111</b>
Anexo A – Termo de Consentimento e Livre Esclarecido - TCLE .....	122
Anexo B – Questionário Sociodemográfico pacientes .....	124
Anexo C – Questionário sociodemográfico médicos.....	125
<b>ANEXO D - Roteiro de entrevista <i>laddering</i></b> .....	<b>126</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A prestação de serviços está intrinsecamente ligada às necessidades individuais (Lucietto, 2015). Nesse contexto, o marketing se faz presente em diversos momentos da vida cotidiana, e seus componentes também são aplicados em aspectos que tangem à saúde (Moungui et al., 2024). Entretanto, mesmo com a atividade de marketing ocorrendo nesse âmbito, poucas vezes ela é percebida, já que envolve questões tecnológicas e intangíveis, cujas especificidades dos produtos não podem ser analisadas de forma direta pelos sentidos humanos (Silva; Mazon, 2016).

Embora a área da saúde esteja amplamente presente nas pesquisas de marketing, com variadas temáticas sendo exploradas, trabalhos sobre aderência a tratamentos médicos ainda não constituem uma área fortemente consolidada. Diversos estudos abordam desde o desenvolvimento de fármacos (Macedo et al., 2016) até como serviços e produtos podem melhorar o tratamento e a qualidade de vida dos pacientes (Rahim; Thomas, 2017). Outros abordam a qualidade da prestação de serviços, bem como a atuação de profissionais da área, tratando da compreensão do comportamento de ambos os atores: profissionais de saúde e pacientes (Cançado; Moura; Peixoto, 2021).

Neste contexto, a literatura sobre a aderência a tratamentos no campo do marketing se mostra incipiente. Alguns exemplos de pesquisas mais próximas incluem o estudo de Wong et al. (2017), que analisa a qualidade dos profissionais na área da saúde, os perfis de aderência ao controle do pré-natal (Cowes; Landini, 2008), tratamentos não farmacológicos e a utilização de tecnologia para auxiliá-los (Postel-Vinay et al., 2023), além da adesão a tratamentos físicos para a prevenção de doenças cardiovasculares. Ademais, também aparecem documentos que abordam a utilização de medicamentos para o colesterol (Grittini; Padula, 2017) e para a obesidade (Cizza; Rother, 2011).

Adentrando na área de endocrinologia e metabologia, de acordo com Sanvi et al. (2021), esse campo de conhecimentos médicos compreende o estudo da função e disfunção do sistema endócrino, o metabolismo de nutrientes, a nutrição natural e artificial, e a promoção da saúde por meio da prevenção de doenças relacionadas à dieta. Inclui também as técnicas diagnósticas, terapêuticas e preventivas.

Os profissionais realizam o diagnóstico e o tratamento de doenças relacionadas aos hormônios e ao metabolismo, como, por exemplo, diabetes, distúrbios de tireoide, obesidade, dentre outras (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2023).

Magliano e Boyko (2022) apontam que 1 em cada dez adultos vive com diabetes, ou seja, 537 milhões de indivíduos. Ainda de acordo com os autores, é previsto que esse número aumente para 643 milhões até 2030 e 783 milhões até 2045. No estudo, também é abordado que o diabetes é responsável por 6,7 milhões de mortes em 2021 – 1 a cada 5 segundos. O diabetes causou pelo menos 966 bilhões de dólares em despesas de saúde – um aumento de 316% nos últimos 15 anos (Murray et al., 2020). Esse aumento está relacionado com aspectos de urbanização acelerada, industrialização e aumento da expectativa de vida, que favorecem mudanças no estilo de vida, como maior consumo de dietas hipercalóricas e sedentarismo (Grillo; Gorini, 2007). O Diabetes Mellitus (DM) é considerado uma doença crônica de relevância mundial e um dos principais desafios de saúde pública, por conta de seu crescimento exponencial e impacto na morbimortalidade (Nunes et al., 2021).

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é a forma mais comum da doença, representando 90% dos casos, e está relacionado com complicações cardiovasculares, renais, dentre outras (Khan et al., 2021). A prevenção ocorre justamente visando à redução de complicações (Lyra et al., 2006). Ainda de acordo com os autores, intervenções comportamentais e farmacológicas, como mudanças de estilo de vida, alimentação saudável e práticas de atividades físicas, vêm se mostrando eficazes. Ademais, o letramento em saúde aparece como uma estratégia para o tratamento da doença, facilitando a aderência (Marques; Escarce; Lemos, 2018).

No Brasil, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2024), o país tem por volta de 20 milhões de pessoas com diabetes. Além do alto custo, a transição demográfica e epidemiológica intensificou a prevalência da doença. A partir dos anos sessenta, mudanças sociais, políticas e econômicas alteraram o perfil, levando a um aumento da expectativa de vida, mas também a uma maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis, como no caso do DM2 (Grillo; Gorini, 2007). Conforme aponta a International Diabetes Federation (2015), os países utilizam entre 5% e 20% de seus recursos em saúde para o tratamento de casos de diabetes, o que expõe o custo elevado da doença

Diversas pesquisas epidemiológicas apontam que a prevalência do diabetes tem aumentado de forma global, levando a um estado de preocupação em países de baixa e média renda (Arsa et al., 2009). Essa realidade no Brasil também foi agravada pela acelerada transição demográfica, epidemiológica e nutricional (Miranda et al., 2015).

Segundo Alencar et al. (2022), além de complicações físicas, o DM influencia a saúde emocional dos pacientes, principalmente quando não há um controle constante. Um aspecto que contribui para a baixa aderência é o fato de o DM2 ser normalmente assintomático, levando

muitos indivíduos a negligenciarem o cuidado por não apresentarem sintomas (Maeyama et al., 2020).

A pandemia da Covid-19 em 2020 evidenciou ainda mais a necessidade de monitoramento contínuo das condições de saúde, principalmente de pacientes com DM2, que possuem maior risco de complicações graves pela infecção pelo SARS-CoV-2 (Peric; Stulnig, 2020).

Para realizar essas atividades, são necessários recursos humanos e materiais complexos, além de um planejamento do cuidado assistencial para que os pacientes consigam continuar o tratamento (Heilser, 2017). Nesse sentido, a relação entre médico e paciente transcende o simples encontro clínico, indo além das consultas, exames e prescrições. Castro e Azevedo (2019) indicam que essa relação combina habilidades técnicas e interpessoais.

No que tange à aderência a tratamentos médicos, o Ministério da Saúde (2016) aponta que cerca de 50% das instruções médicas são prontamente esquecidas logo após a consulta e, especificamente, com os pacientes com diabetes ou insuficiência cardíaca, apenas 42% continuam seguindo de maneira correta o regime de medicamentos prescritos. Além disso, é estimado que o comportamento de não adesão aos tratamentos prescritos pode ocasionar custos adicionais relevantes para os sistemas de saúde, incluindo hospitalizações evitáveis e complicações de saúde (Cutler; Everett, 2010).

Esses desafios que abordam a aderência ao tratamento médico, como a falta de continuidade na medicação, são similares às questões tratadas pelos estudos de comportamento do consumidor. Assim como os consumidores podem decidir não adquirir ou abandonar determinado produto ou serviço, pacientes podem deixar de seguir os tratamentos por motivos que envolvem aspectos emocionais, contextuais e cognitivos (Cowes; Landini, 2018).

Os estudos que envolvem o comportamento do consumidor examinam a compreensão das razões que motivam uma pessoa a comprar determinado produto ou serviço, tornando-se um dos maiores desafios que abrangem os estudos da teoria de marketing (Vilas Boas et al., 2006). A busca por modelos aplicáveis que possam identificar os fatores que influenciam a motivação para o consumo tem sido uma linha de pesquisa relevante nesse âmbito. Conforme apontam Castro et al. (2019), o comportamento do consumidor analisa os processos pelos quais os indivíduos ou grupos compram, usam ou descartam determinado produto ou serviço.

A compreensão dos valores pessoais aparece como uma perspectiva teórica de análise relevante para identificar os mecanismos que norteiam as decisões dos consumidores, principalmente no que tange à escolha de produtos ou serviços alinhados aos seus objetivos e crenças (Ferreira et al., 2020; Schwartz et al., 2012). Através da Teoria da Cadeia Meios-Fim

(Gutman, 1982), por exemplo, é possível a identificação de atributos que se conectam a estados desejados de valores, orientando o comportamento de consumo (Reynolds; Gutman, 2001; Zafaneli; Troccoli; Scatulino, 2018).

O potencial de utilização dessa perspectiva no âmbito dos serviços da área de saúde, incluindo o tema da aderência a tratamentos médicos, se mostra promissor, principalmente no estudo de aderência a tratamentos médicos. Assim como os consumidores optam por produtos que reforçam sua identidade e possibilitam o alcance de seus valores pessoais, os pacientes tendem a aderir de forma mais consistente a tratamentos que se alinham com suas crenças, necessidades e valores pessoais. Essa conexão se torna, portanto, relevante por conta dos desafios analisados na aderência, nos quais a não continuidade pode ocasionar complicações (Rossi; Klatte; Stewart, 2018). Ao integrar os conceitos de comportamento de consumo – em que os valores pessoais determinam as motivações de decisão e consumo – ao contexto da saúde, pode-se analisar quais fatores influenciam a aderência aos tratamentos médicos.

### **1.1 Problema de pesquisa, objetivo e justificativas**

Na área da saúde, entender como se caracteriza o processo de decisão do paciente, seu comportamento e os aspectos que condicionam sua tomada de decisão são questões fundamentais para a entrega de um bom serviço de saúde (Albuquerque; Neto, 2022). Essa mesma perspectiva de compreensão se faz necessária quando se trata de entender como o paciente age em relação à aderência a tratamentos médicos e o papel dos vários atores envolvidos nesse processo, ressaltando-se o do profissional da área de saúde (Ferreira; Campos, 2023).

No que se refere à percepção de valores, autores como Heisler (2017) enfatizam que a compreensão e o uso de valores pessoais, por parte dos profissionais de saúde, no atendimento e cuidado a pacientes melhora a experiência no tratamento e, de forma mais efetiva, alinha o tratamento com os objetivos determinados. De forma adicional, pacientes que melhor avaliam os profissionais de saúde com relação a uma perspectiva mais centrada no paciente tendem a uma melhor aderência às recomendações do tratamento. Nesse sentido, o papel do profissional de saúde se torna crucial para compreender essas demandas que potencializam esse processo de adesão.

Levando em consideração a relevância da compreensão do processo de decisão do paciente na área da saúde e sua influência na aderência aos tratamentos prescritos, surge o

problema de pesquisa: de que forma os valores pessoais dos pacientes influenciam sua tomada de decisão em relação à aderência aos tratamentos médicos para diabetes tipo 2?

O objetivo geral da pesquisa é identificar, com base na Teoria de Valores Pessoais, as percepções e motivações dos pacientes com relação à aderência a tratamentos médicos para diabetes tipo 2, na perspectiva dos pacientes e dos profissionais de saúde.

Como objetivos específicos, esta pesquisa propõe: (i) identificar, na perspectiva de cada um dos atores (pacientes e profissionais de saúde), os atributos, consequências e valores que guiam o comportamento favorável à aderência ao tratamento do diabetes tipo 2; (ii) estabelecer uma análise comparativa das percepções dos atores (pacientes e profissionais de saúde) com relação aos aspectos que motivam a aderência ao tratamento do diabetes tipo 2; (iii) sugerir, com base na análise comparativa, potenciais ações baseadas em valores pessoais que fomentem a atuação dos profissionais de saúde com o objetivo de maior aderência aos tratamentos do diabetes tipo 2.

A pesquisa também se justifica pelo fato de que a interrupção do tratamento pode levar a complicações graves. Conforme argumentam Rossi, Klatte e Stewart (2018), a não aderência ao tratamento do diabetes pode resultar em sintomas persistentes e agravamento das condições de saúde.

Os dispêndios econômicos aparecem no trabalho de Pereira e Leite (2022), que argumentam que a não aderência pode ocasionar maiores gastos públicos em tratamentos futuros e, principalmente, ao próprio paciente, advindos de complicações.

Gerencialmente, entender os fatores que influenciam a adesão ao tratamento e a qualidade da relação médico-paciente pode melhorar a eficácia dos programas de saúde (Silva; Martins, 2013). Ao identificar barreiras à adesão e estratégias para melhorar a comunicação e o engajamento do paciente, os gestores de saúde podem desenvolver intervenções mais eficazes para promover a adesão e melhorar os resultados de saúde (Bobrow et al., 2016).

Politicamente, a promoção da adesão ao tratamento e uma relação médico-paciente eficaz podem estar alinhadas aos objetivos de saúde pública e políticas de saúde (Santos; Bianco, 2024). Governos e instituições de saúde muitas vezes buscam reduzir as taxas de morbidade e mortalidade, além de melhorar o acesso aos cuidados de saúde (Beawley; Latimer, 2007). Uma melhor adesão ao tratamento e uma relação médico-paciente mais positiva podem contribuir para alcançar esses objetivos, garantindo que os pacientes recebam cuidados adequados e oportunos (World Health Organization, 2003).

Ademais, o trabalho propõe uma contribuição teórica de ampliação do uso da Teoria de Valores Pessoais e da Teoria Meios-Fim no campo da saúde, principalmente no contexto de

aderência a tratamentos médicos. Essa abordagem aparece como relevante ao conectar os atributos percebidos nos tratamentos médicos às consequências experienciadas pelos pacientes e aos valores pessoais que orientam seus comportamentos e decisões. A pesquisa busca elucidar lacunas teóricas e práticas, evidenciando como os valores pessoais influenciam a adesão ao tratamento e contribuindo para o avanço de modelos teóricos que integrem aspectos envolvendo a gestão da saúde.

## **1.2 Estrutura da dissertação**

O projeto está estruturado em seis partes. Após a introdução, que foi apresentada trazendo a contextualização, a identificação do problema de pesquisa, os objetivos e as justificativas da pesquisa, na segunda seção é apresentado o referencial teórico que serve de embasamento para a dissertação, o qual foi dividido em cinco tópicos: (i) Aderência ao tratamento médico; (ii) Diabetes; (iii) Valores; (iv) Teoria Meios-Fim; (v) Revisão da literatura acerca da utilização do marketing em trabalhos na área da saúde. Na quarta seção, são descritos os procedimentos metodológicos que foram utilizados para a realização da pesquisa. Na quinta seção, são elencados os resultados e a discussão, tanto na perspectiva dos pacientes quanto na dos endocrinologistas. A sexta seção encerra a redação desta pesquisa, ao tratar das contribuições, limitações e agenda de estudos futuros. Ao final, as referências bibliográficas e os anexos encerram o documento.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Será apresentada, nesta seção, a fundamentação teórica em que a pesquisa está embasada. Primeiramente, será discutida a aderência ao tratamento médico e os fatores que levam à aderência. Em seguida, é abordado o tema do diabetes, elencando suas características e tipos. Em um terceiro momento, discorre-se sobre os valores pessoais e sua relação com a tomada de decisão. Complementarmente, será tratada a Teoria Meios-Fim, que aborda os atributos, consequências e valores. Por fim, são analisados trabalhos que abordam temáticas do marketing e da aderência médica.

### 2.1 Aderência

O termo aderência caracteriza relacionamentos implícitos entre o paciente, familiares e o médico na condução de tratamentos crônicos (Drotar, 2000). O autor ressalta que o termo se refere ainda à menor ênfase desses atores (paciente e familiares) com relação à obediência às orientações médicas, ressaltando um papel mais ativo desses na tomada de decisões com relação ao tratamento. Segundo Reach (2003), a aderência requer uma atitude ativa, que envolva uma relação colaborativa e voluntária do paciente com um profissional de saúde, levando a modificações no comportamento do primeiro. Ainda de acordo com o autor, dessa forma é possível o cumprimento do tratamento pelo paciente, tendo como pilar um acordo mútuo participativo e o reconhecimento da relevância das ações prescritas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003), a aderência refere-se ao ato do paciente de tomar medicações, obedecer à dieta e buscar hábitos saudáveis conforme foi prescrito pelo profissional da área da saúde, ou seja, é o indivíduo adotar ou não as recomendações (Leite; Vasconcelos, 2003). Conforme apontam Trachtenberg et al. (2014), a aderência é um sistema multifatorial complexo, que está relacionado com aspectos individuais, psicossociais e ambientais.

Essa mesma perspectiva de compreensão se faz necessária quando se trata de entender como o paciente age com relação à aderência a tratamentos médicos e o papel dos vários atores envolvidos nesse processo, ressaltando-se o do profissional da área de saúde. Como exemplo da importância da compreensão desses determinantes envolvidos no processo de aderência a tratamentos de saúde, a pesquisa de Oliveira e Gomes (2004), estudando adolescentes com doenças crônicas, ressalta a qualidade da comunicação como determinante na qualidade da adesão ao tratamento. A comunicação adequada inicial entre médico e familiares, o aumento do

vínculo entre familiares e enfermo, e a elevação do paciente à condição de comunicante são fatores determinantes nesse sentido.

Gruber e Frugone (2011), estudando as qualidades e comportamentos de profissionais que trabalham em hospitais em encontros médico-paciente de serviços de recuperação, reforçam a importância de características profissionais como competência, simpatia e empatia como determinantes da construção da confiança nesses grupos. Tais aspectos reforçam o consequente alcance de valores como saúde, bem-estar, pertencimento, realização e autorrealização por parte dos pacientes, sendo também determinantes para a continuidade do tratamento.

Cowes e Landini (2018) identificaram perfis diferentes de aderência ao tratamento de controle pré-natal, quando considerado o perfil de interação médico-paciente e como o profissional de saúde caracterizava a representação dos pacientes. Observa-se que a percepção dos pacientes como obedientes e responsáveis, em oposição a uma percepção desses como ignorantes e desinteressados, permitiu um maior diálogo e consequente resultado mais positivo na aderência ao tratamento, frente a um claro interesse em conhecer o contexto de vida das mulheres atendidas.

Estudando os fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus na região de Belo Horizonte-MG, Assunção e Ursine (2008) identificaram as variáveis “motivação com o tratamento” e “fazer parte de um grupo diabético” como estatisticamente significativas. O estudo, no entanto, não aponta quais aspectos envolvem essa motivação e a participação em um grupo de apoio, e como esses se manifestam na relação médico-paciente.

Na literatura, também é frequentemente classificada a aderência em não intencional e intencional. Essa divisão também é relevante para a definição de estratégias para ultrapassar a não aderência. A não aderência não intencional acontece quando o paciente, mesmo com a intenção de tomar a medicação prescrita, é impedido de fazê-lo (Gonçalves; Lopes, 2010). Já a não aderência intencional acontece quando o paciente decide não fazer uso da medicação ou tomá-la de forma diferente da recomendada (Monsteschi; Vedana; Miasso, 2010).

De acordo com Conrad (1985), a não aderência ao tratamento pode ocorrer por diversos fatores. Para o autor, há uma tendência dos indivíduos e seus familiares de avaliarem o medicamento por meio de conhecimento popular, o que pode comprometer a adesão. Além disso, pode ocorrer uma incompatibilidade do paciente com o regime terapêutico por conta do contexto no qual está inserido. Também há questões educacionais, já que é necessário o fornecimento de informações que auxiliem na cooperação do paciente.

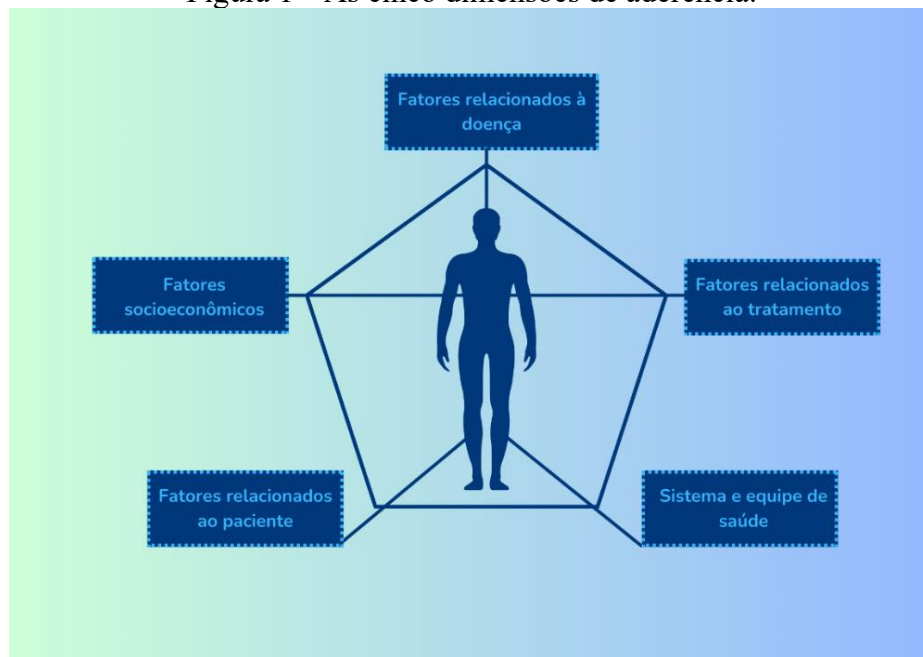
Outros estudos também se empenharam em identificar indicadores determinantes da não adesão ao tratamento, abordando questões sociais, econômicas, culturais e psicológicas, além do vínculo estabelecido entre o paciente e a equipe de saúde (Pontieri; Bachion, 2010). Ferreira e Campos (2023) ressaltaram a complexidade dessa problemática, relacionando-a a uma série de fatores, incluindo características individuais do paciente, da doença, crenças, hábitos de vida, aspectos do tratamento e da instituição de saúde. Maldaner et al. (2008), por sua vez, identificaram nove fatores que influenciam a adesão ou não ao tratamento, como confiança na equipe de saúde, redes de apoio e complexidade do esquema terapêutico.

Para a OMS (2003), a adesão é considerada um fenômeno determinado pela junção de dimensões. Estas servem como base de análise para a criação de estratégias que auxiliem no processo de adesão. As cinco dimensões serão elencadas abaixo:

- a) **Fatores relacionados ao paciente:** ausência de entusiasmo, busca por independência, desejo de resultados a curtíssimo prazo.
- b) **Fatores relacionados à doença:** em muito dos casos, há alterações na rotina do indivíduo ocasionadas pela doença. A ausência no âmbito laboral também pode ocorrer.
- c) **Sistema de saúde e equipe:** as estratégias que os sistemas de saúde aderem interferem na adesão, como por exemplo, questões burocráticas por vezes encontradas. É necessário também uma equipe multifuncional para atender as demandas dos pacientes.
- d) **Fatores relacionados ao tratamento:** sabor e textura dos medicamentos pode ser um problema para alguns pacientes, efeitos colaterais. Além disso, tratamentos que necessitam acompanhamento diário, pode ocasionar conflitos no cotidiano do indivíduo.
- e) **Fatores socioeconômicos:** por conta do alto custo de alguns medicamentos, pacientes têm dificuldade em adquiri-lo. Neste tópico também destaca a dificuldade do paciente em locomoção para ir ao centro de saúde.

Um aparato geral das cinco dimensões é apresentado na Figura 1.

Figura 1 – As cinco dimensões de aderência.



Fonte: Adaptado de OMS (2003).

Através da Figura 1, é vista a complexidade da adesão ao tratamento em saúde. Essas dimensões oferecem uma estrutura abrangente para análise e desenvolvimento de estratégias de intervenção, assim como auxiliam, na literatura, no entendimento da não aderência. Ao considerar essas dimensões, é evidente que promover a adesão ao tratamento requer uma abordagem holística e multifacetada (Magalhães Filho et al., 2023). Isso inclui não apenas o fornecimento de cuidados de saúde de qualidade, mas também a consideração dos desafios individuais enfrentados pelos pacientes, como dificuldades financeiras (Coral, 2021), acesso limitado aos serviços de saúde (Pereira et al., 2021) e impactos do tratamento em sua vida diária (Silva, 2023).

## 2.2 Diabetes

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como no caso de doenças pulmonares e cardiovasculares, asma e diabetes mellitus, são consideradas uma causa de morbidade e mortalidade relevantes globalmente (Costa et al, 2021). Conforme aponta a Organização Mundial da Saúde (2014), o impacto socioeconômico das DCNT influencia negativamente as metas propostas pela ONU, atingindo principalmente países em desenvolvimento. No Brasil, a obesidade aparece para como a causa principal do aumento das DCNT (Duncan et al, 2012). As doenças crônicas não transmissíveis têm como características o surgimento incerto, variados

fatores de risco, uma origem não infecciosa e estão relacionadas a deficiências funcionais (Sampaio et al., 2015).

No âmbito dessas doenças, o diabetes mellitus (DM) tipo 2 aparece como um destaque e corresponde a 90% dos casos de diabetes (International Diabetes Federation, 2015). Por conta da alta prevalência e das comorbidades, o diabetes aparece como um grave problema de saúde pública e com custos elevados e impactos relevantes no dia a dia dos indivíduos (Maeyama, 2020).

Vem sendo discutido, nos últimos anos, um entendimento que vai além da escolarização formal, que envolve o letramento em saúde da população. Mesmo o indivíduo tendo uma boa instrução formal, pode não compreender as orientações sobre a doença (Sampaio, 2015). A falta de letramento em saúde envolve variadas doenças crônicas como diabetes, câncer e doenças cardiovasculares, aparecendo assim, a importância de estratégias para uma maior eficácia na comunicação em saúde (Schilinger et al., 2002).

O diabetes mellitus (DM) corresponde a um grupo de doenças metabólicas que tem como característica a hiperglicemia persistente vindo de defeitos tanto de secreção quanto de ação insulínica. O DM está relacionado com complicações crônicas que influenciam no funcionamento de órgãos como coração, olhos, rins, dentre outro (Silva et al., 2020). Essa condição, além de ser uma das causas principais de morbimortalidade no mundo, também aparece com significativo impacto econômico pelo aumento da prestação de serviços de saúde, diminuição da produtividade e cuidados a longo prazo que envolvem as complicações crônicas, como por exemplo a retinopatia, neuropatia e insuficiência renal (Maeyama et al, 2020).

De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, estima-se que 425 milhões de indivíduos viviam com diabetes em 2017, com projeções aumento para 629 milhões em 2045. No âmbito sociodemográfico, a maior parte dos adultos com a doença com idade entre 40 e 59 anos viviam em países em desenvolvimento.

Para a International Diabetes Federation (2015), o diabetes mellitus é considerado uma das principais doenças crônicas do mundo, ocupando o nono lugar entre as doenças principais que causam a diminuição dos anos de vida saudáveis. Ademias, de acordo com a Associação Americana de Diabetes, está categorizado entre diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e secundário a outras patologias. Mesmo apresentando diversas categorias, a característica fundamental do DM é a manutenção da glicemia.

O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) tem como característica a destruição autoimune das células  $\beta$ , tendo como consequência a deficiência absoluta de insulina (Dimeglio; Evans Molina; Oram, 2018). Essa categoria representa de 5% a 10% de todos os casos de DM. Mesmo

não sendo considerado prevenível, o desenvolvimento de estudos vem buscando estratégia de prevenção ou reversão da doença. E o tratamento consiste na reposição insulínica, fundamental para o controle glicêmico e a prevenção de comorbidades.

Por outro lado, o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) corresponde a 90% dos casos, estando relacionado a fatores como sedentarismo, obesidade e condições econômicas desfavoráveis. Esse tipo é resistente à ação da insulina e pode possuir uma deficiência relativa a esta. Por conta de não apresentar geralmente sintomas agudos inicialmente, muitos diagnósticos demoram para aparecer e geralmente aparecem por conta de doenças renais e cardiovasculares. Diferentemente do DM1, o DM2 é considerado prevenível através de modificações de estilo de vida do paciente, como por exemplo, a prática de exercícios físicos, uma alimentação regrada e uma equipe multidisciplinar para o amparo no tratamento (Flor; Campos, 2017).

Uma outra categoria é o diabetes na gravidez, onde ocorre a deficiência ou diminuição da efetividade da insulina. Mesmo que possa desaparecer após o parto, mulheres com esse tipo de diabetes necessita de um acompanhamento contínuo para o não desenvolvimento do DM2 (Perivolaris et al., 2021).

Além das categorias apontadas anteriormente, ainda existem estados metabólicos intermediários, como a glicemia em jejum alterada, à tolerância reduzida à glicose e alta hemoglobina glicada (que pode ser classificada como pré-diabetes). A persistência da hiperglicemia está relacionada a complicações vasculares, diminuindo a qualidade de vida e aumentando morbimortalidade.

Independente da categoria, pacientes com diabetes mellitus precisam de um autocuidado com tratamentos complexos e comportamentos de saúde que favoreçam no controle da doença (Sampaio et al., 2015). Segundo Péres et al (2006), o cuidado com o corpo, por diversas vezes, somente ocorre quando os sintomas começam a aparecer dificultando o cotidiano do indivíduo. E, por conta dessa falta de sintomas, faz com que os familiares não prestem o apoio necessário para a doença (Mercado Martínez, 1992).

Quando não ocorre o tratamento da doença, pode aparecer várias complicações crônicas e agudas, como destacam-se a retinopatia diabética, o pé diabético e as amputações (Harding et al., 2019). Pelo fato da alta carga de morbimortalidade e o aumento de casos, torna-se uma questão prioritária de saúde pública, exigindo uma detecção rápida, tratamento correto e estratégias de prevenção. Além disso, Oliveira, Montenegro Júnior e Vencio (2017), argumentam que as internações por DM possuem um valor alto, principalmente em pacientes com complicações.

### 2.2.1. Diabetes tipo 2

O diabetes mellitus tipo 2 é considerada uma doença metabólica complexa, relacionada a variados fatores de risco, entre eles os não modificáveis (histórico familiar e idade avançada) e os modificáveis que são o foco do tratamento. Esses últimos envolvem obesidade, hábitos inadequados, tabagismo, sedentarismo e estresse (Oliveira et al., 2006).

Mesmo que o DM2 apareça normalmente como uma condição que acometa adultos a partir dos 40 anos, vem sendo observado um aumento em casos de pessoas mais jovens. Essa ocorrência está relacionada com o excesso de peso, resistência à insulina e histórico familiar (Arsa et al., 2009). Nos adultos, a doença apresenta-se obesidade, disfunção endotelial e hipertensão arterial sistêmica, podendo levar ao óbito. Além disso, os indivíduos ficam com sede excessiva, dores na perna e alterações na visão, por exemplo.

O número de indivíduos diagnosticados com DM2 vem aumentando (Lovic et al., 2020). De acordo com a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (2009), cerca de 6% da população com idades entre 30 e 79 anos de seus países membros tinham diabetes, por volta de 83 milhões de pessoas. Segundo Guariguata (2014), em 2013 houve uma estimativa que 318,8 milhões de indivíduos em 219 países conviviam com a doença e havendo um aumento para 642 milhões para 2040 (Ogurtsova et al., 2017).

Os custos envolvendo internações por diabetes aumentaram no Brasil entre 2011 e 2019. Foram registradas 1.239.574 internações, isso corresponde 1,2% das internações realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com um gasto total de US\$420 mil dólares (Costa et al., 2024). Conforme apresentam Flor e Campos (2017), o controle de fatores de riscos envolvendo o DM2, através de medidas de promoção de saúde, além de contribuir para a diminuição da incidência e de complicações, auxilia na mitigação de custos no sistema de saúde.

A prática de exercícios físicos aparece como benéfica na parte de musculatura esquelética, levando a uma utilização mais eficiente de energia pelo organismo. Segundo Oliveira et al (2006), o aumento de atividade física diminui o risco de desenvolvimento de diabetes. Ademais, controle da doença pode ser obtido através de uma abordagem integrada que envolve uma dieta com baixo nível glicêmico, a prática de exercícios e o uso de medicamentos.

## 2.3 Valores pessoais

A noção de valores pessoais transpassa variados âmbitos do conhecimento, o que reflete na complexidade e na relevância desses construtos para o entendimento do comportamento

humano (Iwai, 2016). Na área da Sociologia são investigados ideologias e costumes (Ferreira; Bassotto; Castro Junior, 2020), a Psicologia analisa as atitudes e motivações (Bandeira; Amorim; Oliveira, 2020) e, na área da Antropologia, são analisados costumes e estilo de vida (Lawrence-Zúñiga, 2020). Para Vinson, Scott e Lamont (1977), a análise sociocultural dos valores permite a compreensão de como as pessoas orientam suas escolhas e comportamentos em contextos distintos. Ademais, Rokeach (1973) defende que os valores precisam ocupar um lugar de destaque nas ciências sociais, o que possibilita unificar interesses semelhantes de variadas ciências.

Na literatura, os valores são compreendidos como estruturas cognitivas que passam significado à realidade e norteiam a seleção de objetivos significativos (Eccles; Wigfield, 2002; Sagiv; Schwartz, 2012). Para Camfield, Von Borell e Rodrigues (2018), os valores pessoais agem como princípios orientadores na vida dos indivíduos, motivando e apontando direcionamentos em suas decisões. Essas crenças que permeiam comportamentos desejáveis são sistematizadas em grau de importância relativa (Rokeach, 1973). Apesar de os estudos sobre valores remontarem às primeiras décadas do século XX, foi a partir das pesquisas de Rokeach (1973) que o tema obteve maior atenção, aumentando o número de investigações.

Conforme apresentam Añaña e Nique (2008), mesmo que existam diversas conceituações para o valor, de uma forma geral, todas essas possuem características semelhantes: (i) os valores são conceitos ou crenças; (ii) envolvem comportamentos ou estados finais que são desejáveis; (iii) ultrapassam contextos específicos; (iv) norteiam a seleção ou análise de comportamentos; e (v) apresentam uma hierarquia no grau de relevância.

Vinson et al. (1977) apontam que os valores auxiliam na identificação de transformações nas percepções do consumidor e também nas expectativas quanto à tomada de decisão e ao grau de relevância de aspectos que envolvem um produto ou serviço. Kassarian (1971) argumenta que os valores pessoais auxiliam no entendimento da personalidade do indivíduo, bem como na formação de sua identidade.

A influência dos valores pessoais acerca da relação de consumo pode ocorrer tanto de forma direta quanto indireta (Rust; Zeithaml; Lemon, 2001). O entendimento desses valores fornece subsídios que contribuem para a avaliação das relações dos consumidores com um produto ou serviço (Gentile; Spiller; Noci, 2007).

Conforme apresenta Scharf (2011), os valores culturais e sociais e as expectativas sobre estes são cruciais na elaboração das percepções dos consumidores. Para Vilas Boas et al. (2006), os indivíduos estão mais suscetíveis a optar por produtos e serviços que possuam valores

semelhantes aos seus, mostrando que a tomada de decisão é realizada com base em diversos valores sociais aos quais os indivíduos estão submetidos.

### **2.3.1 Valores na concepção de Rokeach**

Rokeach (1968) é considerado um dos primeiros autores a trabalhar a definição de valor no âmbito acadêmico, aparecendo como um componente motivacional e cognitivo que está intrínseco no indivíduo. A influência dos valores pessoais sobre o comportamento humano pode ser analisada a partir de diversos contextos, como valor de marcas, comportamento a favor do meio ambiente, participação em comunidade de marcas; entretanto, ainda há lacunas de pesquisas na área (Schiffman et al., 2003).

Em sua obra, Rokeach (1973) propôs quatro aspectos relevantes no que tange à natureza dos valores humanos: (i) o número de valores de cada indivíduo é considerado pequeno; (ii) mesmo todas as pessoas possuindo valores, o grau de importância varia para cada uma delas; (iii) os sistemas de valores são os responsáveis por realizar a organização dos valores; (iv) os valores humanos antecessores estão relacionados à sociedade, cultura, personalidade e instituições.

### **2.3.2 Valores pessoais e sociais**

Os valores podem ser divididos em pessoais ou sociais. Rokeach (1973) argumenta que os valores são estados-fim da vida e envolvem as metas pelas quais as pessoas vivem. Segundo Leão, Mello e Souza Neto (2007), os valores sociais têm um foco considerado mais sociológico, advindo de crenças compartilhadas entre determinada sociedade e que permitem a identificação de um grupo de pessoas. Os valores pessoais têm uma perspectiva voltada à Psicologia e definem como normal, para a pessoa, um comportamento aceito pela sociedade, o que se torna um fator determinante para o comportamento individual (Almeida et al., 2010). Esses valores também auxiliam na adaptação social, assim como na escolha, por parte do indivíduo, dos valores que são importantes em sua vida (Gondim, 2010).

Os valores pessoais são considerados crenças intrínsecas e de longo prazo, que normalmente são estáveis no cotidiano do indivíduo (Lengler; Estivalet, 2021). As crenças correspondem a representações mentais de que os indivíduos necessitam e são aplicadas por eles como forma de resolução de conflitos e na tomada de decisão, uma vez que determinam, regulam e modificam o envolvimento dos indivíduos perante os outros, como em empresas e

sociedades. Esses valores auxiliam no entendimento do motivo pelo qual os consumidores tomam decisões distintas (Woodruff, 1997).

### 2.3.3 Valores terminais e instrumentais

Rokeach (1973) aponta que as pessoas têm dois sistemas de valores: o terminal e o instrumental. Com base em seus trabalhos, desenvolveu o Rokeach Value Survey (RVS), com o intuito de identificar a importância de cada valor na vida do indivíduo. O autor propôs uma lista com 18 valores terminais, que envolvem os objetivos de vida almejados, e 18 valores instrumentais, que correspondem à forma de viver desejada. Esses valores foram hierarquizados de acordo com o grau de importância atribuído pelas pessoas.

Segundo Gervazio (2016), os valores instrumentais envolvem comportamentos que auxiliam na busca por valores terminais e estão associados às formas de conduta ou de comportamento, como, por exemplo, ser animado, independente, corajoso e honesto. Por sua vez, os valores terminais são os estados de ser desejados ou estados psicológicos considerados mais amplos, envolvendo aqueles estados finais almejados de existência, podendo-se citar a felicidade, a igualdade e o autorrespeito (Tamayo; Porto, 2019). A lista completa de valores é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Lista de Valores de Rokeach.

<b>Terminal (Estados finais desejáveis)</b>	<b>Instrumental (Modo de conduta)</b>
1- Uma vida confortável (prosperidade)	1- Ambicioso (aspirações para o sucesso)
2- Uma vida excitante (vida ativa)	2- Mental aberta (liberal)
3- Um sentimento de realização (contribuição de longo prazo)	3- Capaz (preza pela eficiência)
4- Um mundo em paz (mundo sem conflitos)	4- Alegre (divertido)
5- Um mundo de beleza (belezas naturais)	5- Limpo (organizado)
6- Igualdade (oportunidades iguais para todos)	6- Corajoso (sabe argumentar para expor suas opiniões)
7- Segurança familiar (cuidado com as pessoas que ama)	7- Magnânimo (perdoa as pessoas)
8- Liberdade (independência)	8- Prestativo (preocupado com o bem-estar das pessoas)
9- Felicidade (satisfação)	9- Honesto (verdadeiro)
10- Harmonia interior (sem conflitos internos)	10- Imaginativo (criativo)
11- Amor maduro (intimidade tanto sexual quanto espiritual)	11- Independente (autoconfiante)
12- Segurança nacional (proteção contra guerras e ataques)	12- Intelectual (inteligente)

13- Prazer (vida agradável)	13- Lógico (racional)
14- Salvação (vida eterna)	14- Amoroso (carinhoso)
15- Autorrespeito (autoestima)	15- Obediente (respeitoso)
16- Prestígio social (admiração, respeito)	16- Educado (cordial)
17- Amizades verdadeiras (relação de companheirismo)	17- Responsável (confiável)
18- Sabedoria (entendimento robusto acerca da vida)	18- Autocontrolado (moderado)

Fonte: Adaptado de Rokeach (1973).

### 2.3.4 Teoria de Valores de Schwartz

A teoria de valores criada por Schwartz (1992) é considerada relevante para o entendimento dos princípios norteadores no cotidiano das pessoas. Na década de 1980, Schwartz e Bilsky (1987), utilizando-se dessa teoria, propuseram que os valores humanos fundamentais advêm de um trio de necessidades primárias: biológicas, de interação coordenada e de funcionamento e manutenção de grupos, levando em consideração fatores individuais e sociais para a composição de valores.

Com base nos aspectos acima, Schwartz propôs uma estrutura formada por dez valores pessoais universais: Poder, Realização, Hedonismo, Estimulação, Autodeterminação, Universalismo, Benevolência, Tradição, Conformidade e Segurança (Sagiv; Schwartz, 2000). O sistema está esquematizado de forma circular, envolvendo relações de conflitos e de concordância, sendo distribuído em quatro dimensões: Autopromoção, Conservação, Autotranscendência e Abertura à Mudança (Almeida; Sobral, 2009). A proximidade dos valores dentro do esquema aponta o nível de concordância da motivação que está ao lado (Schwartz, 1992). Os valores propostos por Schwartz são apresentados na Figura 2.



A evolução da teoria de valores possui contribuições relevantes para variados âmbitos (Braz; Athayde, 2023). Os valores pessoais influenciam a tomada de decisão dos indivíduos, relacionando-se com suas preferências (Torres; Schwartz; Nascimento, 2016). Entender como a motivação funciona é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de marketing eficazes, bem como para atender às necessidades dos consumidores (Schwartz, 2017).

A perspectiva teórica de Schwartz (2017) foi adotada como a estrutura teórica de valores, a fim de responder ao problema de pesquisa e aos objetivos propostos nesta dissertação. Essa escolha justifica-se pela sua capacidade de capturar um espectro amplo das motivações, organizando-as em um modelo estrutural que possibilita entender as relações de variados valores. Particularmente, o refinamento da teoria e a subdivisão de valores universais ampliam o poder explicativo dessa abordagem, tornando-a adequada neste estudo.

#### **2.4 Teoria da Cadeia Meios-Fim (MEC)**

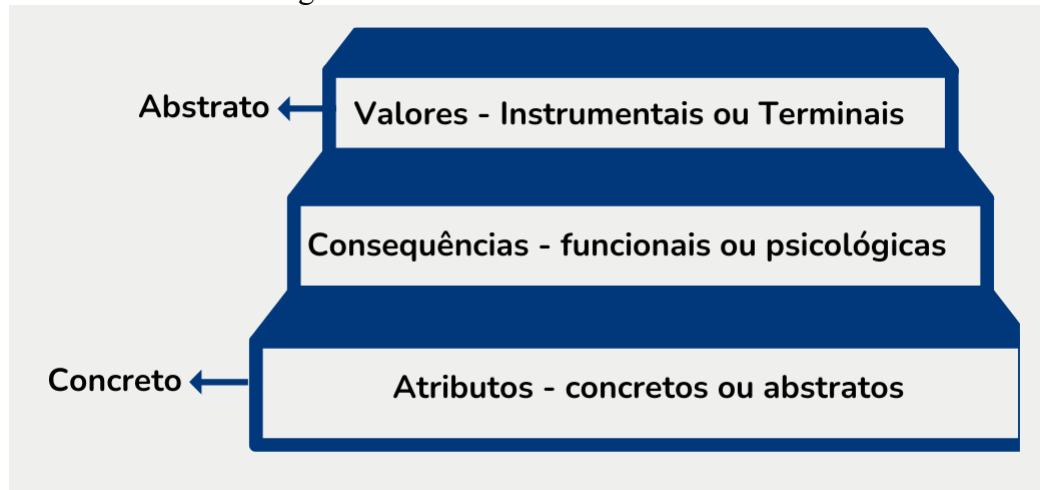
Após ser reconhecida a importância, juntamente com sua influência, os valores acerca do comportamento do indivíduo propiciaram o interesse de pesquisadores na área de marketing, como no caso de Gutman (1982). Os estudiosos buscaram encontrar um modelo que fosse capaz de apresentar a conexão entre os valores dos indivíduos e seu comportamento. Segundo Gutman (1982), ao se estabelecer a relação entre o comportamento do consumidor e seus valores, seria possível obter melhorias no marketing e, também, na elaboração de estratégias. A Teoria Meios-Fim possui uma estrutura que define um processo de cima para baixo, advindo da avaliação tanto de produtos quanto de serviços, já que os valores de nível superior dão sentido e importância aos atributos – que são considerados de nível mais baixo (Reynolds, 1988).

A cadeia meios-fim tem a função de propor uma ligação entre os atributos de um produto e as necessidades dos consumidores, que buscam os benefícios e o atingimento dos valores (Vriens; Hofstede, 2000). Segundo os mesmos autores, o objetivo central da análise da Teoria da Cadeia Meios-Fim está no entendimento sobre as escolhas dos consumidores quanto aos produtos ou serviços. Para Zanoli e Naspetti (2001), a cadeia meios-fim é considerada uma estrutura que promove ligações entre o conhecimento pertencente aos consumidores acerca dos atributos de determinado produto ou serviço e o conhecimento pessoal, abrangendo as consequências e os valores.

Segundo Gutman (1982), a MEC está fundamentada em algumas pressuposições consideradas essenciais: (i) os valores desempenham papel de predominância no que diz respeito à orientação dos padrões de escolha; (ii) os indivíduos conseguem perceber, julgar e

avaliar um arcabouço de produtos de acordo com seus valores, agrupando-os em classes a fim de diminuir o processo complexo da tomada de decisão; (iii) os consumidores são orientados pelas percepções que possuem acerca das consequências de suas ações; (iv) os consumidores conseguem aprender, ao longo de sua trajetória, a propor relações envolvendo os atributos, as consequências e os seus valores, como é descrito na Figura 4.

Figura 4 – Níveis da Cadeia Meios-Fim.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Walker e Olson (1991) apontam a importância de uma estrutura que possibilite a captação das motivações dos consumidores, assim como de suas percepções sobre determinado produto ou serviço. Por conta disso, a Teoria da Cadeia Meios-Fim aparece como uma ferramenta que analisa questões psicológicas, sociais e cognitivas no que tange à tomada de decisão dos indivíduos.

Reynolds e Olson (2001) comentam sobre a relevância pessoal como suporte para a tomada de decisão do consumidor, e a Teoria Meios-Fim se destaca por conta da capacidade de abranger essa relevância, analisando como os consumidores decidem por um produto a fim de satisfazer suas necessidades.

A MEC está fundamentada nas premissas da psicologia cognitiva (Grunert; Grunert; Sørensen, 1995). A teoria foi criada por Gutman (1982), que apontou duas premissas: (i) os valores pessoais guiam as escolhas, além de representarem estados finais desejáveis dos consumidores; (ii) os produtos e serviços possuem diversos aspectos motivadores que satisfazem os valores, facilitando a tomada de decisão (Gutman, 1987).

A Teoria da Cadeia Meios-Fim pode ser aplicada em pesquisas de marketing que têm como objetivo identificar os atributos de produtos e serviços que podem satisfazer os valores

personais dos consumidores (Campos; Bacelar; Vilas Boas, 2022). Para Cardoso Sobrinho et al. (2010), a abordagem possibilita o entendimento da estrutura cognitiva dos consumidores, revelando os motivos da compra.

Segundo Gutman (1982), a fundamentação teórica da abordagem está associada ao aspecto de que os consumidores relacionam consequências específicas a ações específicas, gerando significados individuais aos produtos e serviços. Ademais, para Olson e Reynolds (2001), a MEC dispõe de uma estrutura conceitual que permite o entendimento das decisões dos consumidores na tomada de decisão, além de uma metodologia para a identificação desses fatores. As características de escolha dos indivíduos aparecem na MEC como consequências que estão ligadas a diferentes níveis de abstração.

O princípio básico da MEC é que, ao obter um produto ou serviço, o indivíduo está tentando atingir um valor que, para ele, é importante. Por conta disso, existe uma relação entre os meios que ele procura e o fim que deseja alcançar (Gutman, 1982). Como a ideia essencial da teoria meios-fim é de que todos os produtos possuem atributos que levam a benefícios e valores, seu objetivo é sequenciar atributos, consequências e valores.

Para Vilas Boas et al. (2006), o conhecimento do indivíduo em relação ao produto ou serviço, assim como seu autoconhecimento acerca do sistema de valores, emerge da associação entre atributos, consequências e valores, que são hierarquizados na MEC. Entretanto, essa perspectiva necessita de uma metodologia que possibilite a identificação do escalonamento hierárquico das motivações de consumo, que se inicia no conhecimento sobre um produto ou serviço e avança em direção aos níveis de abstração do consumidor. Nessa linha, a laddering aparece como um método considerado adequado e alinhado à cadeia meios-fim, já que a entrevista em profundidade permite a obtenção de elos entre os elementos presentes na hierarquia entre atributos, consequências e valores (Ikeda, 2014).

#### **2.4.1 Atributos (A)**

Os atributos correspondem à parte considerada mais tangível da Teoria Meios-Fim, já que são os aspectos do produto ou serviço. É por meio destes que aparecerão, nos outros níveis, as consequências desejadas pelos consumidores para que se alcance o estado de valorização pessoal. Também são construtos físicos e psicológicos pelos quais os indivíduos conseguem descrever e distinguir produtos (Vallete-Florence; Rapacchi, 1991).

Este nível da cadeia está relacionado às características dos produtos e serviços que podem ser demandados por consumidores. Os atributos podem ser de dois níveis: abstratos,

como, por exemplo, a boa qualidade; e concretos, como a cor (Botschen et al., 1999). Ainda de acordo com os mesmos autores, os indivíduos esperam consequências de um produto ou serviço. Para estes, os clientes não buscam os atributos, mas sim a solução de um gargalo que ocorre na combinação dos atributos.

Segundo Bech-Larsen e Nielsen (1999), a relevância do atributo envolve o esforço cognitivo realizado na abstração do atributo. Os autores apontam que existem diversas teorias sobre o comportamento do consumidor que argumentam que a decisão de compra está relacionada à comparação de atributos de alguma classe de produto.

A importância dos atributos se evidencia também na realização da entrevista *laddering*, já que o processo de identificação dos valores pessoais dos consumidores, envolvendo a cadeia meios-fim, pode ser prejudicado caso o atributo não seja coletado de forma adequada (Reynolds; Gutman, 1988).

#### **2.4.2 Consequências (C)**

As consequências estão relacionadas aos benefícios ou malefícios que os atributos podem ocasionar, tanto em nível funcional quanto psicossocial (Hofstede; Audenaert; Steenkamp; Wedel, 1998; Olson; Reynolds, 1983). Dentre as categorias de consequências, duas são destacadas: (i) funcionais – advêm da capacidade de um produto ou serviço realizar fins com utilidade; (ii) psicológicas – originam-se a partir da capacidade de um produto ou serviço satisfazer metas intrínsecas relevantes, semelhante ao entendimento de valorização simbólica (Veludo-de-Oliveira; Ikeda, 2006). Ademais, as consequências funcionais influenciam diretamente o consumo, enquanto as psicológicas são produzidas a partir das consequências funcionais (Valette-Florence; Rapacchi, 1991).

Segundo Gutman (1982), as consequências também podem ser divididas em diretas ou indiretas. O autor apresenta um exemplo para elucidar essa diferenciação por meio de um vestido. Na compra, existe uma consequência direta, que faz com que o indivíduo se sinta com uma autoestima melhor, e as pessoas irão reagir de maneira mais favorável, levando a uma consequência indireta.

#### **2.4.3 Valores (V)**

Os valores são considerados um conjunto de princípios ou crenças que envolvem metas ou estados finais almejados, que transcendem contextos determinados, orientando a avaliação

de comportamentos ou eventos, levando em conta a importância relativa (Schwartz; Bilsky, 1987).

Para Gardial e Woodruff (1996), esse terceiro nível envolve a percepção do cliente no que tange ao grau em que o uso de um produto ou serviço possibilita a realização de alguma meta desejada, levando em consideração que há duas formas: (i) valores terminais, que tratam do estado de existência, como, por exemplo, a felicidade; (ii) valores instrumentais, que correspondem aos meios pelos quais se atingem os valores terminais, como no caso do zelo pela família (Rokeach, 1973).

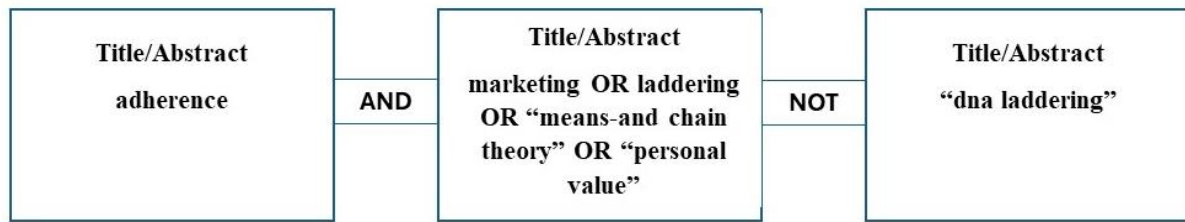
De acordo com Gutman (1982), os valores do consumidor atribuem relevância às consequências. O indivíduo é induzido a considerar as consequências de acordo com as demandas dos contextos. A relação pessoa-situação ocasiona consequências importantes, que podem ser geradas a partir de uma categoria funcional de produtos ou serviços. Os produtos serão escolhidos com base em seus atributos, assim como em sua capacidade de oferecer as consequências almejadas.

## **2.5 Revisão da literatura acerca da utilização do marketing em estudos de aderência**

Para a análise da literatura acerca do uso do marketing em pesquisas de aderência, foi necessário realizar um levantamento bibliométrico. Para alcançar o que foi proposto, foram seguidas quatro etapas propostas por Prado et al. (2016) para delimitar o campo de análise: (i) operacionalização da pesquisa e procedimentos de busca; (ii) procedimento de seleção, adequação e organização dos dados; (iii) análise da frente de pesquisa; (iv) análise da base intelectual.

### **2.5.1 Operacionalização da pesquisa e procedimentos de busca**

Na escolha da fonte de dados, optou-se pela coleção do PubMed. A decisão por essa plataforma levou em consideração critérios como, por exemplo, a confiabilidade e a relevância da base para encontrar estudos envolvendo a área da saúde (Puccini et al., 2012). Serão considerados todos os trabalhos publicados no PubMed. Algumas *strings* foram criadas para o refinamento das buscas. Estas são apresentadas na Figura 5 a seguir.

Figura 5 - *Strings* de busca.

Elaborada pela autora (2024).

### 2.5.2 Procedimento de seleção

Após as *strings* serem aplicadas em maio de 2024, a busca retornou 119 documentos. Foi aplicado um filtro em relação ao tipo de documento: a pesquisa foi limitada a artigos e artigos de revisão. Após essa filtragem, 16 textos foram excluídos. Foi realizada a leitura dos 103 resumos presentes nesses documentos, a fim de analisar se todos estavam alinhados com a temática estudada. Ao final da leitura, restaram 21 artigos que, de acordo com os critérios, foram considerados elegíveis para compor o corpus da presente pesquisa.

### 2.5.3 Análise da produção científica

A análise de dados ocorreu por meio do software Microsoft Excel®, que foi utilizado para a organização e sistematização dos documentos. A seguir, o corpus da pesquisa será apresentado em três categorias: (i) a importância da conscientização; (ii) oportunidades de marketing; (iii) consumo de medicamentos.

#### *A importância da conscientização*

Na categoria importância da conscientização, é encontrada uma grande parcela de trabalhos que tratam da conscientização. Cugelman et al. (2011) buscaram as características do design de intervenções online, a fim de apresentarem o desenvolvimento de campanhas online, como as utilizadas por profissionais de marketing social, que procuram incentivar a mudança voluntária de comportamentos de saúde, além de aumentar a compreensão das relações entre adesão à intervenção, adesão ao estudo e resultados comportamentais.

Contribuindo para essa temática, Beawley e Latimer (2007) analisam como as diretrizes de atividade física para canadenses são elaboradas e divulgadas. Estas são criadas com o objetivo de reduzir o risco de morbidade e mortalidade, caso ocorra a adesão dos indivíduos.

As autoras salientam que essas mensagens devem ser divulgadas ao público por meio de uma campanha de marketing social eficiente, cuidadosamente planejada e minuciosamente avaliada.

Outro artigo que dialoga com os anteriores é o de Lichtenstein et al. (2021), que apresentaram a relevância dos padrões alimentares para além dos alimentos, assim como os padrões alimentares saudáveis para auxiliar o sistema cardiovascular. Argumentaram também que seria de responsabilidade empresarial e governamental a estimulação de campanhas que apresentassem a importância da adesão a padrões alimentares saudáveis.

Kudrati, Hayashi e Taggart (2021) realizaram uma revisão da literatura que apresenta e avalia o uso de mídias sociais e/ou campanhas de comunicação específicas para aumentar a conscientização sobre a profilaxia pré-exposição entre jovens negros e latinos que têm relação sexual com homens e mulheres. Um trabalho semelhante foi desenvolvido por Haire (2015), que buscou analisar as percepções de pessoas acerca da implementação da profilaxia pré-exposição (PrEP) como estratégia para prevenir novas infecções pelo HIV. É sugerido que o marketing social corrija os estigmas relacionados à PrEP por meio de campanhas de promoção da saúde dirigidas a médicos, comunidades afetadas pelo HIV e pessoas com alto risco de contrair o vírus, que possam se beneficiar do acesso à PrEP.

Dialogando com essa linha de pesquisa, Sevelius, Alemão e Grant (2016) analisaram a literatura para descrever o estado atual da ciência e descreveram o papel potencial da profilaxia pré-exposição (PrEP) entre mulheres trans, incluindo uma discussão de considerações únicas para maximizar o impacto da PrEP nessa população vulnerável. Nas conclusões, é apresentado que, ao ampliar a PrEP para mulheres trans, é essencial envolver as comunidades trans, utilizar estratégias de pesquisa e marketing inclusivas e identificar e/ou formar prestadores de cuidados de saúde para fornecer atendimentos que legitimem o gênero dessas mulheres, incluindo cuidados relacionados à transição, como o fornecimento hormonal.

Também foram identificadas possíveis causas da baixa adesão às campanhas de vacinação no Brasil (Santos; Santos; Fernandes, 2023). Os autores analisaram as campanhas de conscientização e como foram divulgadas as ações referentes ao papilomavírus humano (HPV) no Brasil e no exterior, e aplicaram ferramentas de qualidade para elaborar propostas que aumentem a cobertura vacinal e previnam o HPV no país.

Ainda envolvendo aspectos vacinais e medicamentosos, Cassinath et al. (2022) pesquisaram e mapearam sistematicamente a extensão e as características da literatura disponível sobre as interrupções evidenciadas na aquisição de medicamentos causadas pelo surto de COVID-19. Os autores apontaram que a disseminação de notícias falsas na internet dificultou a conscientização e a criação de estratégias de marketing.

Rah et al. (2012) descreveram a experiência da distribuição e a eficácia dos pós de micronutrientes em grande escala em campos de refugiados e em contextos de emergência no Bangladesh, no Nepal e no Quênia. Os autores apresentaram, nos resultados, que as campanhas de marketing social foram fundamentais para garantir a elevada adesão dos participantes.

Em outro âmbito, Yasunaga (2022) analisou pesquisas acerca do uso de micromarcadores para combater a falsificação de medicamentos. O autor argumenta que a conscientização, por meio de campanhas na internet, sobre a existência da falsificação de produtos de saúde pode ser uma alternativa para evitar a compra desses produtos.

### *Oportunidades de marketing*

Cazzola e Matera (2009) revisaram os compostos mais importantes em desenvolvimento de broncodilatadores para o tratamento sintomático da doença pulmonar obstrutiva crônica e da asma. Os autores concluem que os únicos aspectos estabelecidos para o desenvolvimento de um broncodilatador de longa duração com um novo perfil de produto são as necessidades médicas e as oportunidades de marketing.

Já no trabalho de Ilan (2022), foram analisados alguns dos desafios no uso medicinal da cannabis e as dificuldades na padronização dos seus regimes terapêuticos, que dificultam o aumento de seus efeitos benéficos, assim como o tratamento correto pelos pacientes. O autor argumenta que o uso legalizado de produtos à base de cannabis e o interesse em seus benefícios terapêuticos abrem novas oportunidades para o marketing, como o uso de inteligência artificial para melhorar as respostas dos pacientes, aumentando a adesão e lidando com a tolerância.

Rahim e Thomas (2017) examinaram como métodos aplicados anteriormente poderiam ser empregados para ajudar pessoas com epilepsia a aderir a regimes de medicação, criando uma experiência divertida, modificável e focada no paciente. Os autores apontam que diversas empresas de jogos vêm chegando ao mercado para facilitar o tratamento dos pacientes.

Ainda envolvendo aspectos tecnológicos, Bry et al. (2018) analisaram o conteúdo de produtos móveis comercializados com destaque para consumidores que tratam da ansiedade dos jovens. As descobertas ressaltam a necessidade de aumentar a proeminência e a acessibilidade de produtos de qualidade para intervenção na ansiedade infantil. São discutidas estratégias para melhorar o marketing de aplicativos suportados, a fim de melhor penetrar nos mercados consumidores.

Continuando nesse contexto, Postel-Vinay et al. (2023) analisaram a aderência a monitores de pressão arterial domiciliares que podem facilitar o tratamento. Por meio da

comercialização direta de dispositivos, o telemonitoramento domiciliar permite que os valores aferidos da pressão arterial em domicílio sejam transmitidos ao consultório médico ou hospital, por meio de estratégias de telessaúde. Assim como no caso anterior, foi abordado por MOUNGUI et al. (2024) quais são as estratégias que garantam que os utilizadores finais adotem e permaneçam envolvidos com o aplicativo mHealth.

Cizza e Rother (2011) estudaram os desenvolvimentos clínicos atuais na pesquisa sobre obesidade, pontuando que o consumo de fast food e a diminuição de atividades físicas são fatores relevantes. Entretanto, há outros, como, por exemplo, a baixa adesão às modificações do estilo de vida e as opções farmacológicas disponíveis, que muitas vezes também estão associadas a efeitos colaterais importantes.

Além desses assuntos, Grattini e Padula (2017) revisaram as avaliações econômicas publicadas na Europa e focadas nas estatinas (medicamentos para o colesterol). Foi observado que a maioria dos estudos foi patrocinada pelas empresas fabricantes de estatinas, e o financiamento pareceu desempenhar um papel fundamental para o desenvolvimento desse tipo de pesquisa.

### *Consumo de medicamentos*

Girona Brumós et al. (2006) analisaram as condições que influenciaram o uso de antidepressivos e antipsicóticos na Espanha entre 1997 e 2004. Os autores apontam que o marketing promocional causa um aumento no consumo de novos medicamentos recentemente comercializados. Já Doggett et al. (2015) revisaram estudos publicados sobre microbicidas vaginais para identificar fatores relacionados ao gênero que provavelmente afetarão a aceitabilidade, o acesso e a adesão aos microbicidas. Os autores fazem recomendações sobre a concepção de produtos, implementação de ensaios, posicionamento, comercialização e distribuição de microbicidas de forma que se leve em conta as normas e desigualdades relacionadas ao gênero identificadas na revisão.

Também no âmbito de medicamentos, Caporali e Zavaglia (2012) examinaram o consumo do Citrato de Tofacitinibe para o tratamento de pacientes com artrite reumatoide. Na conclusão da pesquisa, é abordado que vem sendo desenvolvido um conjunto substancial de dados pós-comercialização, que podem contribuir para que as empresas fabricantes fiquem cientes da forma como o medicamento vem sendo utilizado no mercado. Já Paille e Martini (2014) examinaram a adesão e o consumo do medicamento Nalmefeno no tratamento de redução do consumo de álcool. Nos resultados, é observado que houve uma redução mais

acentuada no consumo de álcool com a aderência ao medicamento entre pacientes com um nível elevado de risco de consumo de bebida alcoólica.

Em síntese, na categoria de conscientização, diversos estudos destacaram a necessidade de campanhas de conscientização (Cugelman et al., 2011; Lichtenstein et al., 2021) sobre a saúde, abordando desde a importância da adesão a tratamentos (Rah et al., 2012) até a prevenção de doenças como HIV (Haire, 2015) e HPV (Santos; Santos; Ferreira, 2023). Quanto às oportunidades de marketing, várias pesquisas exploraram estratégias para melhorar a adesão ao tratamento, como o uso de tecnologias inovadoras (Postel-Vinay et al., 2023) e campanhas direcionadas (Bry et al., 2018). Por fim, a categoria de consumo de medicamentos abordou padrões de uso e adesão a medicamentos específicos (Caporali; Zavaglia, 2012), destacando fatores que influenciam o consumo e a eficácia dos tratamentos (Paille; Martini, 2014). Esses resultados oferecem insights valiosos para melhorar a eficácia das intervenções em saúde e promover comportamentos saudáveis na população.

Ademais, é observada uma diversidade de questões abordadas na pesquisa sobre saúde, desde estratégias de conscientização até oportunidades de marketing e padrões de consumo de medicamentos. Essa abordagem holística pode oferecer contribuições para profissionais de saúde, pesquisadores e formuladores de políticas na busca por melhorar os resultados em saúde, promover a adesão e aperfeiçoar estratégias de marketing.

Entretanto, observa-se que, em nenhum dos trabalhos encontrados, o objetivo foi analisar a relação médico-paciente utilizando estratégias ou práticas de marketing. Ademais, há poucos trabalhos envolvendo a área de endocrinologia (Beawley; Latimer, 2007; Cizza; Rother, 2011). Tais aspectos contribuem para a justificativa da realização desta pesquisa.

### 3 METODOLOGIA

A metodologia adotada para a realização do presente trabalho foi a pesquisa exploratória, qualitativa e de abordagem interpretativa, cuja coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas em profundidade e análise de dados com base na análise de conteúdo (Bardin, 2011).

A técnica *laddering*, proposta por Reynolds e Gutman (1988), foi aplicada com o intuito de compreender a relação envolvendo atributos (A), consequências (C) e valores (V) em contextos determinados, relacionados a situações médicas específicas, ou seja, a aderência ao tratamento médico e a relação médico-paciente. A *soft laddering*, caracterizada por entrevistas individuais em profundidade e semiestruturadas, foi utilizada como técnica de coleta de dados. Essa técnica permite uma maior fluência na fala dos entrevistados, considerando a necessidade de buscar maior aprofundamento e compreensão do tema de pesquisa, conforme caracterizado por pesquisas exploratórias (Scatulino; Troccoli; Felizardo Junior, 2020).

As informações coletadas foram categorizadas nos códigos A-C-V e quantificadas na matriz de implicação, de maneira que possibilitou a construção de mapas hierárquicos de valores, os quais permitiram a discussão da relação médico-paciente no que diz respeito à aderência a tratamentos médicos, com base na Teoria Meios-Fim (Gutman, 1982) e na Teoria de Valores Pessoais (Schwartz, 2017). A partir da adoção dessa abordagem metodológica, foi possível obter uma estrutura hierárquica da Teoria Meios-Fim, que objetiva detectar os valores pessoais que guiam o comportamento de pacientes ao aderirem a um tratamento médico e a relação desse comportamento com a percepção dos pacientes e dos profissionais de saúde.

#### 3.1 Caracterização da pesquisa

Segundo Vieira (2013), a pesquisa qualitativa em marketing recebe influências de diversos campos do conhecimento que contribuem para a edificação do quadro teórico das ciências sociais e aplicadas, como, por exemplo, a Antropologia, a Psicologia e a Sociologia. Esse tipo de investigação trata da experiência demandada do envolvimento direto do pesquisador com o método e os sujeitos de pesquisa (Vieira, 2013). Ainda com base no mesmo autor, a pesquisa orienta-se sob a perspectiva qualitativa por conta de seu poder descritivo da realidade social, possibilitando uma análise crítica perante a totalidade dos fatos, sendo utilizada com certa frequência na área das ciências sociais e aplicadas. Ademais, o trabalho exploratório

tem como intuito elucidar temáticas que não foram investigadas em sua totalidade até o momento (Gil, 2008).

A pesquisa em marketing baseada em dados qualitativos também possui potencial descritivo significativo para entender o que está por trás do comportamento do consumidor, juntamente com seus significados simbólicos e culturais, o que possibilita a caracterização dos valores e da personalidade do indivíduo (Sauerbronn; Cerchiar; Ayrosa, 2011).

O trabalho enquadra-se na natureza descritiva, pois busca especificar as peculiaridades do fenômeno estudado (Gil, 2008). Ou seja, abordará o comportamento do consumidor de serviços de saúde, bem como a relação dos valores pessoais que norteiam o comportamento desses pacientes e a possível aderência aos tratamentos médicos.

### **3.2 Procedimentos Metodológicos**

A pesquisa foi realizada no estado de Minas Gerais, com o objetivo de avaliar as percepções e motivações com relação à aderência a tratamentos médicos, na perspectiva dos pacientes e dos profissionais de saúde (endocrinologistas), com o intuito de identificar os valores pessoais que norteiam seus comportamentos. A justificativa para a escolha desse estado decorre de uma combinação de fatores demográficos, socioeconômicos e estruturais. Minas Gerais é considerado o segundo estado mais populoso do Brasil, com mais de 20,53 milhões de habitantes (IBGE, 2022), o que proporciona uma grande diversidade demográfica. O estado também apresenta diversidade territorial, englobando grandes centros urbanos como Belo Horizonte, cidades de médio porte como Juiz de Fora e cidades de pequeno porte como Caxambu, permitindo uma análise das diferenças no acesso à saúde.

Foram realizadas, ao todo, 37 entrevistas, sendo 16 com endocrinologistas e 21 com pacientes que fazem tratamentos particulares com aderência ao tratamento médico. A escolha por esse tipo de tratamento está relacionada a uma das dimensões do que a OMS (2003) aponta como associada à aderência: o acesso facilitado à saúde. Os entrevistados foram abordados diretamente a partir do critério de conveniência, por prospecção dos sujeitos de pesquisa. Além disso, ocorreram indicações por parte de endocrinologistas e por associações de diabéticos, que indicavam pacientes com aderência, ou seja, que tomavam as medicações e possuíam hábitos cotidianos condizentes com o tratamento. Também foi considerado o conceito de aderência da OMS (2003), que envolve o comprometimento do paciente em seguir as orientações do profissional de saúde, como tomar os medicamentos prescritos, seguir a dieta recomendada e adotar hábitos saudáveis. A amostragem seguiu com o critério de saturação teórica, sendo

interrompida quando as informações coletadas passarem a apresentar recorrência de conteúdos e ausência de novos elementos (Fontanella, Magdaleno Júnior, 2012).

Para a escolha dos profissionais, optou-se por médicos formados com especialidade na área de endocrinologia. Foi criada uma lista com todos os médicos associados à Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). A partir dessa lista, os endocrinologistas foram contatados por telefone do consultório ou por e-mail. O contato foi realizado com mais de 200 profissionais; entretanto, houve pouco retorno. E, pelo fato de o contato ter sido feito por meio do número do consultório, em diversas ocasiões não foi possível o contato direto com os endocrinologistas. A partir do momento em que algumas entrevistas foram sendo realizadas, solicitou-se aos entrevistados a indicação de outros médicos para participarem da pesquisa, o que possibilitou a continuidade das entrevistas.

As entrevistas ocorreram entre os meses de outubro de 2024 e janeiro de 2025 tanto com os profissionais, quanto com os pacientes. Os entrevistados foram prospectados por e-mail, telefone e WhatsApp, sendo-lhes apresentada uma carta de apresentação com explicações sobre a pesquisa e seus objetivos, de modo a garantir a concordância em participar de forma livre e espontânea.

Foi apresentado aos entrevistados, antes da realização das entrevistas em profundidade, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), conforme as normas e procedimentos estabelecidos pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Lavras (UFLA). Pelo fato de a pesquisa estar inserida no Projeto PIDSA291-202, esta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEP).

Inicialmente, um questionário estruturado foi aplicado tanto aos pacientes (Anexo B) quanto aos endocrinologistas (Anexo C), antes da realização das entrevistas em profundidade, com o objetivo de verificar se a pessoa entrevistada se enquadrava nos critérios estabelecidos. Os critérios consideraram itens relacionados à frequência do tratamento médico e informações sociodemográficas (idade, gênero, renda, entre outros). Outra justificativa para a utilização desse instrumento de coleta de dados foi a importância de se obter um perfil sociodemográfico das pessoas que participaram da pesquisa, pois isso permite uma melhor contextualização e aprofundamento, inclusive na análise das percepções que envolvem a aderência ao tratamento médico para diabetes tipo 2.

### 3.3 Coleta de dados

Em pesquisas qualitativas em marketing, a utilização da entrevista em profundidade é um instrumento de coleta de dados utilizado com certa frequência, com o intuito de compreender as motivações de consumo por meio da abstração de informações de aspectos intrínsecos da pessoa. A entrevista em profundidade pode ser aplicada para entender as experiências vivenciadas em determinada categoria de consumidores ou buscar a compreensão de questões culturais e sociais que moldam o comportamento diante do consumo (Fischer; Castilhos; Fonseca, 2014).

Nesta pesquisa, foi utilizada a técnica *laddering* como base metodológica na orientação da coleta de dados. Para Reynolds e Gutman (1988), a *laddering* é uma técnica de entrevista semiestruturada em profundidade, que busca fazer com que o participante realize uma reflexão aprofundada sobre suas motivações em relação ao consumo de um determinado produto ou serviço, utilizando aspectos advindos da pergunta “por que isto é importante para você?”, com o objetivo de representar a estrutura cognitiva que orienta as decisões de consumo. Sob essa ótica, os tratamentos médicos e/ou o atendimento médico são vistos como os produtos consumidos pelos pacientes. A partir dessa pergunta, é possível atingir níveis de maior abstração por parte do entrevistado. A questão também está relacionada à detecção de atributos (A), consequências (C) e valores (V), amparados na Teoria Meios-Fim.

A técnica de entrevista tem um caráter de escalonamento em profundidade, que permite construir gradualmente a estrutura cognitiva do indivíduo, levando em consideração a percepção e a categorização inerente ao comportamento de consumo do participante. Portanto, os aspectos considerados superficiais e concretos de um produto desencadeiam significados profundos, abstratos, conceituais ou subjetivos perante à personalidade do consumidor (Ikeda; Campomar; Chamie, 2014). Ademais, Vilas Boas et al. (2006) defendem que as características relacionadas ao conhecimento do produto podem expressar a concepção acerca do autoconhecimento e da personalidade do consumidor.

Segundo Campos, Bacelar e Vilas Boas (2022), no âmbito do marketing, diversas pesquisas têm defendido que a *laddering* é adequada para aplicações em diversas temáticas, como, por exemplo, promoção de produtos, segmentação de mercado, estratégias de publicidade e valor para o cliente (Reynolds; Gutman, 1988; Gengler; Reynolds, 1995; Reynolds; Whitlark, 1995; Wansink, 2000). Ainda na área do marketing, os principais autores da técnica, Reynolds e Gutman (1988), embasados na Teoria da Cadeia Meios-Fim,

apresentaram uma abordagem mais detalhada acerca da *laddering*, como seu método, análise e interpretação, o que possibilitou trabalhar a técnica de forma mais aprofundada.

No caso da presente pesquisa, a pergunta inicial para os pacientes foi: *Quais as características ou atributos que você considera essenciais para ter aderência ao tratamento médico, ou seja, começar e continuar o tratamento para diabetes tipo 2?* De forma semelhante, foi perguntado aos endocrinologistas: *De acordo com sua experiência profissional, quais são os atributos principais para um caso de sucesso, ou seja, de aderência ao tratamento médico para diabetes tipo 2?* A partir do que os entrevistados iam comentando, abordava-se o porquê de determinado atributo ser importante para que se obtivessem as consequências e os valores.

A fim de alcançar os níveis de abstração que caracterizam o autoconhecimento do consumidor (neste caso, o paciente) diante do conhecimento acerca do produto (neste caso, tratamentos médicos), é preciso que o entrevistado aponte atributos que considere relevantes para sua tomada de decisão. As entrevistas tiveram, em média, 35 minutos de duração cada.

Após a definição dos atributos que servirão de base para a coleta de dados, é necessário que o diálogo continue a fim de se encontrarem as consequências (funcionais ou psicológicas) do uso do produto, para que se atinjam os níveis de abstração que revelem os valores instrumentais ou terminais, os quais guiam as motivações de consumo perante à personalidade do consumidor (Ikeda, 2014).

Posteriormente à realização das entrevistas em profundidade, estas foram transcritas e, na sequência, foi realizada a análise de conteúdo (Bardin, 2011) para a identificação dos atributos, dos quais decorrerão as consequências (funcionais ou psicológicas), possibilitando, assim, a elucidação dos valores (instrumentais ou terminais) que guiam as motivações de consumo dos tratamentos médicos e de questões relacionadas (Ikeda; Campomar; Chamie, 2014). A etapa elencada, segundo os mesmos autores, é precedida da análise de conteúdo (Bardin, 2011), a fim de desenvolver a matriz de implicação e construir o mapa hierárquico de valor, de forma que se encontrem as cadeias dominantes da estrutura cognitiva do consumidor, facilitando a interpretação dos dados (Gandia, 2016).

### **3.4 Procedimento de Análise e Interpretação dos Dados**

Segundo Reynolds e Gutman (1988), a análise de conteúdo por meio da *laddering* busca a sintetização das informações coletadas nas entrevistas em profundidade, por meio de uma codificação que objetiva determinar a relação hierárquica existente entre os atributos, consequências e valores que expressam a estrutura cognitiva. Ainda de acordo com os mesmos

autores, é sugerido que os códigos possam ser gerados a partir da quantidade de vezes que o termo aparece durante a entrevista, analisando a similaridade e agrupando os que expressam o mesmo significado.

A codificação pode ser realizada de maneira aberta, axial ou seletiva (Corbin; Strauss, 1990). O primeiro tipo é considerado um processo interpretativo, cujas informações proporcionarão um direcionamento ao pesquisador para a obtenção de um padrão na categorização dos elementos. A codificação axial estabelece uma relação entre o código previamente definido e outros subcódigos que podem surgir na leitura das entrevistas. Já a codificação seletiva é aquela em que os códigos são unificados em torno de um único termo. Na presente pesquisa, foi utilizada a codificação axial.

Ikeda, Campomar e Chamie (2014) recomendam que, durante a codificação, seja realizada uma leitura cuidadosa das transcrições e que se inclua, no detalhamento dos códigos, trechos que demonstrem o sentido atribuído, alcançando, assim, consistência e coerência nos dados. A fim de auxiliar o pesquisador, é sugerida a criação de um quadro resumo, para que seja possível a identificação dos códigos que serão utilizados para a construção das *ladders* individuais, como apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Síntese de designação dos códigos.

<b>Cód</b>	<b>Atributos</b>	<b>Cód</b>	<b>Consequências</b>	<b>Cód</b>	<b>Valores</b>
01		05	Funcionais	09	Instrumentais
02		06		10	
03		07	Psicológicas	11	Terminais
04		08		12	

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Na sequência da pesquisa, tendo como base a lista de códigos resumo A-C-V construída, foi realizada a leitura aprofundada das entrevistas, uma a uma, identificando as sequências A-C-V de cada um dos respondentes. A essas sequências A-C-V de cada respondente dá-se o nome de *ladder*. Após a construção das *ladders* individuais (releitura das entrevistas, posteriormente à definição da codificação final dos atributos, consequências e valores), a próxima etapa foi o desenvolvimento da matriz de implicação, que se refere a uma matriz quadrada que apresenta, de forma quantitativa, as relações diretas e indiretas entre os elementos dos atributos, consequências e valores encontrados. A matriz mostrará a quantidade de vezes que um elemento leva a outro elemento. A integralização das *ladders* individuais levará às cadeias que irão sintetizar e agrupar o raciocínio dos entrevistados, alcançando a estrutura hierárquica e

cognitiva que sintetiza as motivações de consumo do indivíduo perante o objeto estudado (Ikeda; Campomar; Chamie, 2014).

A confecção do Mapa Hierárquico de Valor (MHV) caracteriza a próxima etapa, que irá apresentar visualmente as relações que foram estabelecidas entre os atributos, consequências e valores, levando em consideração as relações diretas e indiretas determinadas nas cadeias geradas por meio da matriz de implicação. As relações diretas entre os códigos correspondem às que os entrevistados relacionaram de forma direta, causa e resultado, sem intervenção de outra ligação. Já as relações indiretas possuem um ou mais elementos intermediários advindos de outras relações (Ikeda; Campomar; Chamie, 2014).

Para Reynolds e Gutman (1988), o MHV apresenta a interconexão que envolve as cadeias mais significativas, mostrando uma percepção holística dos participantes, bem como as relações consideradas mais relevantes. Para a elaboração do mapa, Gandia (2016) sugere a utilização de softwares computacionais, como, por exemplo, o LadderUX®.

Por conta do possível número de informações que poderão aparecer no MHV, é sugerida a adoção de ponto de corte, que consiste em uma quantidade mínima de relações existentes entre os elementos para que sejam apresentadas no mapa, de modo que sejam analisadas apenas as cadeias mais relevantes (Pimenta et al., 2012). Para Reynolds e Gutman (1988), o MHV deve mostrar aproximadamente dois terços de todas as relações que ocorrem entre atributos, consequências e valores, representadas na matriz de implicação.

A última etapa da análise está relacionada à determinação das orientações das percepções dominantes, que consiste na identificação das cadeias que contribuem mais significativamente para a configuração final dos resultados do MHV (Reynolds; Gutman, 1988).

Após o MHV elaborado, é possível compreender a estrutura cognitiva que guia as motivações de consumo. Sobre a interpretação do MHV, esta pode ser realizada de maneira descritiva, a fim de que os elementos sejam detalhados, levando em consideração os pressupostos da Teoria da Cadeia Meios-Fim (Reynolds; Gutman, 1988). A seguir, no Quadro 3, são apresentadas as fases metodológicas.

Quadro 3 – Sistematização metodológica.

Descrição das fases e procedimentos metodológicos	
<b>Tipo de pesquisa</b>	Qualitativa Descritiva
<b>Perfil dos entrevistados</b>	Endocrinologistas e Pacientes de Minas Gerais
<b>Teoria que fundamenta o estudo</b>	Teoria de Valores e Teoria Meios-Fim

<b>Coleta de Dados</b>	<i>Laddering</i> e questionário
<b>Análise de dados</b>	Análise de conteúdo e análise do Mapa Hierárquico de Valor

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Após as explicações dos procedimentos de análise, a próxima seção aborda os resultados e discussão que envolvem a pesquisa.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 A aderência sob a perspectiva dos pacientes

A fim de caracterizar o perfil dos entrevistados, foi utilizado o questionário sociodemográfico (Apêndice B). No que tange às características dos 21 pacientes aderentes ao tratamento de diabetes tipo 2 em relação ao sexo, há um predomínio feminino (60%). A distribuição geográfica abrange variados municípios do estado de Minas Gerais, incluindo municípios de pequeno, médio e grande porte. Acerca da faixa etária, esta varia entre 25 e 84 anos, com uma maior concentração entre 55 e 74 anos (52%). Esse dado é coerente com a incidência do diabetes tipo 2, que é mais comum em indivíduos de meia-idade e idosos (Grillo; Gorini, 2007).

No que se refere à escolaridade, observa-se uma distribuição heterogênea, com percentuais relativamente equilibrados entre os níveis de ensino. Destaca-se a presença de 19% dos entrevistados com pós-graduação, o que pode indicar uma consciência sobre a importância do tratamento. Porém, há também esse mesmo percentual de pessoas com o ensino fundamental incompleto, o que pode representar desafios adicionais no entendimento do tratamento. A renda familiar possui uma distribuição diversificada, com maior concentração em grupos que recebem entre 1 e 6 salários mínimos (66%), indicando que a maior parte dos entrevistados tem uma renda moderada, o que pode afetar o acesso a insumos do tratamento.

Sobre o tempo de descoberta do diabetes tipo 2, 24% dos entrevistados foram diagnosticados há menos de 5 anos, enquanto 29% convivem com a doença entre 10 e 19 anos. Acerca de como descobriram o DM2, diversos pacientes foram diagnosticados por meio de exames de rotina ou exames pré-operatórios. No entanto, outros descobriram por conta de sintomas já estabelecidos, como pressão alta e dificuldades para enxergar, mostrando que o diagnóstico pode ocorrer tardiamente. Ademais, a periodicidade das consultas varia entre os pacientes; a maioria realiza tratamentos com intervalo entre 3 e 6 meses (57%), o que pode ser considerado adequado para o monitoramento da doença. O Quadro 4 apresenta um resumo dessas informações.

Quadro 4 - Perfil sociodemográfico dos pacientes.

Variável	Perfil dos entrevistados		
<b>Sexo</b>	Feminino (60%)	Masculino (40%)	
<b>Cidade</b>	Abaeté Caxambu Juiz de Fora Resende Costa	Barbacena Contagem Lavras São João del Rei	Belo Horizonte Divinópolis Pouso Alegre Uberlândia
<b>Idade</b>	Entre 25 a 34 anos (10%) Entre 55 a 64 anos (19%)	Entre 35 a 44 anos (10%) Entre 65 a 74 anos (33%)	Entre 45 a 54 anos (14%) Entre 75 a 84 anos (14%)
<b>Cor</b>	Branca (71%)	Negra (5%)	Parda (24%)
<b>Escolaridade</b>	Fundamental incompleto (19%) Superior incompleto (14%)	Fundamental completo (19%) Superior completo (15%)	Médio completo (14%) Pós-Graduação (19%)
<b>Profissão</b>	Administradora Artista Plástica Estudante Mecânico	Agente de endemia Autônomo (a) Funcionária Público Professor	Aposentado (a) Coordenadora de licitação Lavadeira
<b>Renda familiar</b>	Entre 1 a 3 salários (33%) Mais de 10 salários (5%)	Entre 4 e 6 salários (33%)	Entre 7 e 9 salários (29%)
<b>Há quanto tempo descobriu</b>	Menos de 5 anos (24%) Entre 20 a 29 anos (10%)	Entre 5 a 9 anos (24%) Entre 30 a 39 anos (13%)	Entre 10 a 19 anos (24%) Entre 40 a 49 anos (5%)
<b>Como descobriu</b>	Exame de rotina Dificuldade para enxergar Dor nas pernas	Exama para cirurgia Pressão alta	Feridas no corpo Passou mal
<b>Periodicidade das consultas</b>	De 3 em em 3 meses (28%) Anualmente (5%)	De 4 em 4 meses (19%) Varia (10%)	De 6 em 6 meses (38%)

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Depois da transcrição das entrevistas, foi realizada uma leitura minuciosa para que fosse possível a obtenção dos códigos resumo que apresentassem a contextualização da fala dos entrevistados. Conforme dito anteriormente, foi adotada a codificação axial nesse processo. Durante esse processo, surgiram subcódigos A-C-V que estão associados a um código dominante, o que possibilitou a junção e atribuição de sentido aos trechos comentados pelos respondentes.

Inicialmente, foram identificados 280 subcódigos e, em um segundo momento, esse número foi reduzido para 65 subcódigos. Na terceira interpretação, foi possível resumir em 46 códigos A-C-V, que é o número atual utilizado neste trabalho, conforme apresentado no Quadro 5 a seguir.

Quadro 5 – Códigos resumidos encontrados na relação A-C-V.

Atributos	
1. Alimentação saudável	8. Apoio familiar
2. Atividade física	9. Aceitação da condição de saúde
3. Médico transmitir com calma e clareza as informações	10. Equipe multidisciplinar
4. Acompanhamento e controle médico constante	11. Análise da condição financeira do paciente
5. Atendimento humanizado e cumplicidade com o médico	12. Interesse do médico no caso

6. Acreditar na capacidade do médico e na condução de novos tratamentos	13. Paciente se informar sobre a doença
7. Seguir as prescrições e ter persistência no tratamento	
<b>Consequências Funcionais</b>	
14. Maior rapidez nos resultados	23. Detecção precoce de problemas e a doença não progride
15. Não sente os sintomas	24. Redução na quantidade e dosagem de remédios
16. Adquire vitaminas e a imunidade melhora	25. Entende a gravidade da doença e aceita mudanças
17. Toma a medicação corretamente	26. Controle do peso
18. Família fica ciente da importância do tratamento e ajuda no dia a dia	27. Cuida de outras partes do corpo
19. Melhor controle glicêmico	28. Consegue acesso aos insumos
20. O médico analisa a eficácia do tratamento	29. Conversam sobre mudanças na medicação e tratamento
21. Aprende o que pode comer	30. Entende as orientações e aprende como agir
22. Benefícios nos outros sistemas do corpo	
<b>Consequências Psicológicas</b>	
31. Se sente melhor esteticamente	34. O médico cumprimenta o paciente e pergunta como foi esse ciclo
32. Redução do medo e da incerteza sobre a doença	35. Cria uma amizade com o médico e se sente à vontade
33. Melhora na comunicação médico-paciente	36. Conversa com o médico sobre assuntos do dia a dia
<b>Valores Instrumentais*</b>	
37. Tem disciplina e esforço na manutenção da saúde	39. Autocuidado
38. Confiança e vontade de prosseguir com o tratamento	40. Prevenção de complicações
<b>Valores Terminais</b>	
41. Boa autoestima	44. Se sente cuidado e respeitado
42. Segurança e tranquilidade	45. Quer viver bem, ter uma vida confortável, mesmo convivendo com o diabetes
43. Tem saúde para viver mais e feliz	46. Autonomia
<b>Classificação dos valores de Schwartz (2017)</b>	
37. Conformidade - Regras	38. Benevolência - Confiabilidade
39. Autodireção – Ação	40. Segurança - Pessoal

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Os valores instrumentais foram analisados sob a Teoria Refinada de Schwartz (2012). Dessa forma os códigos elencados, tem o mesmo significado que os da teoria.

A partir da técnica *laddering*, os primeiros códigos identificados foram os atributos abstratos que são consideradas as características do produto ou serviço (Scatulino; Troccoli; Felizardo Júnior, 2020). O Quadro 6 apresenta a descrição destes códigos que foram abordados pelos pacientes.

Quadro 6 – Descrição dos atributos.

Atributos	Descrição
1. <b>Alimentação saudável</b>	Envolve a adoção de uma dieta equilibrada e rica em alimentos nutritivos, como legumes e frutas e se evita o consumo produtos com alto teor de açúcar como refrigerantes e doces e com carboidratos em excesso. É apresentado a relevância do aprendizado e implementação de hábitos alimentares que favoreçam a saúde.
2. <b>Atividade física</b>	Abrange práticas regulares de exercícios físicos como academia, caminhada. É pontuado sobre a relevância da movimentação para o dia a dia dos pacientes como um dos pilares para o cuidado da saúde.
3. <b>Médico transmitir com calma e clareza as informações</b>	Foi relatado sobre a habilidade do profissional de comunicar de forma clara e compreensível as explicações sobre a doença e as orientações.
4. <b>Acompanhamento e controle médico constante</b>	Trata-se da prática regular de medição da glicose de outros indicadores somado à realização período de consultas e exames médicos.
5. <b>Atendimento humanizado e cumplicidade com o médico</b>	Envolve a relação de proximidade, atenção e empatia entre médico e paciente, sendo embasado por um diálogo aberto, sensibilidade e paciência. Foi apontado a importância do médico em apresentar um interesse genuíno pelo bem-estar do paciente. Trata-se de uma conexão que ultrapassa a formalidade clínica.
6. <b>Acreditar na capacidade do médico e na condução de novos tratamentos</b>	Os pacientes precisam acreditar na capacidade do médico, assim como na sua formação contínua para conduzir os tratamentos com eficácia e de acordo com as necessidades do paciente.
7. <b>Seguir as prescrições e persistência no tratamento</b>	Existe o compromisso dos pacientes em aceitar as recomendações médicas e segui-las., incluindo o uso correto de medicamentos e controle alimentar. É importante que o paciente tenha persistência no cumprimento das orientações e nas modificações de hábitos necessários.
8. <b>Apoio familiar</b>	Foi relatado a participação ativa e o envolvimento de familiares no cuidado e acompanhamento do paciente, tanto como suporte emocional, físico e prático.
9. <b>Aceitação da condição de saúde</b>	Trata-se da importância do reconhecimento e aceitação do diagnóstico de diabetes tipo 2 para poder lidar com a doença de forma responsável e consciente. É a superação da negação ao enfrentar a realidade de uma condição de saúde que requer tratamento e que por muitas vezes é silenciosa.
10. <b>Equipe multidisciplinar</b>	O tratamento para diabetes envolve a integração de variados profissionais de saúde: médicos, educadores físicos, fisioterapeutas e outros especialistas, possibilitando uma visão holística do corpo.
11. <b>Análise da condição financeira do paciente</b>	Durante o tratamento para diabetes, o paciente precisa ter acesso a recursos como medicamentos, consultas médicas e materiais de monitoramento, pagamento de um plano de saúde, por exemplo. Aqui também é pontuando sobre a importância da Farmácia Popular para aliviar os custos.
12. <b>Interesse do médico no caso</b>	Para os pacientes, é importante o médico demonstrar um interesse pelo caso de saúde e mostrar que estar disposto a fazer o possível para o melhor tratamento. Os pacientes buscam uma abordagem personalizada e que o profissional mostre nas consultas um apoio contínuo.
13. <b>Paciente se informar sobre a doença</b>	Está relacionado com a iniciativa do paciente em buscar conhecimento sobre o diabetes além das consultas para entender o que é necessário no tratamento. É uma educação contínua, em que o paciente é o “primeiro médico” de si mesmo. Ademais, a participação em grupos de apoio que têm

	características semelhantes entre os participantes também aparece como uma forma de compartilhamento de experiências e apoio informativo e emocional.
--	---

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Dentre os atributos abordados, observa-se que se destacam as dimensões de aderência pontuadas pela OMS (2003), ressaltando fatores econômicos, relacionados ao paciente, à doença e também ao tratamento. Isso demonstra que não é apenas um grupo de aspectos que pode envolver a adesão, mas sim uma multiplicidade de características.

Posteriormente, foram descritas as consequências funcionais, que influenciam de forma direta o ato do paciente decidir aderir. O Quadro 7 apresenta as consequências funcionais encontradas e seus respectivos significados.

Quadro 7 – Descrição das consequências funcionais.

<b>Consequências funcionais</b>	<b>Descrição</b>
<b>14. Maior rapidez nos resultados</b>	Os pacientes acreditam que tratamentos mais eficazes e com menos chance de efeitos colaterais possibilitam resultados mais rápidos no controle do diabetes. Eles afirmam que medicamentos mais caros e com maior qualidade e atuação de uma equipe multidisciplinar podem acelerar o processo.
<b>15. Não sente os sintomas</b>	Quando o tratamento é seguido corretamente, há um controle dos sintomas do diabetes como cansaço excessivo, mal-estar e levando a uma estabilização da saúde do indivíduo.
<b>16. Adquire vitaminas e a imunidade melhora</b>	Ao adquirir vitaminas advinda de alimentos e medicamentos, leva-se ao impacto positivo no sistema imunológico, diminuindo o número de infecções e um auxílio no processo de cicatrização de feridas.
<b>17. Toma a medicação corretamente</b>	Relacionado a seguir das orientações acerca de medicações, principalmente de insulina. Após o profissional explicar com clareza as informações, os pacientes entendem a função e importância da medicação e aprende a tomá-la corretamente.
<b>18. Família fica ciente da importância do tratamento e ajuda no dia a dia</b>	Durante as entrevistas, foi argumentado sobre a importância de um envolvimento familiar ativo familiar no tratamento. Os familiares aparecem dando incentivo e cobrando dos pacientes para seguir as orientações, como por exemplo, o horário correto de medicação, o convite para a prática de exercício físico e o preparo de alimentos saudáveis.
<b>19. Melhor controle glicêmico</b>	Ao seguir o tratamento, o paciente consegue manter o nível glicêmico estável, melhora a resistência insulínica e não sente os sintomas do diabetes.
<b>20. O médico analisa a eficácia do tratamento</b>	Quando o paciente adota práticas orientadas pelo médico e por outros especialistas, é possível que o médico analise a eficácia do tratamento para decidir se continua com essas prescrições ou se modificações são necessárias.
<b>21. Aprende o que pode comer</b>	Envolve a educação alimentar e um processo de conscientização do paciente sobre quais alimentos são os mais adequados para a sua dieta. Nesse aspecto, o paciente entende os efeitos que os alimentos possuem no seu organismo e conseguem fazer escolhas corretas. A prática da leitura de rótulos e busca de alternativas mais saudáveis aparecem como reflexo desse aprendizado.

<b>22. Benefícios em outros sistemas do corpo</b>	Com o tratamento adequado, o paciente consegue benefícios que vão além do controle da glicose. Engloba melhorias na imunidade, no sistema circulatório, pressão arterial e níveis estabilizados de colesterol e triglicérides.
<b>23. Detecção precoce de problemas e a doença não progride</b>	O monitoramento contínuo permite o diagnóstico precoce na prevenção de complicações agudas do diabetes tipo 2, como por exemplo, a perda da visão, amputações, danos renais, dentre outros. Com o monitoramento, se o paciente já sente formigamento nos dedos ou alteração na visão, os especialistas já conseguem passar um encaminhamento para a resolução dessas questões.
<b>24. Redução na quantidade e dosagem de remédios</b>	Quando o paciente consegue ter um controle da doença, pode haver uma redução da medicação. Isso também reduz os efeitos colaterais.
<b>25. Entende a gravidade da doença e aceita mudanças</b>	O entendimento do paciente sobre a doença do diabetes assim como as possíveis complicações, ajuda na aceitação do tratamento e em modificações no dia a dia. Entendem a importância do medicamento, de seguir a dieta e que aquilo é necessário para seu bem-estar.
<b>26. Controle do peso</b>	Com o tratamento correto e mudanças no estilo de vida, podem levar o paciente ao emagrecimento e controle do peso. Esse ponto é muito abordado pelos pacientes por conta da perda relevante de peso que favorece o controle glicêmico, mas também permite melhorias em outras partes do corpo.
<b>27. Cuida de outras partes do corpo</b>	Por conta do tratamento para diabetes ser considerado multidisciplinar, por diversas vezes, o paciente precisa consultar outros especialistas. O acompanhamento por oftalmologistas, endocrinologistas, nutricionistas, educadores físicos, dentre outros, promove benefícios e uma harmonia no corpo dos pacientes.
<b>28. Consegue acesso aos insumos</b>	Quando o paciente possui de uma disponibilidade financeira, consegue manter o tratamento. A importância dos recursos aparece para compra de fitas para medir a glicose, pagamento de consultas médicas, pagamento de uma academia e de um plano de saúde. Mesmo aparecendo por diversas vezes com o custo alto, esses itens são considerados imprescindíveis para o tratamento.
<b>29. Conversam sobre mudanças na medicação e tratamento</b>	O diálogo aberto entre médico e paciente, permite o ajuste do tratamento e a análise de necessidades individuais. O médico consegue explicar as mudanças que serão necessárias no tratamento a partir dos resultados que foram obtidos pelo paciente.
<b>30. Entende as orientações e aprende como agir</b>	A compreensão das orientações que o médico passa permite que os pacientes comecem a agir de acordo. O esclarecimento é fundamental nesse processo para que o paciente entenda como ele precisa se comportar.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

As consequências funcionais encontradas envolvem situações diretas pelas quais o paciente passa. Na pesquisa de Katzer (2007), por exemplo, são observados benefícios em outros sistemas e partes do corpo. Já no trabalho de Fernandes, Calado e Araújo (2018), é destacado o fato de o paciente conseguir ter acesso aos insumos.

O próximo nível da cadeia envolve as consequências psicológicas, que são geradas a partir das consequências funcionais (Ikeda; Campomar; Chamie, 2014). O Quadro 8 descreve as consequências psicológicas encontradas na pesquisa.

Quadro 8 – Descrição das consequências psicológicas.

<b>Consequências psicológicas</b>	<b>Descrição</b>
<b>31. Se sente melhor esteticamente</b>	Quando ocorre o controle do diabetes, diversas vezes o paciente consegue perceber uma melhora na aparência física, o que inclui uma perda de peso e uma maior disposição.
<b>32. Redução do medo e da incerteza sobre a doença</b>	Normalmente, os pacientes sentem certo medo ao receber o diagnóstico, já que é uma doença que não tem cura. Ocorrem também muitos mitos sobre a doença, o que pode fazer com que o paciente fique confuso e sem saber como agir.
<b>33. Melhora na comunicação médico-paciente</b>	Um diálogo aberto, acolhedor e empático entre médico e paciente pode ser um aspecto essencial para a aderência. Relatos apontam que os pacientes se sentem mais confortáveis e dispostos a dialogar com médicos que explicam o tratamento de maneira clara e detalhada, além de estarem atentos às dúvidas. A sensação de se sentir compreendido e a vontade do médico de conhecer a história do paciente também ajuda na comunicação.
<b>34. O médico cumprimenta o paciente e pergunta como foi esse ciclo</b>	De acordo com os pacientes, um simples gesto como um cumprimento ou uma indagação sobre o seu progresso, faz a diferença na experiência do atendimento. Foi relatado que o acolhimento, atenção e o interesse demonstrado pelo médico propiciam um ambiente humanizado.
<b>35. Cria uma amizade com o médico e se sente à vontade</b>	Uma conversa próxima e amigável com o médico aparece com um fator importante durante as entrevistas. Os pacientes que enxergam o médico como um amigo comentam ter um maior conforto em compartilhar informações do cotidiano e fazer perguntas. Também gestos como ligações de acompanhamento e ouvir atentamente o que o paciente diz foram abordados.
<b>36. Conversa com o médico sobre assuntos do dia a dia</b>	Um diálogo com o médico que vai além das fronteiras do tratamento médico auxilia em uma relação mais próxima e confortável. Dialogar sobre temáticas de esporte, trabalho e outras situações do dia a dia cria também um ambiente de descontração, possibilitando um maior acolhimento e vínculo.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Alguns estudos corroboram com as consequências psicológicas encontradas. Campos e Figaro (2021), defendem que a comunicação médico-paciente precisa ser aprimorada para que ocorra a aderência. Ainda nesse sentido, os autores apontam a cumplicidade do médico com o paciente.

Os valores instrumentais aparecem como o próximo nível da cadeia meios-fim que envolvem os modelos de comportamentos que os indivíduos possuem para atingir os valores terminais (Vilas Boas; Sette; Brito, 2006). A descrição dos valores encontrados é elencada no Quadro 9.

Quadro 9 – Descrição dos valores instrumentais.

<b>Valores instrumentais</b>	<b>Descrição</b>
<b>37. Conformidade – regras: Tem disciplina e esforço</b>	Relaciona-se à importância da constante autodisciplina para seguir com o tratamento, prevenindo complicações e tendo promoção da saúde. Foi

<b>na manutenção da saúde</b>	apontado a responsabilidade pessoal e um compromisso diário com as informações médicas.
<b>38. Benevolência - confiabilidade: Confiança e vontade de prosseguir com o tratamento</b>	Apresenta-se a relação de confiança e motivação que os pacientes têm com os médicos e com o tratamento. A confiança é desenvolvida a partir de explicações claras e de interações acolhedoras. Essa relação influencia de forma direta a vontade de continuar o tratamento.
<b>39. Autodireção – ação: Autocuidado</b>	Foi comentado sobre a conscientização da responsabilidade pessoal e do cuidado com a própria saúde. Muitos pacientes comentam que às vezes deixam de lado a sua própria saúde e que se preocupa mais com as dos seus entes queridos. O autocuidado abordado foi acerca do entendimento de escolhas diárias que influenciam no tratamento e na busca de melhora de bem-estar físico e emocional.
<b>40. Segurança – pessoal: Prevenção de complicações</b>	Trata-se do desejo dos pacientes em evitar complicações que a doença pode trazer, como amputações, problemas renais e condições graves. É visto uma preocupação em manter a saúde futuramente. A prevenção envolve medidas que são tomadas diariamente a favor do tratamento. A conscientização sobre os riscos também ajuda na adoção de prática que diminuam essas comorbidades.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Na literatura, dentre os valores instrumentais abordados, aparece a prudência (Bastos; Araújo, 2018), a responsabilidade (Oliveira et al., 2017) e confiança e coragem (Rodrigues et al., 2012).

As últimas descrições são referentes aos valores terminais, que são as metas que, no caso, o paciente gostaria de atingir na vida (Gevezio et al., 2016). O Quadro 10 apresenta esses valores.

Quadro 10 – Descrição dos valores terminais.

<b>Valores terminais</b>	<b>Descrição</b>
<b>41. Boa autoestima</b>	Reflete um estado desejado pelos entrevistados, mostrando a importância de se sentirem bem consigo mesmos, tanto fisicamente quanto emocionalmente. As falas apontam que esse valor é alcançado através do cuidado com a saúde e preservação do corpo, resultando em uma percepção positiva da própria imagem.
<b>42. Segurança e tranquilidade</b>	Emerge das falas dos entrevistados com um objetivo fundamental na relação com o tratamento e a gestão da saúde. Está relacionado à previsibilidade, controle de estabilidade e diminuição de incertezas.
<b>43. Tem saúde para viver mais e feliz</b>	Reflete o desejo dos entrevistados de prolongar a vida com qualidade e bem-estar. As falas demonstram que a longevidade não é vista somente como um objetivo isolado, mas como um estado em que a saúde física e mental possibilita viver plenamente aproveitar as experiências cotidianas.
<b>44. Se sente cuidado e respeitado</b>	Envolve a necessidade dos pacientes de alcançarem acolhimento no tratamento. Valorizam a atenção genuína dos profissionais de saúde, percebendo o cuidado não apenas na assistência técnica, mas no que tange o emocional.

<b>45. Quer viver bem, ter uma vida confortável, mesmo convivendo com o diabetes</b>	Esse valor expressa o desejo dos pacientes em manter o bem-estar para que mesmo convivendo com o diabetes não apareça obstáculos para ter uma vida próspera.
<b>46. Autonomia</b>	Representa o desejo dos entrevistados de manter a independência e controle sobre a própria vida. Os pacientes almejam viver o dia a dia normalmente, sem dependência excessiva de medicamentos ou restrições severas.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Os valores identificados na pesquisa corroboram com os achados de Baade e Bueno (2016) e Petermann (2015) que reforçam busca da liberdade pessoal por meio do tratamento bem como do reconhecimento e respeito almejado pelos pacientes.

Depois da descrição dos códigos encontrados na análise de conteúdo das entrevistas, o próximo passo consiste na elaboração das *ladders* individuais. Foram construídas nesta etapa 118 *ladders*, a partir das 21 entrevistas com pacientes, obtendo a média de 5 *ladders* por paciente. O Quadro 11 apresenta um exemplo de construção de *ladder*.

Quadro 11 – Exemplo de construção de *ladder*.

Entrevista 6		
Categoria	Classificação	Trecho da entrevista
Atributo	1. Alimentação saudável	Pra mim o mais importante é ter uma alimentação boa. Podendo escolher os alimentos naturais, evitar os carboidratos e ultraprocessados no dia a dia.
Consequência Funcional	14. Maior rapidez nos resultados	Quando eu me alimento melhor, percebo que os resultados desejados nos exames aparecem muito mais rápido e minha disposição fica bem melhor também.
Consequência Funcional	22. Benefícios em outros sistemas do corpo	Eu senti que minha digestão ficou muito melhor. E antes eu comia muito carboidrato, minha pele sempre ficava com uma aparência feia.
Consequência funcional	26. Controle do peso	Você sabe que o diabético tem que estar com o peso em dia né. Então com a dieta que faço fica tranquilo até de não engordar.
Valor Instrumental	39. Autocuidado	Pra mim, comer bem é um jeito até de eu cuidar de mim mesma. Quando eu dou preferência para alguns alimentos bons, eu estou mostrando que me importo com a minha saúde.
Valor Terminal	2. Tem saúde para viver mais e feliz	Nossa, o que eu realmente mais desejo é poder viver ainda por muitos anos e feliz, podendo aproveitar cada momento com muita disposição.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Para que fosse possível a obtenção da matriz de implicação e o mapa hierárquico, foi feita a inclusão de todas as *ladders* no software *LadderUx*®. Foram obtidas um total de 2310

ligações, sendo 673 ligações diretas e 1637 indiretas. Para a construção do mapa hierárquico de valor foram analisados diversos pontos de corte. Foi seguida a orientação de Reynolds e Gutman (1988), em que o ponto de corte deve representar por volta de dois terços das relações existentes. O Quadro 12 apresenta a representatividade ao utilizar os pontos de corte 03, 04 e 05.

Quadro 12 – Análise do ponto de corte a ser adotado.

Ponto de corte	Número de representações	Valor % relações correspondentes
00	2310	100
03	1672	73,56
04	1387	61,02
05	1115	49,05

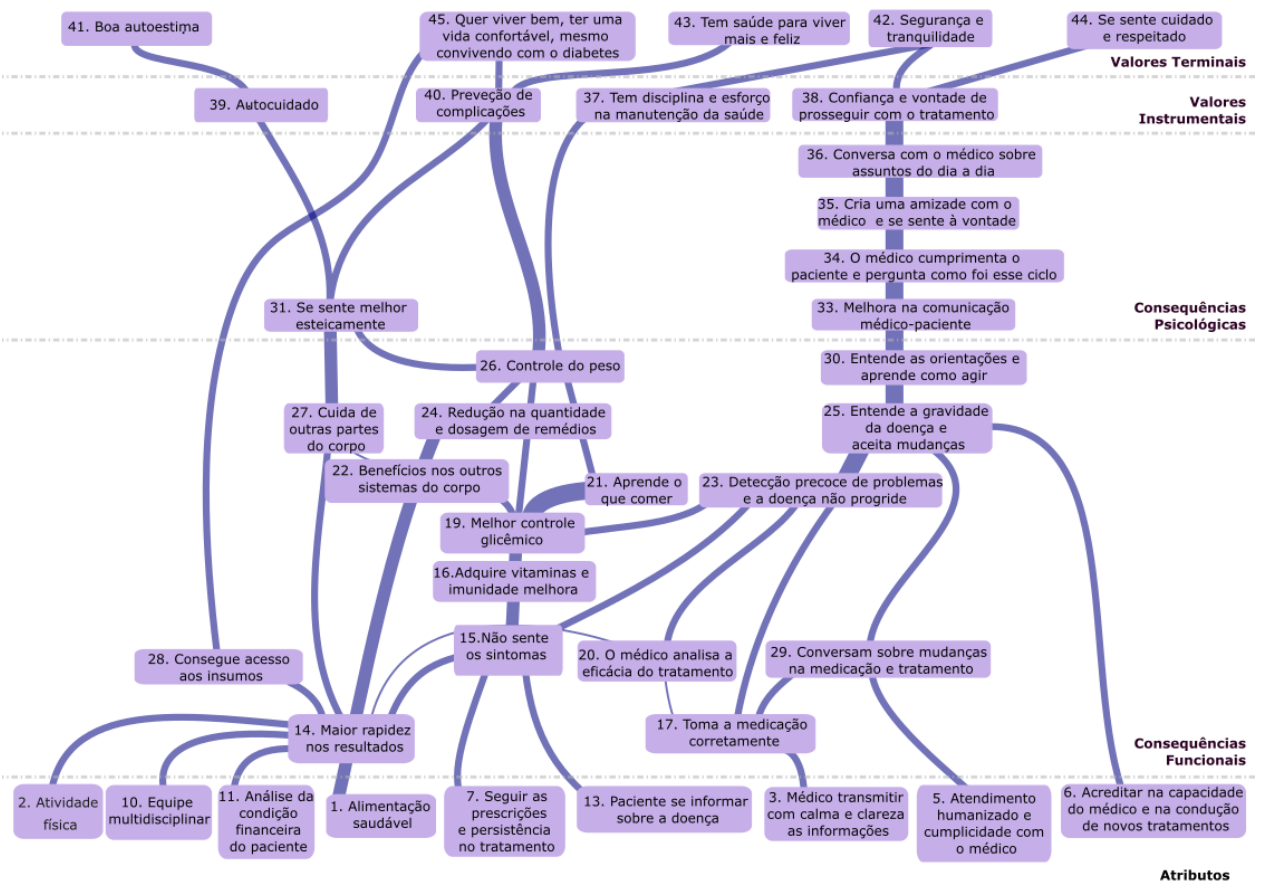
Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Para atender aos critérios de representatividade, foi adotado o ponto de corte 04, o qual mais se aproxima da representação de 2/3 de todas as ligações representadas na matriz de implicação, ficando abaixo somente em 4,98 do que foi mencionado por Reynolds e Gutman (1988), levando assim a uma significativa explicação no que envolve a quantidade de relações A-C-V. O Quadro 13 apresenta a Matriz de Implicação gerada pelo software *LadderUX*® a partir das *ladders* encontradas na pesquisa.



A matriz de implicação exhibe todas as conexões existentes entre os códigos A-C-V identificados a partir das *ladders* obtidas das entrevistas com os pacientes. Com base no ponto de corte 04, foram identificadas ao todo 1387 ligações, sendo que 360 são consideradas ligações diretas e 1027 ligações indiretas. As relações diretas foram utilizadas para a elaboração do MHV, conforme apresenta a Figura 6.

Figura 6 – Mapa Hierárquico de Valores dos pacientes.



Fonte: Elaborado pela autoria com o auxílio do LadderUx ® (2025).

O mapa hierárquico de valores apresentado é composto por 9 atributos, 16 consequências funcionais, 5 consequências psicológicas, 4 valores instrumentais e 6 valores terminais. Nesse contexto, vale destacar que alguns códigos não foram representados no mapa por não atingirem o número mínimo de relações exigidas pelo ponto de corte. Os códigos descartados foram: (4) “Acompanhamento e controle médico constante”; (8) “Apoio familiar”; (9) “Aceitação da condição de saúde”; (12) “Interesse do médico no caso”; (18) “Família fica ciente da importância do tratamento”; (32) “Redução da incerteza e do medo sobre a doença”; e (46) “Autonomia”.

Devido à estruturação do mapa hierárquico de valores e à extensão das cadeias dominantes, considerou-se pertinente a divisão das análises e interpretações em subseções. A primeira seção tem como título “Conexões entre as ações do paciente e os resultados do tratamento”, e abordará os atributos concretos relacionados às consequências funcionais. Já a segunda seção, denominada “Motivação e impactos psicológicos na aderência ao tratamento”, tratará das consequências psicológicas e dos valores (instrumentais e terminais).

#### **4.1.1 Conexões entre ações dos pacientes e os resultados do tratamento**

As percepções dos pacientes sobre as características que são fundamentais para a aderência ao tratamento médico, assim como as consequências funcionais que são alcançadas por meio desses atributos, são apresentadas nesta seção. A partir da elaboração do MHV, foi possível identificar três caminhos que envolvem as conexões dos entrevistados.

O primeiro segmento envolve o relacionamento com o médico. O atributo (3) “Médico transmitir com calma e clareza as informações” foi relatado pelos pacientes como um atributo fundamental para a aderência. Os pacientes mencionam que há uma distinção entre a linguagem técnica dos médicos e a deles. De acordo com os entrevistados, o primeiro passo seria transmitir as informações sobre o tratamento de forma objetiva, pois muitos não possuem conhecimento aprofundado sobre a doença. Nesse momento, o paciente pode ter informações parciais ou até mesmo incorretas sobre o diabetes, exigindo, assim, uma abordagem cuidadosa e esclarecedora.

Além disso, os pacientes comentam que muitos profissionais, por conta do tempo reduzido das consultas, transmitem as informações de maneira rápida, ocasionando confusão e esquecimento dessas orientações, o que corrobora com o dado do Ministério da Saúde (2016), segundo o qual o paciente tende a esquecer o que foi orientado logo após sair da consulta médica.

Quando o médico consegue transmitir as informações de forma clara, ele cria um ambiente no qual o paciente consegue absorver o conteúdo com tranquilidade e sem confusão. A calma do médico é relatada como importante, pois, diversas vezes, o diagnóstico de DM2 pode parecer assustador, e a maneira como a informação é passada pode facilitar a adoção das prescrições. Essa comunicação clara facilita o entendimento do paciente acerca da necessidade de (17) “Tomar a medicação corretamente” (consequência funcional), já que o paciente compreende a função de cada medicamento e como este contribui para o controle da doença.

No início eu tinha que tomar tanta medicação que fiquei até meio confusa. Mas só que o endócrino me explicou e deixou tudo por escrito. Aí coleí na geladeira pra não perder os horários de nenhuma – Entrevistado 20.

A quantidade de remédio que o diabético precisa tomar é absurda. Lembro de uma vez que eu troquei a ordem de medicação e via que não estava fazendo efeito. Cheguei no outro mês no consultório e falei, oh doutor, não deu certo não. Na hora que eu fui ver, tava tomando errado. A partir daquele dia ele repassa comigo em todas as consultas as medicações que devo tomar – Entrevistado 18.

A gente lê, a gente vê muita coisa, mas quem está ali estuda é o endócrino. Se formou em volta disso, tem um paciente ali na frente. Eu acho que eles ficam mais preocupados em atender várias pessoas do que dar a devida atenção de que aquilo tem que ser dado, sabe? Explicar, mostrar, claro, a gente tem que se informar, tem que ler, tem que saber. Mas eu acho que esse momento é importante assim, para você ver os prós, os contras – Entrevistado 4.

Nesse processo do paciente tomar a medicação corretamente, foi pontuado que pode aparecer a consequência de (23) “Detecção precoce e a doença não progredir”, pois quando o médico passa com clareza as orientações e o paciente toma a medicação, ocorre a retenção de sintomas e complicações da doença:

O que acontece também é que qualquer coisinha, é fácil de detectar. No início, por exemplo, eu tinha muito formigamento nos dedos, então o médico já me medicou corretamente e hoje não sinto nada – Entrevistado 5.

Eu não sabia que podia ter problema de vista por causa do diabetes. Ainda no início das consultas, um dia para de enxergar em casa. Pensei que fosse até efeito de medicação, mas aí a endocrinologista me explicou no consultório que era por causa da minha diabetes tá alterada. Então hoje eu consigo detectar se aparecer algum problema – Entrevistado 12.

Se eu não entendesse o que o médico fala e não tomasse a medicação, nem sei se estaria aqui hoje. Quantos sintomas eu já senti e por conta desse entendimento eu consegui cuidar – Entrevistado 17.

Uma outra consequência funcional apontada nesse processo de tomar a medicação corretamente é (28) “Conversar sobre mudanças na medicação e tratamento”. Esse código aparece pela complexidade da doença em dispor de variados medicamentos e estilos de tratamento. O que foi pontuado é sobre esse tratamento que precisa ser individualizado, já que o medicamento, por exemplo, que serve para um, pode não servir para o outro e também um medicamento pode ser benéfico a ponto do paciente relatar para o médico as alterações sofridas durante o uso do medicamento. Isso também reforça a ideia de que o tratamento de diabetes

pode ser dinâmico e pode ser ajustado a partir da evolução do estado clínico do paciente. Por conta dessas conversas de modificações, aparece a consequência funcional:

Eu estava tomando um remédio no horário certo, mas eu sentia muita tontura de manhã. Quando fui consultar, eu contei isso pra ele (o médico). E ele ajustou a dosagem para que o meu corpo se adaptasse melhor e não tive mais problemas – Entrevistado 20.

Mesmo com o tratamento, a minha glicemia começou a subir muito. A médica conversou comigo e explicou que talvez fosse o momento de incluir a insulina – Entrevistado 5.

A partir daí o paciente (25) “Entende a gravidade da situação”. Ao entender como que a doença atinge o organismo e as complicações que pode acarretar, isso facilita também na aderência:

Quando eu entendi a gravidade da doença, eu desabei. Vi que eu não ia ter escolha que não fosse a mudança de alguns hábitos – Entrevistado 18.

A conscientização sobre a progressão da doença me fez perceber que resistir às mudanças, só ia me trazer prejuízos – Entrevistado 5.

Eu tinha um amigo que nunca tomava a medicação. Hoje infelizmente ele não está aqui mais do meu lado. Eu quero ir no médico, entender e digo, doutor eu sei como é grave, pode falar que eu faço o que o senhor mandar – Entrevistado 17.

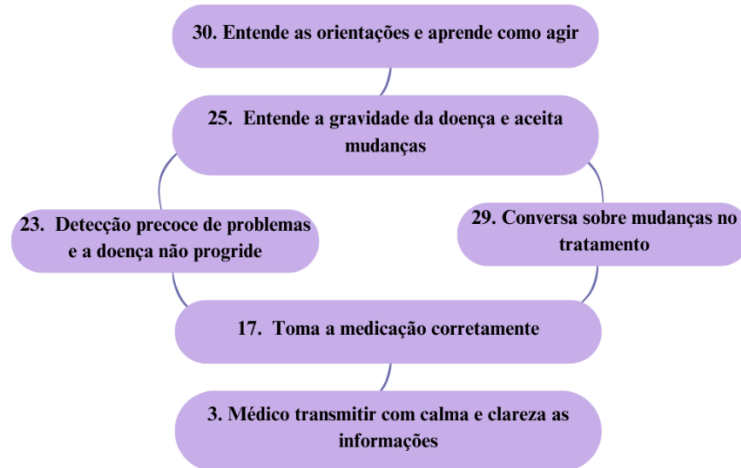
Esse ponto dialoga com a consequência funcional (30) “Entende as orientações e aprende a como agir”, pois, quando o diabético compreende as orientações, ele se sente mais preparado para tomar decisões informadas acerca de sua saúde. Esse entendimento não se aplica somente a saber o que fazer (tomar a medicação corretamente, praticar atividade física, seguir uma dieta saudável), mas também a compreender por que essas ações são importantes e como elas se conectam para o controle da doença.

A gravidade da doença te força a querer aprender a ser um “bom diabético”, aquele que faz tudo certinho. Não saio do consultório sem entender as orientações – Entrevistado 18.

Por causa dos riscos, eu tento ao máximo andar na linha, pergunto nas consultas para o médico se tá tudo certinho, se estou fazendo algo errado – Entrevistado 20.

A Figura 7 apresenta a relação entre (3) “Médico transmitir com calma e clareza as informações”, (17) “Toma a medicação corretamente”, (23) “Detecção precoce de problemas e a doença não progride”, (29) “Conversa sobre mudanças no tratamento”, (29) “Entende a gravidade da doença e aceita mudanças” e (30) “Entende as orientações e aprende como agir”.

Figura 7 – O entendimento da doença.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

O segundo atributo destacado é o (5) “Atendimento humanizado e cumplicidade com o médico”. Esse tipo de atendimento envolve o ser humano em suas dimensões biológicas, sociais e psicológicas no cerne da ação médica. Os pacientes comentam sobre uma relação próxima com o médico, na qual a proximidade, empatia, diálogo aberto e sensibilidade aparecem como primordiais. Assim como foi mencionado anteriormente, na sequência desse atributo também aparece a consequência funcional (28) “Conversar sobre mudanças na medicação e tratamento”. Os entrevistados relataram que, ao estabelecerem um diálogo mais aberto com o endocrinologista, conseguem comentar sobre alterações na medicação.

A doutora sempre me escuta com atenção e me trata bem. Isso me deixa mais à vontade para eu falar como me sinto com o tratamento e se quero mudar alguma coisa – Entrevistado 11.

O doutor sempre pergunta como estou me sentindo com o remédio. Eu sei que ele realmente se importa, aí eu consigo falar sem medo quando percebo efeitos colaterais ou algo precisa ser ajustado – Entrevistado 2.

Por conta da doutora ser sempre compreensiva comigo, eu consigo perguntar se existem alternativas. Antes eu só seguia o médico sem questionar – Entrevistado 17.

Eu já fui médico que mal olhou no meu rosto, sabe? Então assim, eu acho que você tendo atenção, você sendo bem atendida, é tendo respaldo ali, você vai ficar mais à vontade para conversar sobre as mudanças no tratamento – Entrevistado 6.

As próximas consequências que aparecem são iguais às do atributo anterior. A consequência (25) “Entende a gravidade e aceita mudanças” surge de forma que os diabéticos enxergam no médico uma empatia, a capacidade de se colocar no lugar do outro, para transmitir o diagnóstico e as possibilidades de tratamento. Mesmo sendo uma situação árdua, gestos de empatia facilitam esse entendimento.

Lembro que quando eu descobri a diabetes, a médica foi toda calma me explicar que era uma doença séria, que não tem cura e que precisa ser tratada para não ter complicações – Entrevistado 11.

Quando meu exame deu alterado, o doutor não me entregou só o resultado, ele sentou comigo e disse que estava grave, mas que dava para mudar – Entrevistado 16.

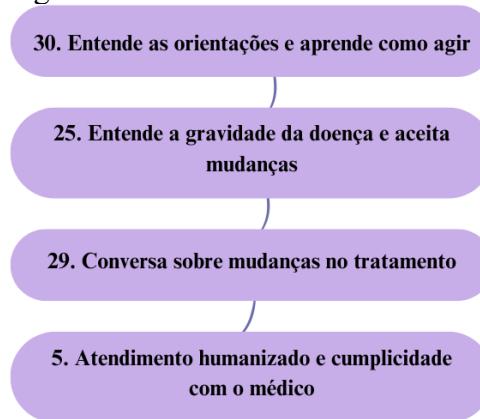
A consequência seguinte que aparece é a (30) “Entende as orientações e aprende como agir”, pois os médicos utilizam até exemplos do cotidiano, facilitando o entendimento e a aplicabilidade no dia a dia do paciente.

Ninguém da minha família tinha diabetes, então tudo era muito novo pra mim. A minha médica na primeira consulta desenhou um prato ideal pra mim, como que seria a divisão de alimento. Depois disso, ficou muito mais fácil montar as minhas refeições – Entrevistado 13.

O médico me contou o caso de um paciente que não seguia as orientações e teve complicações e comparou com um que mudou os hábitos e melhorou. Isso me faz perceber que as escolhas que faço hoje afetam minha saúde no futuro – Entrevistado 9.

A Figura 8 apresenta resumidamente as relações (5) Atendimento humanizado, (29) Conversa sobre mudanças no tratamento, (25) Entende a gravidade da doença e aceita mudanças, (30) Entende as orientações e aprende como agir.

Figura 8 – O atendimento humanizado.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

O terceiro atributo é o (6) “Acreditar na capacidade do médico e na condução de novos tratamentos”. Diversos pacientes comentaram ter trocado de médico por conta desse aspecto. Quando o paciente acredita nas falas do profissional, surge novamente a consequência (25) “Entende a gravidade da situação e aceita mudanças”, pois confiam que o médico possui a formação necessária para tal diagnóstico e transmite firmeza ao comentar sobre novos tratamentos.

Eu tenho que acreditar na capacidade o médico, ele estuda pra isso. Vejo que ele sempre está estudando sobre a diabetes, então se ele fala que é grave, é grave mesmo. Meu pé estava com mal circulação, não queria nem tratar com outra médico, queria que ele tratasse pra mim – Entrevistado 2.

Tem médico que não te passa firmeza não, já fui em uns três assim. Mas a doutora, aquela lá sempre tá em congresso, fazendo palestras. Gosto dos vídeos que ela faz explicando a doença e quais são os hábitos bons – Entrevistado 4.

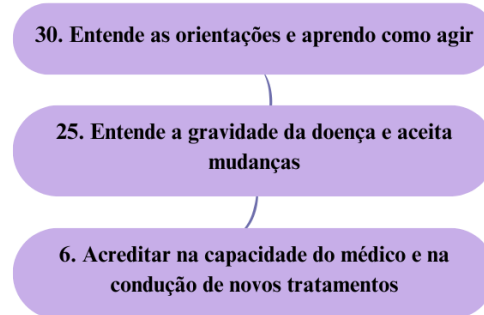
Quando o paciente compreende a gravidade, apresenta-se novamente a consequência (30) “Entende as orientações e aprende como agir”, pois a credibilidade transmitida, faz com que o paciente siga as orientações:

O médico não tem que te passar só os problemas da doença, é preciso que ele te mostre como agir. Minha médica faz lives de vez em quando pro pessoal diabético. Não perco uma. – Entrevistado 16.

Quando a gente entende orientações, facilita muito o tratamento. A gente não sabendo agir com o diabetes é mesma coisa que dar murro em ponta de faca, quem se machuca é a gente. – Entrevistado 13.

A Figura 9 apresenta a conexão advinda do atributo sobre a credibilidade do médico e do tratamento.

Figura 9 – A capacidade do médico.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Observa-se que os atributos (3) “Médico transmitir com calma e clareza as informações”, (5) “Atendimento humanizado e cumplicidade com o médico” e (6) “Acreditar na capacidade do médico e na condução de novos tratamentos” estão interconectados a partir das consequências do segundo nível da cadeia, mostrando que, mesmo sendo atributos distintos, levam a consequências semelhantes.

O segundo trajeto envolve o próprio tratamento em si. O primeiro atributo que aparece é o (7) “Seguir as orientações prescritas e persistência no tratamento”. Foi comentado que, quando há essa característica, surge a consequência funcional (15) “Não sente os sintomas”. Conforme é apontado na literatura, quando o paciente não segue as prescrições médicas, podem surgir sintomas como formigamento nos pés e nas mãos, infecções frequentes e visão embaçada. Já quando a doença é tratada, esses sintomas ficam controlados.

Se eu realmente tento controlar a glicose, seguindo as orientações médicas, os sintomas não costumam aparecer – Entrevistado 16.

Antes eu passava muito mal, nem conseguia ir trabalhar. Mas agora o médico deixa tudo anotado o que eu preciso fazer, e sintomas nem me incomodam mais – Entrevistado 4.

Quando eu tinha 24 anos, eu comecei a ter os formigamentos nos dedos, era uma situação horrível. Só parou quando eu decidi seguir as orientações – Entrevistado 12.

Outra consequência funcional que apareceu foi a (16) “Adquirir vitaminas e a imunidade melhora”. A partir das orientações e da absorção de medicamentos e alimentos contendo

vitaminas, essa consequência foi pontuada pelos entrevistados, pois diversos deles relataram que, com as orientações, apresentam menos sintomas e percebem uma melhora na imunidade.

O doutor quis mudar o meu tratamento e foi muito bom. Não me sinto mais cansada e por conta dos remédios que estou tomando, nem fico mais doente – Entrevistado 3.

Deve fazer mais de ano que não tenho nenhum sintoma. Na hora que a médica falou que ia mudar de tratamento, pensei: ela sabe o que está fazendo. Antes por qualquer motivo eu ficava resfriada ou com alguma coisa, mas eu consegui adquirir muito vitamina no meu corpo e hoje estou com uma saúde de ferro – Entrevistado 16.

A próxima consequência funcional em destaque é o (19) “Melhor controle glicêmico”, pois lembrando das orientações, é possível um equilíbrio da glicose no organismo:

Desde que vou na doutora, meu controle glicêmico melhorou demais, não tenho mais aqueles picos que faziam eu passar muito mal – Entrevistado 14.

Hoje com a ajuda da suplementação também não tenho mais problema de glicose. Antes eu já estava quase tomando insulina – Entrevistado 20.

Também comenta-se da consequência funcional de (22) “Benefícios em outros sistemas do corpo”. Por conta do diabetes afetar diversos órgãos, ao controlá-lo, também é possível obter melhorias como por exemplo no sistema cardiovascular e circulatório. Sabe-se que este último é de extrema relevância pois pode estar relacionado a casos de amputações. Por isso os pacientes também almejam esse tipo de melhoria:

Agora eu consigo dormir e acordar bem porque antigamente eu acordava muito cansada – Entrevistado 21.

Eu estava com muito problema no olho de enxergar, agora que a glicose está estabilizada, não sinto mais aqueles incômodos – Entrevistado 10.

Eu ficava muito preocupado com as dormências que eu sentia na perna, mas agora não sinto mais e consigo fazer a minha caminhada tranquilamente – Entrevistado 11.

A partir do corpo sendo cuidado como um todo, pode ocorrer a consequência funcional (24) “Redução na quantidade e dosagem do remédio”. Esse código aparece em diversas entrevistas, pois mesmo os pacientes sabendo que diabetes não tem cura, a possibilidade na redução na quantidade de remédios é uma consequência desejada por estes.

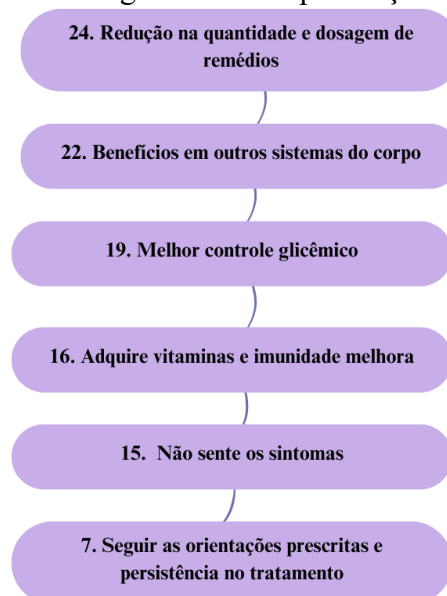
Eu não quero chegar ao ponto de ter que usar insulina. A médica disse que se eu continuar assim, não vou precisar – Entrevistado 3.

Na última consulta, o doutor me disse que talvez na próxima consulta ele já até consiga diminuir a quantidade de remédios que eu tomo já que o tratamento está indo bem – Entrevistado 17.

Depois que minha circulação melhorou, nem estou mais precisando tomar esses remédios. Agora só tomo 3 no dia – Entrevistado 10.

A seguir, a Figura 10 aponta a conexão advinda do paciente seguir corretamente as prescrições médicas.

Figura 10 – O seguimento das prescrições médicas.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Uma cadeia semelhante que se forma tem origem no atributo (13) “Paciente se informar sobre a doença”. Quando o indivíduo conhece os sintomas e sabe o que deve fazer e como agir para manter o equilíbrio do diabetes, surge a consequência funcional (15) “Não sente os sintomas”, pois, a partir de suas pesquisas, ele sabe como agir para evitar que algum sintoma venha a se manifestar.

Eu acho que o primeiro médico é a gente mesmo. A gente precisa conhecer nosso corpo. Desde que descobri a diabetes, eu sempre pesquiso. Sei quando estou tendo uma queda de glicose, então já faço tudo para evitar – Entrevistado 4.

Ah, o paciente ele sabendo da doença dele, ele sabe que a diabetes é uma doença silenciosa, não é? Então ela te dá os picos, ela te dá a sensação. Por exemplo, se você ficar muito nervosa, pode ver que ela está alta. Muito

nervosa, sonolenta, com muita sede. Você pode preparar que ela está alta agora, quando ela está baixa, você começa a suar frio, quase desmaia, entendeu? Então quando eu tenho hipo também, eu fico suando frio de pingar. Então eu já sei, como um doce, uma bala uma coisa assim, até ela normalizar – Entrevistado 3.

Assim como no caso anterior, a sequência é dada pelas consequências (16) “Adquire vitaminas e imunidade melhora” e (19) “Melhor controle glicêmico”. A partir destas pesquisas é possível que apareça a consequência funcional (21) “Aprende o que pode comer”. Foi relatado que há variados vídeos e portais na internet com receitas para diabéticos, o que facilita contornar a questão da restrição alimentar.

Por exemplo, eu sei que posso comer frutas, mas preciso equilibrar com as proteínas para que não aumente muito minha glicemia. Tem muito tabu sobre a alimentação do diabético, mas meu médico me explicou que posso comer quase tudo, desde que seja com moderação. – Entrevistado 13.

Antes eu era meio relutante para a troca do arroz branco pelo integral, mas hoje é tranquilo e fez toda diferença pra mim – Entrevistado 8.

Você acredita que hoje eu posso até comer doce?! Claro que não é todos os dias, mas posso comer um quadradinho depois do almoço – Entrevistado 4.

Tem uma página que eu sigo no Instagram que passa umas receitas maravilhosas pro pessoal com diabetes. Então eu nem sinto falta de alguns alimentos, porque consigo substituir bem – Entrevistado 20.

A última consequência funcional deste trajeto é o (26) “Controle do peso”. Por conta das receitas que podem ser feitas, como também alimentos que são importantes para o controle do diabetes, pode levar ao emagrecimento e controle do peso, aspecto importante para o controle da doença.

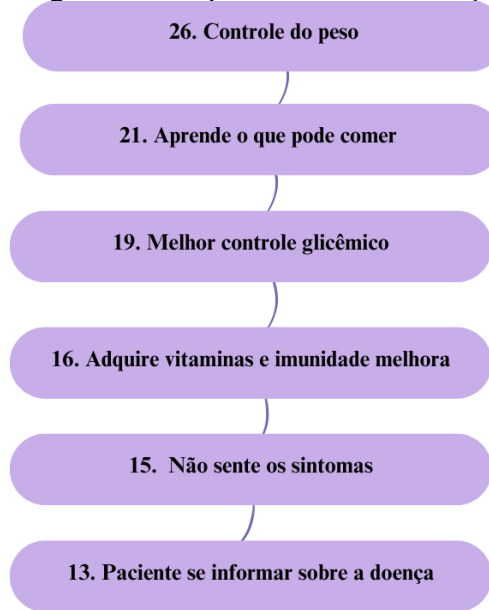
Desde que comecei a me alimentar melhor, eu tenho mantido um peso bom pra minha idade – Entrevistado 7.

Com as comidas que faço hoje em dia, consegui perder uns quilinhos, além da minha glicose ter abaixado. Manter o peso controlado é muito importante para um bom tratamento – Entrevistado 2

É difícil, mas eu aprendi que manter o peso ajuda muito no controle do diabetes, faz toda a diferença – Entrevistado 4.

A Figura 11 demonstra a conexão do (13) Paciente se informar sobre a doença, (15) Não sente os sintomas, (16) Adquire vitaminas e a imunidade melhora, (19) Melhor controle glicêmico, (21) Aprende o que pode comer, (26) Controle do peso.

Figura 11 – O paciente e a informação.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

O terceiro trajeto aparece com aspectos que envolvem mais a questão da disponibilidade financeira do paciente, assim como hábitos do cotidiano. O primeiro atributo é o (2) “Atividade física”. Considerada um dos pilares do tratamento para diabetes, é possível perceber, pelas falas dos entrevistados, a importância que estes atribuem ao exercício. É argumentado que, com a prática de atividades físicas — seja caminhada, corrida, academia, pilates ou fisioterapia —, surge a consequência funcional (14) “Maior rapidez nos resultados”. Mesmo que a doença exija um tratamento ao longo de toda a vida, a atividade física proporciona bons resultados a curto prazo.

Foi impressionante, depois que eu comecei a caminhar todos os dias, minha glicose estabilizou muito rápido – Entrevistado 1.

Eu já reparei que quando caminho depois do almoço, minha glicose não sobe tanto como antigamente – Entrevistado 5.

Hoje eu pedalo todos os dias. Os resultados dos meus exames melhoraram mais rápido do que eu imaginava – Entrevistado 3.

Eu adoro fazer aula de forró, porque além de ser um exercício físico, eu me divirto e meus exames melhoram – Entrevistado 7.

Além disso, ao exercitar, ocorre a consequência funcional (27) “Cuida de outras partes do corpo”, como por exemplo a regularização do metabolismo e o fortalecimento dos músculos.

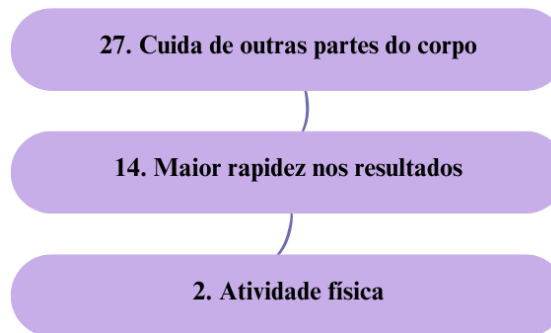
Por exemplo, se eu puder caminhar e tiver uma carona para o lugar, eu poder caminhar, dou prioridade para caminhar. Porque eu gasto o que eu consumo

eu consigo gastar. Isso não dá uma reserva de calorias, obesidade... Então fui muito orientado no começo para movimentar o máximo possível e isso me ajudou demais, né? Depois que eu assimilei isso, eu não tive mais alto de glicemia né? A medicação é só um complemento. O resto é sua rotina de vida, mesmo que vai ditar como que vai ficar – Entrevistado 6.

Então traz mais disposição. Eu que tenho dificuldade pra dormir, por exemplo, quando eu caminho mais a noite, eu dou uma prioridade para a noite, eu sinto que eu canso mais o corpo é durmo melhor, né? E igual eu falei, eu não faço academia não, sabe? Mas eu caminho bastante igual médico, indicou. No ritmo com o médico, falou direitinho. E está dando resultado. Porque você vê, até hoje ainda não voltei reclamando graças a Deus e estou mantendo o peso – Entrevistado 5.

A Figura 12 apresenta a cadeia entre (2) “Atividade física”, (14) “Maior rapidez nos resultados”, (27) Cuida de outras partes do corpo.

Figura 12 – A realização de atividade física.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

O segundo atributo identificado é o (10) “Equipe Multidisciplinar”, que representa o cuidado integral do paciente, combinando variadas áreas do conhecimento para a promoção da saúde. No tratamento do DM2, estão envolvidos profissionais como endocrinologistas, cardiologista, oftalmologista, fisioterapeuta, educador físico, psicólogo, dentre outros.

Por conta dessa abordagem holística, os entrevistados mencionaram a consequência funcional (14) “Maior rapidez nos resultados”, uma vez que cada profissional se dedica a um tratamento personalizado. Também foi identificada a consequência funcional (22) “Benefícios nos outros sistemas do corpo”, justamente em razão desse tratamento realizado de forma integrada.

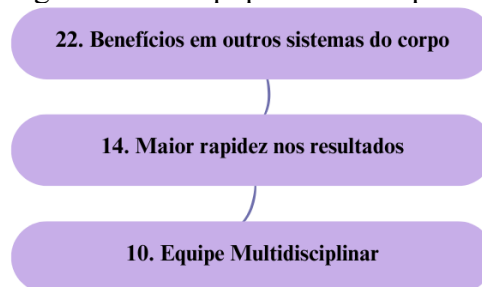
Ter acompanhamento de vários profissionais faz toda a diferença. Cada um contribui de um jeito e me ajuda a entender melhor como cuidar da minha saúde – Entrevistado 1.

A nutricionista me ensinou a comer melhor, o endocrinologista ajustou a medicação e o psicólogo me ajudou a lidar com a ansiedade – Entrevistado 19.

Seguir direitinho o que os profissionais indicam me ajudou a controlar a glicose mais rápido. Antes eu achava que ia demorar muito, mas já vi melhora nas primeiras semanas – Entrevistado 21.

A conexão (10) Equipe multidisciplinar, (14) maior rapidez nos resultados e (22) “Benefícios nos outros sistemas do corpo é mostrada na Figura 13.

Figura 13 – A equipe multidisciplinar.



Fonte: Elaborada pelos autores (2025).

A (11) “Análise da condição financeira do paciente” aparece como um atributo relevante no MHV. Doenças crônicas, como o diabetes tipo 2, geram um alto custo devido a medicamentos, consultas médicas, exames, insumos (como fitas para medição da glicose) e uma alimentação adequada. A dificuldade de acesso a esses recursos pode levar à interrupção do tratamento, à substituição inadequada de medicamentos ou à diminuição da frequência de consultas médicas.

Por isso, os pacientes relataram ser importante que o médico leve em consideração a questão financeira para a aquisição de produtos e serviços. Foi mencionada a Farmácia Popular como uma aliada nesse processo, embora também tenham sido citados medicamentos que não estão disponíveis nesse programa, mas que trazem bons benefícios para o tratamento. Quando o paciente possui uma boa condição financeira, ele consegue adquirir medicamentos mais caros, que contribuem significativamente para o tratamento, possibilitando a consequência funcional (14) “Maior rapidez nos resultados”.

Quando o médico considera a parte econômica, o paciente consegue se planejar para a consequência funcional (28) “Consegue acesso aos insumos”. Esse planejamento foi relatado como resultado de acordos ou ajuda familiar, bem como da redução de algumas despesas da casa.

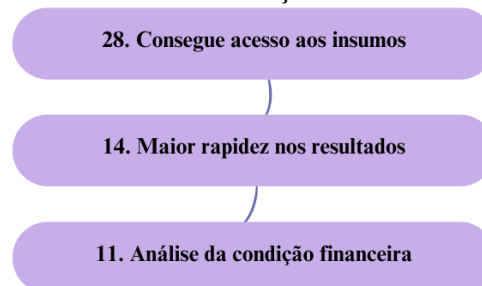
Eu acho muito importante o médico perguntar quanto eu ganho. Porque nada adianta ele me receitar um remédio de R\$500,00 se eu não posso comprar. Quando ele pergunta, eu respondo e ele me fala a partir do meu orçamento, o que devo comprar – Entrevistado 7.

Hoje em dia eu estou tomando uma medicação mais cara. A doutora me perguntou se dava pra eu comprar. Demorei 3 meses para dar resposta pra ir fazendo as despesas. Voltei, e falei que por enquanto eu conseguiria manter – Entrevistado 16.

Chegou uma época que até troquei de médica porque ela só me dava remédio caro. Se eu pudesse, comprava, mas tenho criar meus meninos. A doutora que vou agora desde a minha primeira consulta perguntou quanto eu ganho – Entrevistado 12.

A Figura 14 resume a conexão abordada a partir da (11) Análise da condição financeira do paciente.

Figura 14 – A análise da condição financeira do paciente.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

O último atributo é (1) “Alimentação saudável” que para muitos dos entrevistados é considerado o maior desafio. A escolha da dieta correta também aparece como um fator determinante para o bom tratamento. A partir da alimentação, aparece a consequência funcional (14) “Maior rapidez nos resultados” justamente por conta do benefício que adequação da alimentação traz ao diabético:

Para mim a alimentação foi a chave, sabe? Não sei o que aconteceu, mas meu corpo começou a responder mais rápido ao tratamento, fiquei até assustada – Entrevistado 21.

Os entrevistados comentam que quando eles seguem a dieta, também ocorre a consequência funcional (15) “Não sente os sintomas”, por conta da alimentação equilibrada estar proporcionando resultados ao corpo:

Quando eu pego firme na alimentação, sigo a dieta, eu não sinto mais aquela sede que parecia que eu estava no deserto e não fico tão cansada e sonolenta – Entrevistado 19.

Com essa alimentação eu dia, consegui controlar bastante os sintomas. Já faz muito tempo que eu não sinto mais nada – Entrevistado 10.

Depois que eu tomei vergonha na cara e aceitei fazer uma dieta, não aparecem mais os sintomas, porque eu tinha muitos picos de energia, mas depois eu tinha um cansaço que parecia que fazia dias que eu não dormia – Entrevistado 9.

Uma outra consequência funcional que aparece também pela ausência de sintomas, é a dos (22) “Benefícios nos outros sistemas do corpo”, principalmente pelo fato dos alimentos serem ricos em nutrientes:

Na verdade, melhorou tudo! Minha pressão parece de uma mocinha e consigo ter disposição agora o dia todo – Entrevistado 17.

Meu cardiologista até elogiou, falou que meu coração tá ótimo! – Entrevistado 1.

Eu acho que por eu comer muito carboidrato, minha pele sempre foi ruim. Mas agora, acho que melhorou até a oleosidade da minha pele – Entrevistado 19.

Agora que a diabetes está sob controle, eu vejo que a minha circulação e articulações melhorou. Antes minhas pernas e meu pé doíam muito – Entrevistado 4.

Pode acontecer também a consequência funcional (24) “Redução na quantidade e dosagem de remédios” por causa da glicose estabilizada, como anteriormente falado, algo comentado pelos entrevistados. Muitos não gostam de ter que tomar a insulina e outros tentam não ter tantas despesas com a medicação.

Como tá ocorrendo tudo bem, eu estou tomando até menos remédios e nem preciso de insulina – Entrevistado 2.

Do jeito que eu estou indo bem, até pensei que ia conseguir parar de tomar remédio. Sei que isso não vai acontecer, mas pelo menos agora só tomo 2 – Entrevistado 21.

Com o dinheiro que eu estava gastando com medicação, nem estava dando pra eu fazer a minha fézinha. Mas como a Dra disse que estou indo bem no tratamento, até diminuiu a medicação – Entrevistado 7.

A última consequência que aparece é (26) “Controle do peso”, pois a dieta, assim como os benefícios que aparecem, ajudam a chegar nesse patamar. Comentaram sobre a dieta *low carb* que também ajuda no emagrecimento:

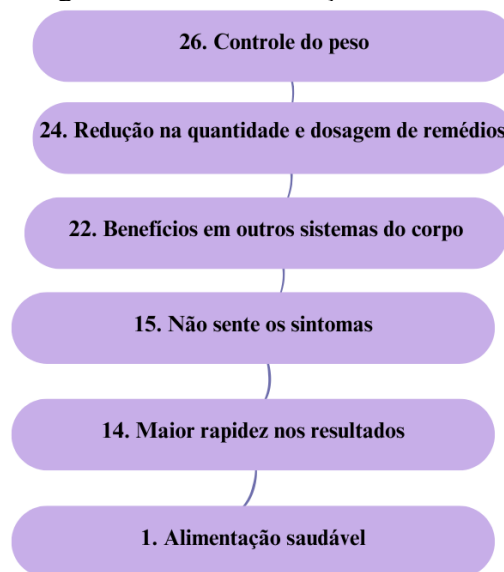
Desde agosto do ano passado, consegui perder 8 kg. Antigamente eu nem ligava para o peso, mas quando a gente tem diabetes, o (aumento de) peso ajuda ela a subir – Entrevistado 15.

Quando a nutricionista me passou a dieta *low carb*, achei que ia ser um sofrimento. Mas eu gostei e faço até hoje. Estou conseguindo emagrecer cada dia mais – Entrevistado 14.

Vou te falar, cada vez que vou na médica, estou ganhando mais elogios, nem na minha adolescência eu tive esse peso de hoje – Entrevistado 20.

Outra cadeia que se forma é a partir do atributo (1) “Alimentação saudável”. A Figura 15 a seguir apresenta esse elo.

Figura 15 – A alimentação saudável.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

#### 4.1.2 Motivação e impactos psicológicos na aderência ao tratamento

O estágio seguinte na descrição da estrutura cognitiva dos pacientes envolve o âmbito abstrato de autoconhecimento. Nesse nível, destacam-se as consequências psicológicas geradas por aspectos relacionados ao conhecimento acerca da aderência, elencados anteriormente. Dessa forma, torna-se possível compreender as motivações que levam à aderência por meio dos valores instrumentais e terminais.

A partir da consequência funcional (30) “Entende as orientações e aprende como agir”, surge a consequência psicológica (33) “Melhora na comunicação médico-paciente”, pois, quando o paciente compreende as orientações, sente-se mais seguro para dialogar, esclarecer dúvidas e expressar suas preocupações.

No início, eu ficava meio perdido com tanta informação, mas quando comecei a entender as orientações ficou mais fácil de eu falar com o médico. Consigo falar o que tá dando errado e tenho respostas melhores dele – Entrevistado 1.

Depois que aprendi o que preciso fazer no dia a dia, nossa! A minha comunicação com o doutor melhorou demais. Por conta dele ter me explicado direitinho o tratamento tá indo que é uma beleza – Entrevistado 3.

Esse código se conecta diretamente à consequência psicológica (34) “O médico cumprimenta e pergunta como foi o ciclo”. Esse gesto demonstra um interesse genuíno pelo paciente, fortalecendo o vínculo pessoal. A iniciativa do médico em cumprimentar e perguntar sobre o tratamento anterior faz com que o paciente acredite que sua jornada de saúde está sendo acompanhada com atenção.

Antes, a consulta era rápida, eu só respondia mesmo o que ele perguntava. Mas agora não, nós conversamos. Eu chego lá no consultório ele sempre e me cumprimenta e pergunta como que passei da última consulta, mostrando interesse mesmo na minha melhora – Entrevistado 15.

Eu gosto de chegar no consultório e a doutora vim me abraçando perguntando se estou bem, se entendi e fiz tudo certinho que nem ela pediu. Isso é uma doutora de verdade, louvo a Deus todos os dias pela vida dela – Entrevistado 8.

É ganhar um bom dia, por exemplo, uma coisa tão elementar, né? E muitas vezes a gente vê aí em outras áreas, o médico sequer te cumprimenta, né? A minha médica é uma gracinha, vem me receber na porta e já chega toda preocupada para saber como que passei esses meses – Entrevistado 11.

Aparece em seguida a consequência psicológica (35) “Cria uma amizade com o médico e se sente à vontade” pois ao estabelecer um vínculo mais próximo, o paciente passa a enxergar o médico não apenas como um profissional de saúde, mas também com que pode compartilhar suas dúvidas e suas preocupações, como um amigo:

Eu o tenho como meu amigo. Eu não vejo ele como médico. Eu tenho pânico de jaleco branco. Então a gente chega, a gente sente conversa, a gente começa a falar de futebol que eu gosto, então eu sou galo e ele cruzeirense, então a gente debocha um do outro, então assim, se quando vai me aferir a minha

pressão, tá normal, entendeu? Então é isso que que eu falo, ele é meu amigo, ele não é meu médico – Entrevistado 6.

Ah, porque ele é bom, né? Porque tirando o Dr da frente, ele é uma pessoa boa. São muitos anos que ele acompanha a minha rotina. Eu tenho ele como um amigo de mais de 8 anos – Entrevistado 2.

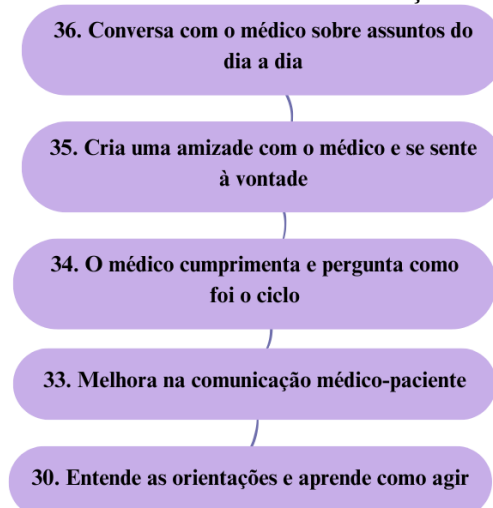
A partir desse grau de amizade que é criado, ocorre a consequência psicológica (36) “Conversa com o médico sobre assuntos do dia a dia”. Esse tipo de comportamento reflete um relacionamento mais informal e humanizado, onde o paciente se sente livre para compartilhar não apenas questões de saúde, mas também aspectos de sua rotina.

Eu gosto do meu médico porque a gente não fala só da doença. Converso com ele sobre trabalho e sobre minha família – Entrevistado 2.

Minha médica sempre pergunta da minha rotina, se eu tenho dormido bem, se estou estressado. Não é só de exame e remédio que ele fala – Entrevistado 18.

A Figura 16 apresenta a cadeia que aparece a partir da consequência funcional (16) “Entende as orientações e aprende como agir”.

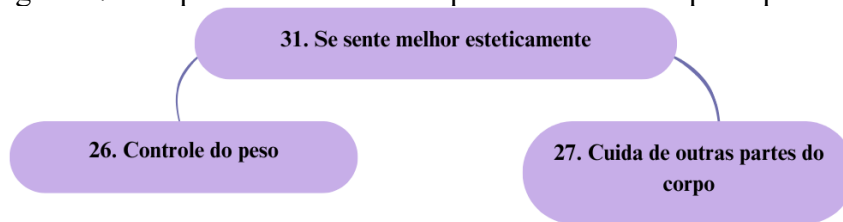
Figura 16 – O entendimento das orientações médicas.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Por meio das consequências funcionais (26) “Controle do peso” e (27) “Cuida de outras partes do corpo”, é identificada a consequência psicológica (31) “Se sente melhor esteticamente”, pois o paciente passa a perceber mudanças positivas em seu corpo. Foi relatado que passa a se olhar mais no espelho, sente-se mais confortável com a própria aparência e recebe reconhecimento externo. Abaixo é apresentada a Figura 17 que aborda essa relação.

Figura 17 – Impacto do controle do peso e cuidado corporal para o diabético.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

A partir da consequência psicológica (31) “Se sente melhor esteticamente” leva ao valor instrumental (39) “Autocuidado”, que envolve as práticas desenvolvidas pelo paciente para chegar ao resultado almejado.

O autocuidado é decisivo para o controle do diabetes. Pequenas atitudes fazem total diferença. Eu preciso cuidar de mim. – Entrevistado 1.

Se eu me cuido, a minha vida até melhora. Pra mim, o autocuidado é o caminho – Entrevistado 21.

Essa consequência psicológica juntamente com a consequência funcional (26) “Controle do peso” leva a busca pela (40) “Prevenção de complicações”, que é um conjunto de comportamentos que ajudam a minimizar as consequências, como por exemplo as neuropatias ou maximizar o tratamento.

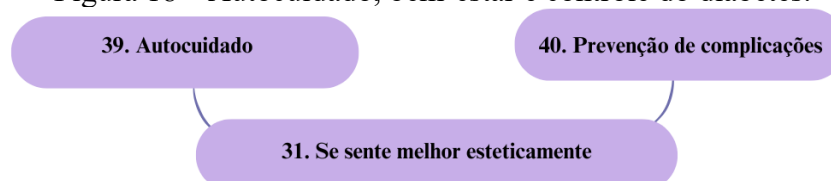
A prevenção de complicações não é só evitar problemas, mas garantir uma vida sem limitações – Entrevistado 2.

Se eu quero ter uma vida longa pra criar meus netos, preciso prevenir todas as complicações – Entrevistado 1.

A prevenção de agora, é a qualidade de vida que eu vou ter no futuro. Entrevistado 3.

A relação elencada é apresentada de maneira resumida na Figura 18, apresentando os valores instrumentais.

Figura 18 – Autocuidado, bem-estar e controle do diabetes.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

A consequência funcional (26) “Controle do peso” induz ao valor instrumental (37) “Tem disciplina e esforço na manutenção da saúde”, sendo representada pelo autocontrole:

A disciplina no controle do peso é um reflexo do meu esforço em priorizar a saúde, evitando sobrecarga do meu corpo e mantendo o diabetes sob controle – Entrevistado 6.

Se eu me dedico, estou fazendo esforço para garantir que a sua saúde seja mantida – Entrevistado 4.

O último valor instrumental que é (38) “Confiança e vontade de prosseguir com o tratamento surge da consequência psicológica” (36) “Conversa com o médico sobre assuntos do dia a dia”. A confiança aparece através do diálogo:

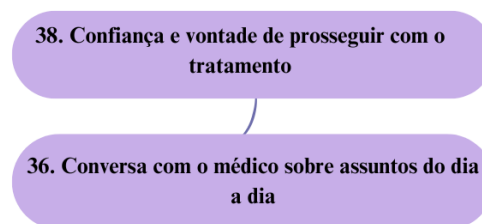
Essa abertura do médico com o paciente fortalece a confiança e a vontade de continuar – Entrevistado 2.

Uma boa comunicação além de aliviar preocupação, gera confiança em mim com o médico – Entrevistado 9.

Essa relação de confiança precisa ser fortalecida para o meu bem e para eu dar a continuidade do tratamento – Entrevistado 5.

A Figura 19 demonstra a cadeia contendo o último valor instrumental.

Figura 19 – O relacionamento médico-paciente.



Fonte: Elaborada pela autora.

No maior nível de abstração encontra-se os valores terminais. O valor instrumental (39) “Autocuidado” leva ao valor terminal (41) “Boa autoestima”, pois essa prática leva o paciente a sentir-se no controle de sua saúde. O esforço no dia a dia no autocuidado possibilita condições para que o diabético tenha uma boa autoestima:

Se eu me cuido, parece que eu tenho uma sensação de uma autoestima muito boa. Parece que isso faz eu querer o melhor pra mim – Entrevistado 4.

O fato de eu me cuidar, reflete na minha autoestima que eu desejo e me sinto melhor – Entrevistado 20.

O valor instrumental (40) “Prevenção de complicações” leva a dois valores terminais: (45) “Quer viver bem, ter uma vida confortável, mesmo convivendo com o diabetes” e (43) “Tem saúde para viver mais e feliz”. Essa prevenção possibilita que o paciente alcance os valores terminais.

Hoje em dia eu cuido pra evitar problemas. Quero continuar vivendo a minha vida normalmente, não sendo limitado pela doença – Entrevistado 5.

Eu quero viver mais pra aproveitar a vida mesmo, hoje todo mundo tá vivendo muito, eu quero também, não quero ter preocupações com problema sério – Entrevistado 19.

Eu quero poder aproveitar a minha família ao máximo agora que estou aposentado, eu quero e mereço ser feliz – Entrevistado 1.

A junção dos valores instrumentais (37) “Tem disciplina e esforço na manutenção da saúde” e (38) “Confiança e vontade de prosseguir com o tratamento” leva ao valor terminal (42) “Segurança e tranquilidade”:

Eu acredito que a segurança vem da confiança que eu tenho no médico e em seguir o tratamento. Isso eu consigo ter uma vida tranquila e com as preocupações controladas – Entrevistado 5.

Se eu sigo mesmo o tratamento, eu tenho uma sensação de paz, tranquilidade, eu vejo que cheguei na harmonia que eu queria – Entrevistado 20.

A confiança que eu sinto no doutor faz eu me sentir segura e é isso que eu preciso segurança, quero que tudo esteja sob controle – Entrevistado 10.

A (38) “Confiança e a vontade de prosseguir com o tratamento” alcança o valor terminal (44) “Se sente cuidado e respeitado”, que envolve um estado emocional importante para o paciente. Ele percebe que está sendo tratado com atenção e empatia e muitos vão em busca disso:

Quando o médico mostra preocupação comigo, eu me sinto cuidada, vejo ali uma parceria e é isso que o tratamento tem que ser – Entrevistado 18.

O importante pra mim é saber que posso contar com o apoio da doutora. Isso faz eu sentir que estou em boas mãos – Entrevistado 16.

As percepções dos pacientes mostram que a aderência ao tratamento está relacionada à qualidade da relação médico-paciente, à clareza das informações considerando o contexto de vida do diabético, bem como à inclusão de questões financeiras e emocionais. A conexão entre atributos, consequências e valores evidencia a importância de uma abordagem integrada e personalizada, que leve em consideração dimensões clínicas, humanas e de cuidado (Bertan et al., 2019).

#### 4.1.3 Análise das cadeias dominantes dos pacientes

No mapa hierárquico de valores, a partir da espessura das linhas, é possível analisar relações diretas e indiretas entre os elementos. Dessa forma, foi possível a visualização das conexões mais significativas. As linhas mais grossas correspondem às cadeias dominantes.

O primeiro segmento diz respeito ao paciente almejar segurança e tranquilidade. As conexões 6 → 25 → 30 → 33 → 34 → 35 → 36 → 38 → 42, representam esse processo. Acreditar no médico e no tratamento, faz com que o paciente compreenda a doença e aceite mudanças no estilo de vida, pois ele busca a segurança da doença estar controlada e tranquilidade para viver sua rotina. Outra cadeia que é apresentada é composta pelos itens 7 → 15 → 16 → 19 → 22 → 24 → 26 → 37 → 42. Em que seguir as orientações médicas propicia melhorias no organismo como um todo pois o paciente busca ter disciplina com o tratamento podendo assim ter segurança e tranquilidade por estar seguindo de forma correta as orientações.

O segundo segmento surge da cadeia 1 → 14 → 22 → 24 → 26 → 40 → 43, em que o paciente ao aderir a uma alimentação saudável, consegue obter maiores benefícios na saúde que vão além do próprio diabetes, podendo assim alcançar longevidade e tendo felicidade para viver a sua rotina.

O terceiro segmento que trata da qualidade de vida do paciente aparece a partir dos códigos 10 → 14 → 22 → 27 → 31 → 40 → 45 é visto que a participação de uma equipe multidisciplinar durante o tratamento traz benefícios para o corpo de uma forma geral. Pois cada profissional especialista vai fazer um tratamento individualizado para o paciente, permitindo uma visão holística e trazendo diversas vantagens ao paciente para que alcance uma boa qualidade de vida, mesmo tendo que lidar com a doença diariamente.

O quarto segmento abrange a cadeia 5 → 29 → 23 → 25 → 30 → 33 → 34 → 35 → 36 → 38 → 44. A partir do atendimento humanizado aparece uma melhor compreensão da doença, assim como uma relação mais próxima entre médico-paciente leva o diabético a ter uma melhor relação com o profissional, facilitando a comunicação e criando um vínculo importante

para a aderência, em que o paciente acaba vendo por parte do médico gestos e ações de cuidado e respeito, algo que eles buscam e que é decisivo para a continuidade no tratamento.

Dessa maneira, o mapa possibilita um entendimento das percepções dos pacientes no que tange ao tratamento para diabetes tipo 2. As cadeias dominantes apontam valores como segurança, tranquilidade, longevidade e respeito como decisivos na aderência ao tratamento. Ademais, a importância de acreditar no médico, a adoção de hábitos saudáveis e a participação de uma equipe multidisciplinar contribuem para uma abordagem mais eficaz e personalizada. Essas conexões mostram como os pacientes percebem e sentem os impactos positivos do tratamento em suas vidas, reforçando a importância de estratégias que contribuam não apenas para a adesão, mas também para um “cuidar” mais próximo e humanizado.

#### 4.2 A aderência na perspectiva dos endocrinologistas

A partir do questionário (Anexo C) aplicado aos 16 endocrinologistas, observa-se também um predomínio do sexo feminino (81%). Entre as cidades de Minas Gerais em que os entrevistados atuam, destacam-se Belo Horizonte, Bom Despacho, Caxambu, Divinópolis e Lavras. Assim como no caso dos pacientes, esses municípios são de portes variados.

A maioria dos profissionais tem entre 45 e 54 anos (43%), indicando uma presença significativa de médicos em idade madura e com experiência consolidada, o que possibilita a apresentação de variados relatos de pacientes com diabetes tipo 2. Em relação ao tempo de atuação na endocrinologia, 37% dos entrevistados possuem entre 21 e 30 anos de experiência, enquanto 25% atuam há até 10 anos, e outros 25% têm entre 11 e 20 anos de atuação. Ademais, 13% dos endocrinologistas possuem mais de 31 anos de experiência. A partir desses dados, observa-se que a amostra é composta por profissionais experientes, o que contribui para conferir maior robustez à análise sob a ótica da relação médico-paciente.

Quadro 14 – Perfil sociodemográfico dos endocrinologistas.

Variável	Perfil dos entrevistados		
Sexo	Feminino (81%)	Masculino (19%)	
Cidade	Belo Horizonte (43%) Divinópolis (13%)	Bom Despacho (6%) Lavras (32%)	Caxambu (6%)
Cor	Branca (87%)	Parda (13%)	
Idade	Entre 25 a 34 anos (25%) Entre 55 a 64 anos (13%)	Entre 35 a 44 anos (13%) Entre 65 a 74 anos (6%)	Entre 45 a 54 anos (43%)
Anos de Atuação	Até 10 anos (25%) Entre 31 e 40 anos (13%)	Entre 11 e 20 anos (25%)	Entre 21 e 30 anos (37%)

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Conforme foi realizado anteriormente com os pacientes, procedeu-se à leitura das entrevistas para a obtenção dos códigos resumo que representassem os comentários dos endocrinologistas. Foram identificados subcódigos, os quais foram agrupados para a formação dos códigos. Na primeira análise, foram identificados 219 subcódigos, que foram reduzidos para 54. No último agrupamento, foram nomeados 37 códigos. O Quadro 15 apresenta os itens detectados.

Quadro 15 – Códigos resumidos encontrados na relação A-C-V dos endocrinologistas.

<b>Atributos</b>	
1. Alimentação saudável	6. Análise da condição financeira do paciente
2. Equipe multidisciplinar	7. Apoio familiar
3. Atividade física	8. Médico transmitir com calma e clareza as informações
4. Paciente se informar sobre a doença	9. Simplificação e adaptação do tratamento à realidade do paciente
5. Aceitação da condição de saúde	10. Atendimento humanizado e cumplicidade com o médico
<b>Consequências Funcionais</b>	
11. Entende a gravidade da doença e aceita mudanças	18. Detecção precoce de problemas
12. Aprende o que pode comer	19. Não sente os sintomas
13. Médico apresenta preços e opções de tratamentos	20. Toma a medicação corretamente
14. Consegue acesso aos insumos	21. Controle do peso
15. Melhor controle glicêmico	22. Cuida de outras partes do corpo
16. Entende a importância do tratamento e aprende como agir	23. Busca segura na internet sobre a doença
17. Melhor adaptação às condições do paciente	24. Benefícios em outros sistemas do corpo
<b>Consequências Psicológicas</b>	
25. Percebe que o tratamento está funcionando e quer voltar	28. Paciente sente-se escutado
26. Redução da incerteza e do medo sobre a doença	29. Melhora na comunicação médico-paciente
27. Paciente participa do processo	
<b>Valores Instrumentais*</b>	
30. Autocuidado	32. Tem disciplina e esforço na manutenção da saúde
31. Prevenção de complicações	33. Confiança e vontade de prosseguir com o tratamento
<b>Valores Terminais</b>	
34. Autonomia	36. Se sente cuidado e respeitado
35. Tem saúde para viver mais e feliz	37. Segurança e tranquilidade
<b>Classificação dos valores de Schwartz (2017)</b>	
30. Autodireção – Ação	31. Segurança - Pessoal
32. Conformidade – Regras	33. Benevolência - Confiabilidade

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Como ocorreu com os pacientes, os atributos foram os primeiros elementos encontrados. Diversos atributos são iguais aos que os pacientes abordaram. O Quadro 16 apresenta de forma sucinta o que foi relatado.

Quadro 16 – Descrição dos atributos abstratos pelos médicos.

Atributos	Descrição
<b>1. Alimentação saudável</b>	Consiste em adotar uma dieta balanceada, optando por alimentos com nível baixo em açúcar e gordura.
<b>2. Equipe multidisciplinar</b>	O cuidado da DM2 também envolve a atuação de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, nutricionista, fisioterapeuta dentre outros, que trabalham conjuntamente para oferecer um acompanhamento integral e personalizado paciente.
<b>3. Atividade física</b>	A prática regular de exercícios é também uma característica importante no controle do diabetes. Os médicos recomendam que os pacientes optem por atividades que sejam adequadas à sua condição.
<b>4. Paciente se informar sobre a doença</b>	A partir dos relatos, aparece como fundamental que o paciente busque compreender o diabetes, assim como as principais características e cuidados necessários.
<b>5. Aceitação da condição de saúde</b>	Refere-se ao processo pelo qual o diabético reconhece a sua condição de saúde, buscando adaptá-la ao cotidiano.
<b>6. Análise da condição financeira do paciente</b>	Diz respeito à compreensão da realidade econômica do diabético para o planejamento de um tratamento que seja viável e acessível. Isso engloba os custos com medicamentos, consultas e demais necessidades, permitindo que o cuidado seja adaptado às possibilidades financeiras do paciente.
<b>7. Apoio familiar</b>	Refere-se à participação ativa da família no que tange o cuidado com o paciente, oferecendo suporte emocional, colaboração na rotina e incentivo.
<b>8. Médico transmitir com calma e clareza as informações</b>	Foi abordado da necessidade do profissional conseguir comunicar-se de forma tranquila, detalhada e acessível, possibilitando que o paciente entenda as prescrições e aspectos do tratamento.
<b>9. Simplificação e adaptação do tratamento à realidade do paciente</b>	Trata-se da adequação das orientações médicas, medicamentos e rotina de controle glicêmico às condições de vida de cada paciente. Envolve uma personalização de recomendações para a redução de barreiras como os custos, complexidade do tratamento e dificuldades de implementação no cotidiano.
<b>10. Atendimento humanizado e cumplicidade com o médico</b>	Envolve uma abordagem que valoriza o paciente como pessoa, levando em consideração suas necessidades, sentimentos e contexto de vida. Também envolve empatia, escuta ativa e respeito por parte dos profissionais, propiciando um ambiente de acolhimento.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

O atributo (9) “Simplificação e adaptação do tratamento à realidade do paciente”, que não aparece nos relatos dos pacientes, também é identificado no trabalho de Campos et al. (2012), que defendem essa característica como uma das fundamentais para a obtenção da aderência ao tratamento, destacando, ainda, a importância de se considerar o dia a dia do paciente.

O nível seguinte corresponde às consequências funcionais. Foram encontradas 14 consequências, cujo resumo é apresentado no Quadro 17.

Quadro 17 – Descrição das consequências funcionais pelos médicos.

<b>Consequências funcionais</b>	<b>Descrição</b>
<b>11. Entende a gravidade da doença e aceita mudanças</b>	Quando o diabético compreende a gravidade da doença e aceita a necessidade de mudanças, ele adota comportamento e hábitos que ajudam no controle do diabetes.
<b>12. Aprende o que pode comer</b>	Ao aprender o que pode comer, o paciente consegue ter um maior controle sobre alimentação, entendendo quais alimentos são melhores para a doença. Isso permite que as escolhas sejam mais equilibradas favorecendo uma dieta saudável.
<b>13. Médico apresenta preços e opções de tratamentos</b>	Quando o médico apresenta variadas opções de tratamento com seus respectivos preços, o paciente consegue avaliar quais são as alternativas que melhor se enquadram na sua realidade financeira.
<b>14. Consegue acesso aos insumos</b>	É importante que o paciente consiga acesso aos medicamentos, medidores de glicose e outros materiais para a realização do tratamento de forma contínua.
<b>15. Melhor controle glicêmico</b>	Aparece como uma consequência direta de adoção de práticas saudáveis.
<b>16. Entende a importância do tratamento e aprende como agir</b>	Ao entender a importância do tratamento e aprendendo a agir, o paciente consegue ser mais ativo no gerenciamento da sua própria saúde.
<b>17. Melhor adaptação às condições do paciente</b>	Um tratamento que seja ajustado às condições individuais do paciente (rotina, nível de conhecimento acerca da doença, limitações financeiras), pode melhorar a adesão. Essa personalização diminui barreiras e torna o controle da doença mais viável e com menos desgaste.
<b>18. Detecção precoce de problemas</b>	Aparece como uma consequência do acompanhamento regular e do monitoramento diário.
<b>19. Não sente os sintomas</b>	Quando o diabético não sente os sintomas, pode indicar que a doença está controlada. Sendo um reflexo de um tratamento eficaz.
<b>20. Toma a medicação corretamente</b>	Surge como uma consequência do paciente estar seguindo de forma correta o tratamento proposto.
<b>21. Controle do peso</b>	Esse aspecto auxilia na sensibilidade à insulina e na manutenção dos níveis de glicose no sangue.
<b>22. Cuida de outras partes do corpo</b>	A doença pode afetar variados órgãos, como rins e olhos. A adoção de tratamento com diversos profissionais, por exemplo, auxilia nesse processo. Como o monitoramento dos olhos e da parte de vascularização.
<b>23. Busca segura na internet sobre a doença</b>	A busca por informações aparece como uma ferramenta para o paciente, desde que seja realizada em sites seguros. O acesso a informações corretas também facilita o tratamento.
<b>24. Benefícios em outros sistemas do corpo</b>	Aparece como resultado de um controle eficaz da doença que não se limita apenas ao controle da glicose, mas levando a melhorias no sistema cardiovascular e renal, por exemplo.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A consequência número (13) “Médico apresenta preços e opções de tratamentos”, envolve a dimensão financeira que a OMS (2003) aponta que deve ser considerada no processo

de aderência. Já a busca de informações na internet sobre a doença, aparece com uma forma de auxiliar no desenvolvimento do tratamento (Teixeira et al., 2021).

As consequências psicológicas encontradas são detalhas no Quadro 18.

Quadro 18 – Descrição das consequências psicológicas pelos médicos.

<b>Consequências psicológicas</b>	<b>Descrição</b>
<b>25. Percebe que o tratamento está funcionando e quer voltar</b>	Envolve o paciente perceber melhorias em sua condição de saúde, como por exemplo, um melhor controle da glicose e redução de sintomas, ele quer seguir o tratamento. Esse tipo de experiência facilita a continuidade desse regime terapêutico de longo prazo.
<b>26. Redução da incerteza e do medo sobre a doença</b>	É comum que, ao receber o diagnóstico de diabetes, os pacientes sintam incerteza por conta da doença não ter cura. Os médicos relatam também de informações equivocadas que podem aumentar essa confusão, e que dificulta entende o que realmente seria a doença.
<b>27. Paciente participa do processo</b>	Quando o diabético participa de maneira ativa nas decisões acerca de seu tratamento, ele cria uma concepção de que é um ator importante nessa caminhada, podendo pontuar questões que acredita serem importantes.
<b>28. Paciente sente-se escutado</b>	Os médicos acreditam que o paciente ao se sentir escutado, pode ser uma consequência muito positiva para a continuidade do tratamento. A escuta ativa, em que o profissional demonstra interesse no caso e valida as preocupações do paciente, foi algo bastante relatado durante as entrevistas.
<b>29. Melhora na comunicação médico-paciente</b>	Uma comunicação aberta entre o profissional e o paciente pode ser fundamental para a aderência. Os médicos comentam que os pacientes ficam mais à vontade, por exemplo, a partir de um atendimento humanizado.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Grande parte dos entrevistados aborda a importância de o paciente conseguir participar do tratamento de forma ativa. Berti et al. (2008) argumentam que esse processo é fundamental para a continuidade do tratamento.

Os valores instrumentais coincidem com os que foram mencionados pelos pacientes. Assim como no caso anterior, estes foram analisados com base na teoria refinada de Schwartz (2017). O Quadro 19 apresenta esses tipos de valores.

Quadro 19 – Descrição dos valores instrumentais pelos médicos.

<b>Valores instrumentais</b>	<b>Descrição</b>
<b>30. Autodireção – Ação: Autocuidado</b>	Os médicos comentaram da responsabilidade do paciente e do cuidado com a própria saúde. Os endocrinologistas defendem que precisa haver um cuidado constante.
<b>31. Segurança-pessoal: Prevenção de complicações</b>	Trata-se do desejo dos pacientes evitarem complicações advindas do diabetes. Os médicos costumam alertas sobre, como no caso de amputações e outras condições sérias a longo prazo.
<b>32. Conformidade – regras: Tem disciplina e esforço</b>	Foi relatado a relevância da disciplina constante para o seguimento do tratamento, prevenindo complicações e promovendo saúde. Aparece como um compromisso diário.

<b>na manutenção da saúde</b>	
<b>33. Benevolência – confiabilidade: Confiança e vontade de prosseguir com o tratamento</b>	Reflete a relação de confiança e motivação que os pacientes estabelecem com os profissionais.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Acerca da disciplina que o paciente precisa ter perante ao tratamento, é apontado pela OMS (2003) a partir das cinco dimensões da aderência, mas também surge na pesquisa de Dames et al. (2024), que aborda sobre os esforços diários na rotina dos diabéticos.

Por fim, os valores terminais relatados vão de encontro com os citados pelos pacientes. O Quadro 20 elenca esse nível.

Quadro 20 – Descrição dos valores terminais pelos médicos.

<b>Valores terminais</b>	<b>Descrição</b>
<b>34. Autonomia</b>	Abrange os desejos dos pacientes em ter autonomia e controle sobre a vida. Os pacientes querem uma rotina sem a dependência de muitas medicações e limitações.
<b>35. Tem saúde para viver mais e feliz</b>	Expressa o desejo dos pacientes em viver mais e com qualidade de vida.
<b>36. Se sente cuidado e respeitado</b>	Trata-se das necessidades dos pacientes em receberem acolhimento. Os médicos apontam que o cuidado vai além da assistência técnica.
<b>37. Segurança e tranquilidade</b>	Aparece tanto na fala dos pacientes quanto dos médicos, ao apresentarem como um objetivo central na interação com o tratamento e o cuidado da saúde. Está associado à busca por controle da estabilidade.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A longevidade aliada à felicidade foi apontada pelos endocrinologistas como um dos principais estados almejados pelos pacientes. Corroborando esse aspecto, Reis, Silva e Brito (2022) destacam que os diabéticos buscam, principalmente, a longevidade durante o tratamento.

Após a descrição dos códigos, ocorreu a construção das *ladders* individuais. Nesta etapa, foram construídas 84 *ladders* por meio da análise de conteúdo das transcrições das entrevistas com os endocrinologistas, com uma média de 5 *ladders* por profissional.

A fim de construir a matriz de implicação juntamente com o Mapa Hierárquico de Valor, todas as *ladders* foram inseridas no software LadderUX®, totalizando 1.540 ligações, sendo 1.081 ligações diretas e 459 ligações indiretas. Para a criação da matriz de implicação, foram analisados os pontos de corte 03, 04 e 05. Assim como no caso dos pacientes, optou-se pelo ponto de corte que mais se aproximasse da representação de dois terços de todas as ligações

(Reynolds; Gutman, 1988). O Quadro 21 apresenta o quadro utilizado para análise das representações.

Quadro 21 – Análise do ponto de corte adotado para os médicos.

<b>Ponto de corte</b>	<b>Número de representações</b>	<b>Valor % relações correspondentes</b>
<b>00</b>	1540	100
<b>03</b>	1173	76,17
<b>04</b>	972	63,12
<b>05</b>	792	51,43

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Também foi adotado o ponto de corte 04 por estar mais próximo dos 66% de representatividade, apresentando uma diferença de apenas 2,88%, o que ainda permite uma análise representativa. O Quadro 22 apresenta a matriz de implicação.

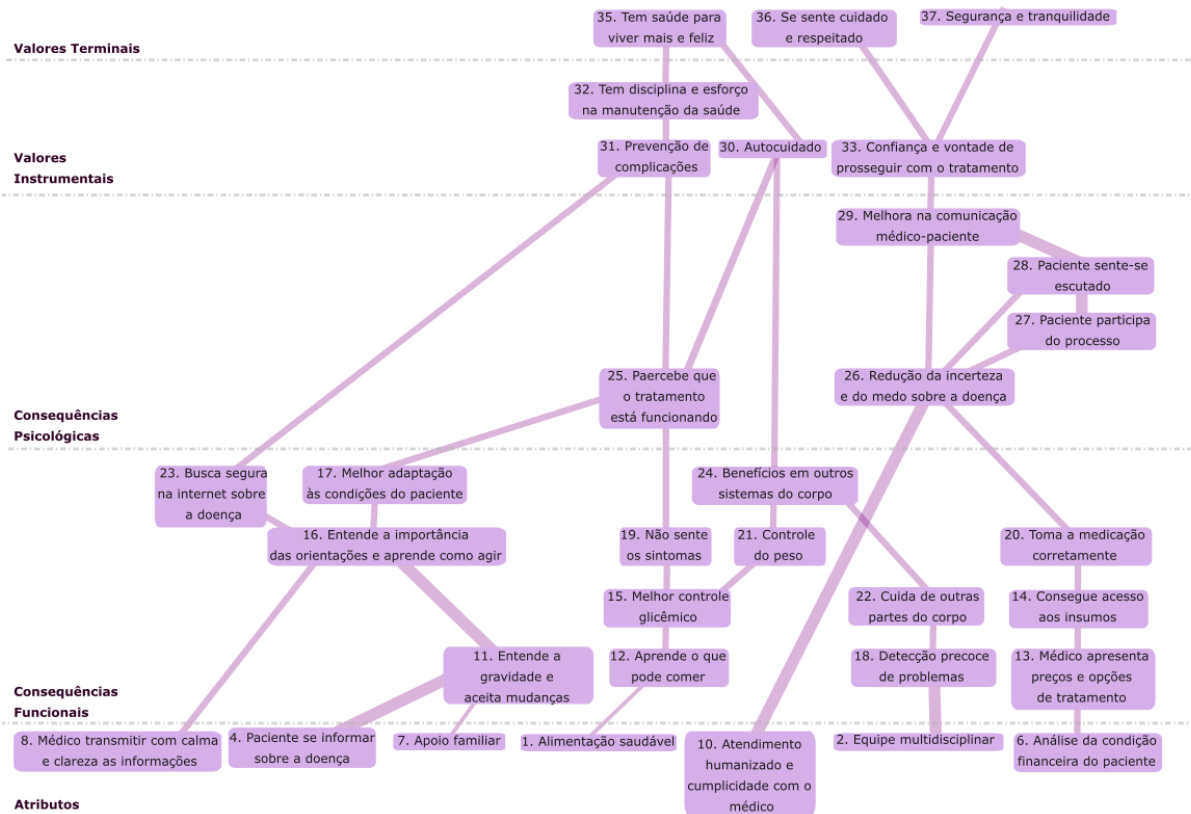
Quadro 22 – Matriz de implicação dos pacientes.

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	Total	Centralidade	
1	01	71			46	10			05		07			05	02				06	04	03	01			08	02	12	51	0.013	
2		21			01	01		34			02	46		010	03	01			02	01	02		04		02	02	06	10	48	0.011
3	01	01			61	10		01	01		14	03		07	01				04		01				08		8	32	0.009	
4	25	02			02	26		02					61	01	01	02	02		04	01	01	06	01	05	04	03	10	48	0.011	
5	31				23				01	10			10	01	01	02	01	01	01		03	03	02		02	04	7	25	0.008	
6	10	81	19		03	02	02			04				01		05	04	05	02			09				010	10	57	0.011	
7	32	01			10	10	01	01		03						02	01				01				05	01	5	18	0.005	
8					70	01			01							05	01	01	03		02	03	03	02	01	05	7	27	0.008	
9	31				10	03	40	02	01		01	10		01		01		01	02		01	03	03		03	03	7	25	0.008	
10		30			72	02									06	04	07	04		01	09				03	03	06	10	48	0.011
11			10	01	12	120	10	03	10	21	01		33	01	01	25	22	03	32	02	04	17	04	04	05	05	08	42	73	0.046
12				90	63	31		11	02		24	03	01	35	04	10			06	02	11	04	01	01	07	11	05	32	58	0.035
13					03	02	01			04				01		04	03	04	02			08				09	18	42	0.020	
14					30	02	11			40				01		05	04	14	02			18				010	20	47	0.022	
15					33		02	21	60	01	75	21	01	75	02	04		01	01	17	04	04	06	02	014	01	06	50	92	0.054
16							60	21	20	10		02	41	13	11	96	13	28	410	03	15	311	016	06	012	05	019	76	137	0.083
17								10		10	20	43	10	16	02	02			11	01	03	20	11	01	04	11	14	24	45	0.026
18										10	12	10		21					13	02	03	11			03	03	16	28	0.017	
19															31	21	11	01				05			03	16	18	32	0.020	
20												12		52	12				33	21	10	11			18	03	28	48	0.031	
21														130	03	01		02	03	02		04			05	02	06	26	48	0.028
22															12	02		04		05	01	04	02		04	04	16	31	0.017	
23																			02	34	13	21	32	10	112	11	09	50	86	0.054
24															51	10			10	30	11	01	01		13	10	02	14	31	0.015
25																			50	54	32	11	30	511	11	05	13	48	95	0.052
26																	60	20			10	25	01	02	11	07	22	44	0.024	
27																							76		01	02	112	30	66	0.033
28																		61		10					01	02	112	30	66	0.033
29																					21	50	81	12	04	01	012	36	71	0.039
30																					01	01	10		80	21	22	47	0.024	
31																					60				61	21	23	46	0.025	
32																						10	21	83	10	52	42	63	0.046	
33																							01	60	30	232	63	127	0.069	
34																									10	20	8	32	0.009	
35																									10		33	126	0.036	
36																										30	14	39	0.015	
37																											41	188	0.045	
<b>Total</b>	1110	136	91	1010	2221	3925	1210	916	910	1114	1326	1320	157	3251	723	2355	1028	1544	2050	1144	944	2557	31124	532	32126	1159	41188	<b>Total</b>	<b>1</b>	

Elaborado pela autora (2025).

A partir do ponto de corte 04, foram estabelecidas 972 ligações, sendo 269 ligações diretas e 703 indiretas. Para a elaboração do mapa, foram escolhidas as ligações diretas. A Figura 20 apresenta o MHV dos endocrinologistas.

Figura 20 – Mapa Hierárquico de Valores dos médicos.



Fonte: Elaborada pela autora com o auxílio do LadderUx® (2025).

O mapa hierárquico dos endocrinologistas é composto por 7 atributos, 14 consequências funcionais, 5 consequências psicológicas, 4 valores instrumentais e 3 valores terminais. Alguns códigos não foram adicionados por não apresentarem o número mínimo de relações exigido pelo ponto de corte. Os códigos não elencados foram: (3) “Atividade física”; (9) “Simplificação e adaptação do tratamento à realidade do paciente”; e (34) “Autonomia”.

Com o intuito de facilitar as interpretações, a análise foi dividida em duas subseções: a primeira, que abordará os atributos e as consequências funcionais, foi denominada “Pilares da aderência e impactos no sucesso do tratamento”, com foco nos atributos e nas consequências funcionais; e a segunda, intitulada “Engajamento do paciente e fatores psicossociais na aderência”, que explora as consequências psicológicas e os valores instrumentais e terminais, considerando a visão dos endocrinologistas.

#### 4.2.1 Pilares da aderência e impactos no sucesso do tratamento

O primeiro atributo a ser tratado é o (8) “Médico transmitir com calma e clareza as informações”. Essa característica envolve a capacidade de o médico se comunicar com o paciente, de modo que esse canal de informações contribua para a aderência. Esse atributo leva à consequência funcional de que o paciente (16) “Entende a importância do tratamento e aprende como agir”, pois foi relatado que uma má comunicação pode levar o paciente a não acreditar que esse regime terapêutico é necessário. Além disso, o diabético consegue adquirir uma maior consciência sobre o impacto positivo da aderência.

O que eu tento fazer, às vezes, é sempre voltar do zero. Em saber realmente o que ele entendeu, me fala o que você está fazendo, me fala o que você entendeu. Por causa disso, a gente fica ali só aumentando dose de insulina aumentando, aumentando. Isso aconteceu recentemente. Aí quando eu fui perguntar ao paciente e falei assim, onde você aplica a insulina? Ele aplicava no pé, perna, panturrilha. Então, assim, uma coisa básica você não estava desconfiando que era isso, né? E que impactou no controle mesmo – Entrevistado 35.

Acho que principalmente explicar para o paciente como que vai funcionar o tratamento, como que funciona doença, né? Principalmente que não vai ser um remédio igual antibiótico que trata uma infecção, né? Que vai ser um remédio para sempre. Se é lógico, se ele não adaptar aquele remédio, a gente vai trocar, mas que é um tratamento contínuo. Dificilmente a gente vai conseguir tirar totalmente os medicamentos, né? Muitas vezes a gente consegue reduzir com melhores de hábito e tudo. Mas assim, deixar isso claro. Acho que a informação para o paciente é o principal – Entrevistado 29.

Posteriormente aparece a consequência funcional (17) “Melhor adaptação às condições do paciente”. Isso possibilita que as orientações sejam mais compatíveis com a realidade do diabético, considerando a sua rotina e flexibilidade de horários:

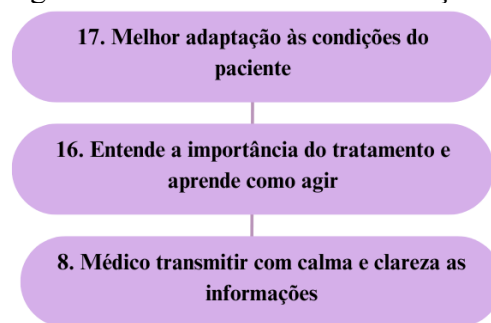
Um paciente meu que tinha extrema dificuldade de controlar a glicose. Ele usava insulina, várias aplicações por dia. Ele trabalhava, era motorista, carro forte, então assim ele falava: estou dirigindo um carro forte, eu não posso parar no meio do caminho parar no restaurante e comer ou tirar minha insulina e aplicar insulina no meio do trânsito. Eu não tenho hora, tem hora que eu atraso. Ele tinha uma glicose superdifícil de controlar. Depois aposentou. Nunca mais a glicose dele subiu. Hoje é um espetáculo, entendeu? Então, assim, até em momentos de vida também tem a ver com trabalho dele, com a rotina dele. Naquela época, a rotina dele impedia que ele seguisse o tratamento corretamente. Hoje ele está tranquilo, está aposentado, não tem preocupação. Ele consegue seguir as orientações corretamente. Então tudo isso na hora que a gente está avaliando a aderência ao tratamento, tem que perguntar pro

paciente como é que ele está, se está bem, está com algum problema – Entrevistado 30.

Para que ocorra a aderência do paciente, é fundamental que o tratamento encaixe na sua rotina. Se essa rotina não permitir que ele tome o remédio em um dado horário ou ele tenha alguma dificuldade financeira, a gente tem que buscar imediatamente outras alternativas. – Entrevistado 22.

A Figura 21 apresenta a relação encadeada pelo atributo (8) “Médico transmitir com calma e clareza as informações”.

Figura 21 – A clareza nas informações.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Um outro atributo que foi comentado é do (4) “Paciente se informar sobre a doença”, já que esse ponto influencia de forma direta o seu nível de engajamento com o tratamento. Chega-se assim à consequência funcional (11) “Entende a gravidade da doença e aceita mudanças”, assim como (16) “Entende a importância do tratamento e aprende como agir”:

Quando o paciente consegue entender a gravidade da doença e complicações, ele aceita melhor as mudanças no estilo de vida dele. – Entrevistado 22.

Se o paciente consegue se informar sobre a doença, ele entende o porquê do tratamento ser tão importante e espero que ele comece a agir de forma diferente para melhorar – Entrevistado 30.

A consequência funcional (23) “Busca segura na internet sobre a doença” aparece como uma forma de auxiliar no processo. Os médicos enxergam essa procura por informações como um benefício, mas pontuam que a credibilidade de certas informações é pequena:

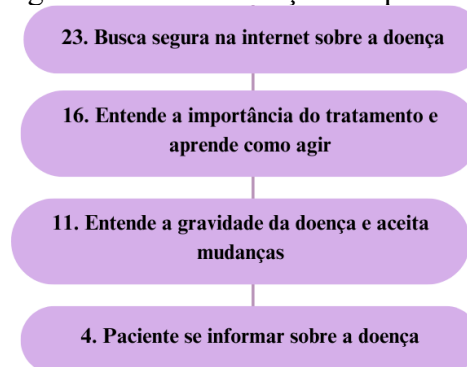
Claro que a internet foi uma ajuda, né? Todo mundo hoje tem como pesquisar, mas a gente tem que saber filtrar o que é que é bom e o que é que é prejudicial. E hoje no meio médico está comum, está até difícil, que é muita coisa sem comprovação científica, que as pessoas jogam, bombardeiam a internet, então paciente, a olha, acha que aquilo é o verdadeiro. Às vezes deixa de fazer um

tratamento que é comprovadamente científico, com comprovação científica. Que já é uma coisa bem embasada, que reduz mortalidade, que melhora a qualidade de vida, para fazer tratamentos alternativos, sem pé nem cabeça e que são simplesmente lançados aí na mídia e muita gente hoje está absorvendo isso. Mas a maioria das vezes as buscas ajudam muito no tratamento – Entrevistado 22.

Está ficando comum dos pacientes buscarem informações de tratamento na internet e isso é bom. Mas é importante que eles filtrem essas informações. Eu sempre costumo indicar alguns canais que passam boas informações porque essas buscas têm que ajudar e não atrapalhar o tratamento – Entrevistado 23.

O atributo (4) “Paciente se informar sobre a doença” apresenta uma cadeia que é representada na Figura 22.

Figura 22 – A informação e o paciente.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

O (7) “Apoio familiar” foi destacado por conta da contribuição da família no suporte no tratamento. Sendo em aspectos que envolvem a alimentação, medicação, acompanhamento nas consultas e até mesmo a atividade física. A consequência (16) “Entende a importância do tratamento e aprende como agir”, pois a família ajuda nessa nova realidade:

Eu acho muito importante esse apoio familiar, pois quando a família se envolve no processo, o paciente consegue entender melhor a gravidade. A família ajuda também em mudanças na alimentação, como preparar algum alimento. E fica em cima do paciente pra tomar a medicação corretamente – Entrevistado 24.

Por exemplo, eu falo muito isso com os meus pacientes. Paciente diabético em uso de insulina ele tem que ter o horário de comer. Ele não pode esperar quatro horas da tarde para almoçar, não. Come direitinho de segunda a sexta, no domingo resolve fazer o almoço que sai 3 horas da tarde. A chance de passar mal é enorme, né? Às vezes no preparo do alimento, às vezes o diabético não é o responsável pelo alimento dele, né? Por exemplo, os filhos com idosos. Então a família tem que entender isso. Muitas vezes um idoso, quem

administra a medicação é a família, né? A família tem que saber por exemplo tratar uma hipoglicemia, saber aplicar uma insulina – Entrevistado 25.

Algum familiar pode chamar o diabético para uma caminhada e isso ajuda muito ele, não vai ficar sozinho nesse tratamento – Entrevistado 27.

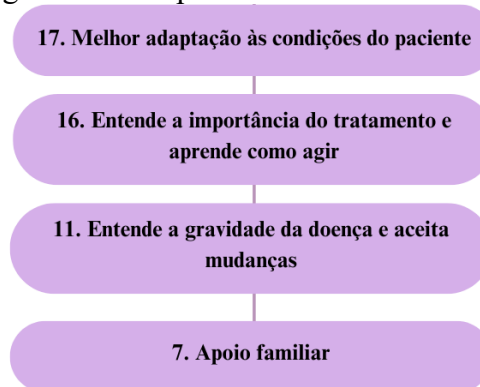
Também aparece a consequência funcional (17) “Melhor adaptação às condições do paciente”. O envolvimento familiar contribui nesse aspecto por conta da família adaptar a rotina para cuidar do paciente. Além disso, o paciente entendendo esse processo, consegue organizar melhor o seu dia a dia.

É importante lembrar que cada paciente tem suas limitações e rotina, então essa adaptação do tratamento é fundamental – Entrevistado 26.

Se a família e o médico não levam em consideração as condições de vida do paciente fica muito limitado o tratamento. Tem que tudo andar em harmonia pelo bem do diabético – Entrevistado 37.

O apoio familiar apresenta uma cadeia importante nesse processo. A Figura 23 resume esses aspectos.

Figura 23 – O apoio familiar no tratamento.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

O atributo (1) “Alimentação saudável” aparece desempenhando um papel no controle e condição de melhorias no tratamento. Com isso, o paciente surge a consequência funcional o paciente (12) “Aprende o que pode comer”, pois pesquisa e conversa com o médico sobre adequações e melhorias na dieta.

Pra mim, a alimentação é o pilar do tratamento pro diabetes. Não digo sobre dietas restritivas, mas sobre fazer escolhas certas para um equilíbrio nutricional – Entrevistado 28.

A alimentação regrada é uma escolha diária, em que o paciente tenta buscar os melhores alimentos para o controle do diabetes – Entrevistado 36.

Uma alimentação adequada faz total diferença. Na primeira consulta eu já explico pro paciente o que ele deve comer. Eu tenho um aplicativo que ajuda o paciente a criar pratos diferenciados – Entrevistado 37.

Uma outra consequência funcional que aparece é o (15) “Melhor controle glicêmico”, pois através das escolhas alimentares do paciente, pode ocorrer a estabilização do índice da glicose:

Com bons hábitos alimentares, o paciente consegue bons níveis da glicose. Por isso que eu sempre enfatizo sobre a importância de se alimentar bem – Entrevistado 33.

A alimentação ajuda a manter o controle glicêmico estável. Quando o paciente escolhe alimentos com baixo índice glicêmico e também evita muito carboidrato, os níveis de glicose no sangue melhoram – Entrevistado 36.

O paciente precisa entender que o controle glicêmico e alimentação precisam andar juntos. Uma dieta regrada pode ser fundamental para manter o equilíbrio da glicose – Entrevistado 22.

O melhor controle glicêmico leva a duas consequências funcionais: (19) “Não sente os sintomas” e (21) “Controle do peso”. A ausência de sintomas decorre dessa alimentação regrada que estabiliza a glicose. Já o controle do peso é abordado pois como os alimentos não possuem muito carboidrato e gordura, facilita um equilíbrio do peso e até mesmo o emagrecimento, que é importante no tratamento:

A alimentação adequada faz bem pro corpo num geral, principalmente para o controle do peso. A perda de peso fica muito mais fácil se o paciente adota uma dieta saudável – Entrevistado 34.

O paciente precisa fazer escolhas inteligentes nos alimentos. Se ele come alimentos rico em fibras, vegetais e proteínas magras, o controle do peso vira uma consequência – Entrevistado 32.

A outra consequência que aparece é (24) “Benefícios em outros sistemas do corpo”. O controle do peso leva a outras melhorias no corpo como no caso do sistema cardiovascular, respiratório, digestivo e endócrino:

Esse controle de peso ajuda a diminuir o risco hipertensão ou de outras doenças cardíacas, já que a diminuição do peso oferece menos sobrecarga para o coração e vasos do corpo – Entrevistado 23.

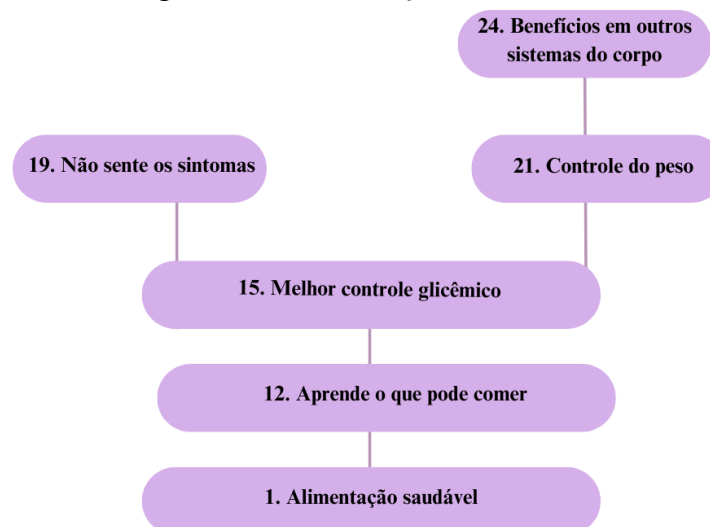
Um peso adequado é fundamental para conseguir um equilíbrio hormonal e também para a sensibilidade à insulina – Entrevistado 25.

O peso interfere também na articulação, sendo adequado, diminui dor nas pernas e coluna e também ajuda na prevenção de outras doenças que podem aparecer por pressão nas articulações – Entrevistado 31.

Há uma melhora no sistema digestivo, que contribui para a não ocorrência de refluxo, tendo assim uma digestão que seja mais eficiente – Entrevistado 29.

O atributo (1) “Alimentação saudável” aparece com uma cadeia extensa englobando diversos benefícios. A Figura 24 é apresentada a seguir.

Figura 24 – Alimentação e benefícios.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

A (2) “Equipe multidisciplinar” também aparece como um atributo que auxilia na aderência ao tratamento, pois oferece um cuidado integrado ao paciente. Como o diabetes é considerado uma doença crônica que traz complicações a variados aspectos da saúde, esse tratamento contribui para um conhecimento especializado para um melhor tratamento. A (18) “Detecção precoce dos problemas” aparece como uma consequência funcional, já que esse cuidado holístico, facilita que problemas sejam encontrados previamente não gerando complicações.

Esses profissionais são o meu braço esquerdo e direito para o tratamento. São essenciais nessa detecção de problemas, principalmente envolvendo complicações no coração e neuropatias – Entrevistado 30.

O mais essencial num tratamento de diabetes é uma equipe chamada multidisciplinar, onde precisa de nutricionista, de um psicólogo, um

profissional de atividade física que facilitaria essa adesão. O diabetes é uma doença que precisa mais cuidados que se imagina. Ela tem um cuidado maior, talvez seja a doença mais que a gente chama que tenha que ter disciplina para que se consiga um bom resultado. Então qualquer probleminha que der, já tem um profissional pra resolver – Entrevistado 26.

A próxima consequência funcional dessa cadeia é (22) “Cuida de outras partes do corpo”, pois envolve uma abordagem do corpo sendo analisado como um todo, mas ao mesmo tempo de maneira especializada do paciente conseguir manter a saúde geral em equilíbrio.

Você ter um cuidado com o corpo no geral é importantíssimo, pois o diabetes é uma doença complicada que pode afetar o coração, os rins, a visão... Tem que ter esse cuidado – Entrevistado 34.

O paciente ele não tem que cuidar só da glicemia, precisa ver outras partes do corpo. Se uma parte não vai bem, não tem como o corpo ir bem – Entrevistado 30.

Algo que abala muito é saúde mental. O paciente precisa cuidar disso pra ter um emocional bom pra prosseguir com o tratamento porque não é fácil – Entrevistado 22.

Complementarmente surge a consequência funcional (24) “Benefícios em outros sistemas do corpo” ao aderir um tratamento adequado para o DM2. O controle da doença gera diversos tipos de benefícios:

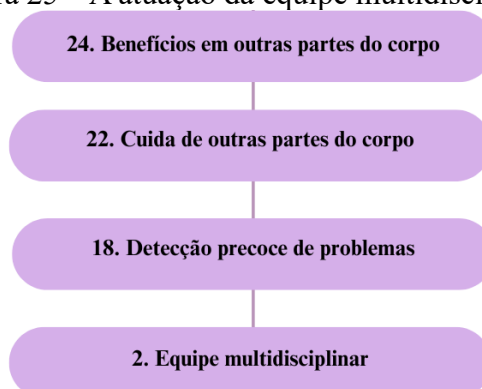
A nutricionista vai ajudar no sistema digestivo, algo que pode ser bem comprometido pelo diabetes – Entrevistado 27.

Os benefícios são inúmeros. Tem um paciente meu que estava com muito problema de circulação e encaminhei ele pro especilista e hoje em dia não tem mais problemas com isso Entrevistado 31.

O cardiologista é muito importante nesse processo porque podem aparecer diversas doenças cardiovasculares. Cuidando bem, tem paciente meu de 90 anos que está ótimo – Entrevistado 37.

A Figura 25 apresenta a conexão entre (2) “Equipe multidisciplinar”, (18) “Detecção precoce de problemas”, (22) “Cuida de outras partes do corpo”, (24) “Benefícios em outras partes do corpo”.

Figura 25 – A atuação da equipe multidisciplinar.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

O último atributo é a (6) “Análise da condição financeira do paciente”, já que esta pode influenciar de forma direta na aderência ao tratamento e na capacidade do paciente comprar e adquirir os produtos e serviços necessários. Na sequência aparece a consequência funcional (13) “Médico apresenta os preços e opções de tratamento”. Essa questão é de oferecimento de possibilidades de acordo com a realidade de cada diabético:

O custo é uma coisa que influencia muito. Ao mesmo tempo que tem tecnologias mais caras que se elas vão simplificar a vida da pessoa, talvez aquilo não vai ser um custo, vai ser um investimento. Então, por exemplo, saber discutir o valor, o custo e o valor dos tratamentos. É uma habilidade que eu tive que desenvolver com o tempo também. Então hoje em dia eu brinco que eu sou é médica, advogada, analista financeira, porque acaba que a gente tem que ter essas outras habilidades de saber o valor médio, quanto que vai ficar a soma daquele tratamento, se vai ter a mensalidade da academia. Eu acho que o custo é uma coisa que influencia realmente o paciente saber quanto que vai custar aquilo ali vai influenciar na aderência a longo prazo. E muitas vezes eu deixo um plano a e um plano b, eu costumo deixar opções para o paciente, né? Porque ele pode pesquisar isso em casa, eu deixo um plano lá do que teria o custo x e o outro com outro custo. As vantagens e desvantagens de cada um. E o paciente pode depois, com calma decidir – Entrevistado 24.

Eu faço tanto no consultório quanto a nível do SUS, que às vezes a gente entra com um outro fala, olha, você vai ter condição de que às vezes a pessoa tem vergonha, pega a receita, fala que vai usar e não usa. Eu sou bem tranquila, fala. Olha esse medicamento realmente ele é desse custo, você acha que vai conseguir? Se não, a gente vai adequando ao que ele pode. É que cabe no seu orçamento, né? Não tem como a gente extrapolar - Entrevistado 26.

É lógico que não é a gente que vai definir se o paciente pode ou não comprar o remédio, mas a gente precisa expor isso pro paciente. A gente tem que ter uma noção assim de preço das medicações, onde que ele compra uma barata, como que ele pode conseguir pelo SUS para poder informar para os pacientes. Principalmente eu que não atendo só classe alta e tal, atendo muitas pessoas de classe baixa e média, então é a gente tem que informar isso para o paciente. Falar ó, tem o remédio que é gratuito, mas você vai ter que tomar 4 comprimidos. E o outro que você vai ter que entrar com processo no estado,

né? Levar lá na Secretaria de Saúde e buscar todo mês, mas tem que você compra na farmácia, pode comprar lá pelo aplicativo da farmácia e tal e custa tanto que você não vai ter esse trabalho. Qual que você prefere, né? Então assim, a gente tem que dar essas opções para os pacientes ou mesmo se eu preciso prescrever um medicamento mais caro, às vezes eu consigo pedir pelo estado ou dar uma receita pra ele pegar pelo SUS de um outro remédio que ele já usa pra ele poder comprar outro. Então a gente vai fazendo essas jogadas assim. Para conseguir a melhor adesão do paciente mesmo – Entrevistado 29.

A partir disso, destaca-se a consequência funcional (14) “Consegue acesso aos insumos”, que por diversas vezes aparece como um fator crítico para o controle da doença. Os insumos como tiras de teste de glicose, medicamentos, insulinas e dispositivos de monitoramento são essenciais. Por conseguinte, essas apresentações de opções facilitam esse acesso:

Muito dos meus pacientes conseguem acesso aos medicamentos graças a Farmácia Popular que ajuda muito. Eu sou uma defensora dela – Entrevistado 29.

Quando o médico apresenta essas opções, o paciente consegue aderir aquela que cabe no seu bolso, conseguindo assim comprar o que for realmente necessário – Entrevistado 28.

Eu tenho uma planilha que só de colocar a renda do paciente, já consigo apresentar pra ele o tratamento ideal para suas condições – Entrevistado 26.

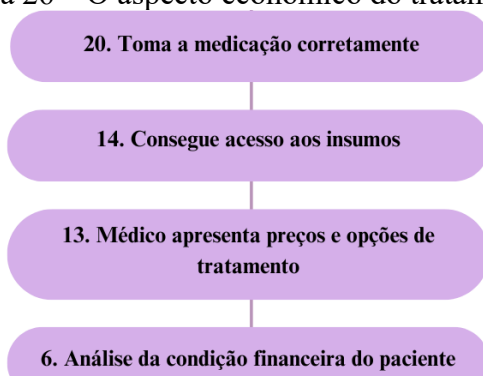
Por fim, é apresentada a consequência funcional (20) “Toma a medicação corretamente”. O controle adequado do diabetes depende do uso diário de medicações, e insulina. Ao ter acesso aos insumos, é possível essa continuidade:

De nada adianta eu passar um remédio caro se o paciente não consegue comprar. Seria o ideal pra ele, mas a renda não permite. Então eu passo um que eu tenho certeza que ele vai tomar – Entrevistado 28.

Tem pacientes que ficam sem graça de dizer que não podem comprar. Quando chegam na consulta depois de uns 3 meses, falam que só tomou por um mês. Ou seja, faz dois meses que não toma. Então eu preciso que ele seja sincero para eu ajustar a medicação pra ele tomar todos os dias – Entrevistado 32.

A análise financeira do paciente leva à conexão de influência desta para a aderência. A Figura 26 apresenta esses aspectos.

Figura 26 – O aspecto econômico do tratamento.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

#### 4.2.2 Engajamento do paciente e fatores psicossociais na aderência

No próximo nível de análise, refere-se ao nível de abstração dos endocrinologistas. Serão evidenciadas as consequências psicológicas resultantes dos aspectos relacionados à aderência ao tratamento, para que seja possível o entendimento das motivações que influenciam a aderência com base nos valores instrumentais e terminais.

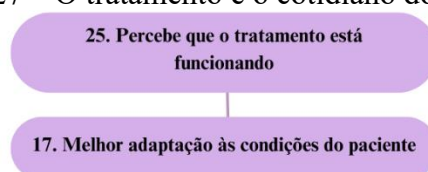
A consequência funcional (17) “Melhor adaptação às condições do paciente” leva à consequência psicológica de que o paciente (25) “Percebe que o tratamento está funcionando”. A adaptação está relacionada a ajustes em hábitos alimentares e mudanças no estilo de vida. Quando essas modificações são feitas, o paciente consegue enxergar resultados positivos, como, por exemplo, o controle da glicose, reforçando a ideia de que o tratamento está fazendo efeito:

As mudanças do dia a dia são difíceis, mas logo o paciente percebe que elas foram boas por trazer bons resultados – Entrevistado 27.

A adaptação do tratamento de acordo com o paciente, facilita que o tratamento seja feito corretamente, levando a ele enxergar inúmeras melhorias na saúde e ver que está fazendo sentido aquele tratamento – Entrevistado 33.

A Figura 27 apresenta a relação entre (17) “Melhor adaptação às condições do paciente” e (25) “Percebe que o tratamento está funcionando”.

Figura 27 – O tratamento e o cotidiano do paciente



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Tanto o atributo (10) “Atendimento humanizado e cumplicidade com o médico” que envolve essa relação de empatia e acolhimento do médico para o paciente, assim como a consequência funcional (20) “Toma a medicação corretamente”, leva a consequência psicológica (26) “Redução da incerteza e do medo sobre a doença”. Por conta de mitos e tabus relacionados aos diabetes, pode ocorrer que no início do tratamento, o paciente fique com diversas dúvidas e com medo da doença:

Um atendimento humanizado ajuda muito o paciente se abrir e desabafar sobre a doença. Conversas com vizinhos complicam muito às vezes o entendimento do que realmente é o diabetes. Então o acolhimento ajuda nesse sentido – Entrevistado 36.

Ao receber um acolhimento, o paciente se sente mais compreendido, diminuindo as incertezas sobre o tratamento e tendo mais coragem para enfrentar a doença – Entrevistado 33.

Muitos pacientes chegam no consultório falando que tem medo da insulina porque escutou falar que mata. Ele entendendo que tomar a medicação é importante e aceitando a insulina e tomando de forma correta, ele perde todo o medo – Entrevistado 31.

Com essa redução de incertezas, é possível que o (27) “Paciente participe do processo”, sendo esta mais uma consequência psicológica. Esse aspecto foi relatado pelos médicos pelo fato dos pacientes gostarem de participar do processo de tomada de decisão no que tange o tratamento:

Os pacientes gostam de participar das escolhas, eles querem conduzir a consulta junto comigo – Entrevistado 33.

Eu percebo que os meus pacientes eles querem serem participativos nas escolhas de tratamento e eu vejo que isso é importante mesmo. – Entrevistado 25.

Nesta participação no processo, acarreta a consequência psicológica (28) “Paciente sente-se escutado”, pois o que ele comenta, é considerado pelo endocrinologista, podendo levar a alterações:

Quando tem esse envolvimento do paciente nas decisões, ele se sente valorizado e ouvido, isso eu sei que é importante para eles – Entrevistado 33.

A participação ativa deles, acho que gera um empoderamento, de ver que o que eles falam é levado em consideração – Entrevistado 24.

Por fim, chega-se à consequência psicológica (29) “Melhora na comunicação médico-paciente”. O sentir-se escutado contribui para essa melhora no canal de comunicação entre médico e paciente. Essa escuta por parte do médico faz com que o paciente sinta-se confortável para tirar dúvidas e preocupações, também favorecendo uma troca de informações com maior clareza e eficácia.

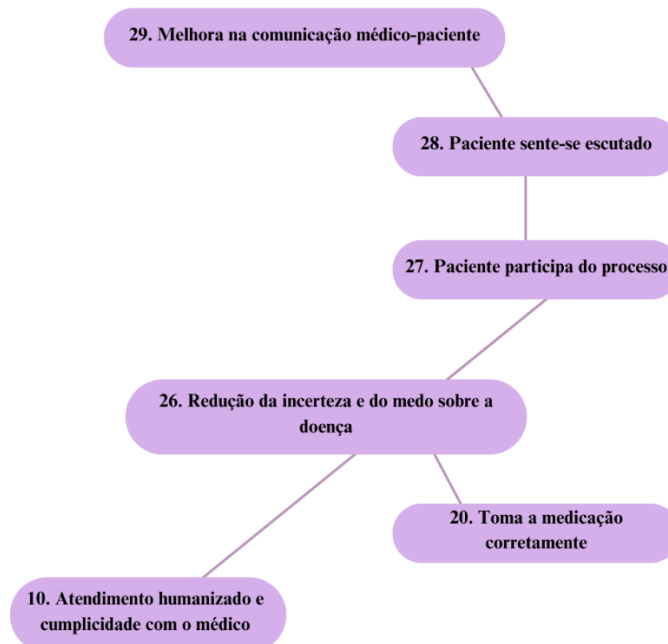
O que eu prezo muito é que eu consiga uma boa comunicação com o paciente. Eu percebo que quando tenho uma escuta ativa, isso facilita a comunicação – Entrevistado 22.

Quando eu envolvo o paciente no tratamento e na tomada de decisão, eu vejo que ele gosta de falar comigo, nossa comunicação melhora – Entrevistado 37.

Essa troca de informação entre médico e paciente é muito importante para a continuidade do tratamento – Entrevistado 31.

Essa relação que leva a consequências mais profundas a partir das falas dos entrevistados é apresentada na Figura 27.

Figura 27 – O paciente como participante ativo no tratamento.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

O valor terminal (35) “Tem saúde para viver mais e feliz” surge dos valores instrumentais (32) “Tem disciplina e esforço na manutenção da saúde” e (30) “Autocuidado”. Nesse caso, essa relação apresenta que as pessoas valorizam a felicidade e longevidade e que relacionam essas com comportamentos (saudáveis):

O paciente precisa se esforçar e seguir direitinho para ter mais saúde e viver melhor no futuro – Entrevistado 33.

Para eles viverem bastante, eles precisam entender que não é só tomar remédio e pronto. Precisa dormir bem, se alimentar direito e prestar atenção no corpo – Entrevistado 37.

Já o valor instrumental (31) “Confiança e vontade de prosseguir com o tratamento” leva a dois valores terminais: (36) Se sente cuidado e respeitado e (37) Segurança e tranquilidade. Quando paciente confia no tratamento, ele se sente valorizado pelos profissionais de saúde ao perceberem, por exemplo, que sua saúde está sendo levada a sério. Além disso, o desejo de prosseguir com o tratamento pode gerar uma sensação de previsibilidade e controle da saúde, permitindo viver com maior tranquilidade:

Quando o paciente vê que o tratamento está funcionando e que os médicos apoiam, ele confia em você e se sente seguro – Entrevistado 36.

Se o paciente não confia no tratamento, ele fica totalmente insegura e isso impacta o processo – Entrevistado 24.

O paciente ele quer mesmo é ser cuidado, então ele confiando em você 50% você já consegue – Entrevistado 22.

#### **4.2.3 Análise das cadeias dominantes dos endocrinologistas**

O primeiro segmento surge a partir da busca do paciente pela segurança e uma vida tranquila. A sequência é dada pelos códigos: 10 → 26 → 29 → 33 → 37, em que o atendimento humanizado propicia uma melhora na comunicação favorecendo que o paciente consiga atingir um estado de segurança e tranquilidade em relação ao tratamento.

Um segundo seguimento é para o atingimento de sentir cuidado e respeitado, iniciando-se pelos códigos 10 → 26 → 27 → 28 → 36, onde o paciente a partir de um atendimento humanizado e se enxergando como uma peça fundamental para o êxito do tratamento acaba se enxergando cuidado e respeitado pelo profissional ao assumir destaque no processo de tomada de decisão que tange o tratamento.

O terceiro segmento é composto pelos códigos 4 → 11 → 16 → 17 → 25 → 31 → 32 → 35, em que o paciente se informa sobre o diabetes, entendendo como agir e mudanças necessárias para que ele consiga viver por mais tempo e feliz com sua rotina. Uma outra cadeia que segue também para se alcançar felicidade e longevidade. E a partir dos códigos 1 → 12 → 15 → 21 → 24 → 30 → 35, que aborda que através de uma alimentação saudável, o paciente

aprende como se alimentar corretamente, aparecem diversos benefícios e ele consegue viver por mais anos e bem.

Os segmentos apresentados apontam diferentes trajetórias que o paciente percorre para alcançar fins desejados. O primeiro segmento envolve a importância do atendimento humanizado para atingir segurança e tranquilidade. Já o segundo recai sobre a percepção de respeito e cuidado. O paciente ao se sentir como membro ativo no processo decisório, enxerga o atendimento como algo mais personalizado, em que seu papel é valorizado. O terceiro segmento destaca o conhecimento e mudança de hábitos para a promoção da saúde. Quando o diabético se informa sobre a doença e adere práticas saudáveis, este consegue construir uma rotina que facilite sua felicidade e longevidade.

### **4.3 Análise comparativa do MHV's dos pacientes e dos médicos**

Mesmo tendo diferentes perspectivas, é visto que a partir dos segmentos abordados durante essa pesquisa são encontrados fatores relacionados à aderência são relacionados tanto a fatores emocionais, comportamentais e cognitivos.

#### **4.3.1 Semelhanças entre os mapas**

Tanto os pacientes quanto os médicos apontam a comunicação médica como um aspecto fundamental para a aderência ao tratamento. Os pacientes priorizam que o médico transmita a informação de maneira clara e com calma, possibilitando uma compreensão adequada do tratamento, assim como das implicações do diabetes. Os médicos também acreditam que uma comunicação eficaz evita interpretações equivocadas sobre a doença e permite que os pacientes compreendam a relevância do tratamento.

Em ambas as perspectivas, a confiança no médico e no tratamento aparece como um elemento importante. Os pacientes comentam que, quando confiam no médico, sentem-se mais seguros e propensos a seguir as recomendações. Os endocrinologistas reforçam essa ideia ao afirmar que a confiança auxilia na disposição para continuar o tratamento.

Os mapas também apontam a necessidade de personalização do tratamento para garantir a aderência. Os pacientes ressaltam que a realidade financeira, a rotina e a disponibilidade de medicamentos interferem diretamente na capacidade de seguir corretamente o tratamento. Os médicos também reconhecem esse aspecto e destacam a importância de adaptar as orientações às condições de cada paciente.

Outra questão abordada por ambas as partes envolve a alimentação e a prática de atividade física, que aparecem como importantes para o controle glicêmico. Os pacientes relatam dificuldades iniciais em relação à dieta, mas reconhecem os impactos positivos, inclusive na promoção da longevidade. Os médicos veem a alimentação e o controle de peso como estratégias preventivas para complicações futuras.

#### **4.3.2 As diferenças entre os mapas**

Mesmo tendo algumas semelhanças, os mapas também destacam diferenças em relação à maneira como cada grupo entende e lida com a aderência.

Os pacientes enxergam a aderência como um processo que envolve aspectos financeiros, emocionais e sociais. Para os diabéticos, a experiência do tratamento não se limita a tomar medicamentos, mas inclui cuidado, respeito e compreensão. Os endocrinologistas comentam sobre esses aspectos também, mas enfatizam principalmente os fatores clínicos, mostrando que, para eles, a aderência está relacionada ao controle glicêmico, à adaptação da medicação e à prevenção de complicações. Nesse contexto, pode ocorrer de o médico subestimar o impacto dos fatores sociais e emocionais na aderência. Também é possível que o paciente deseje a eficácia do tratamento, mas valorize, sobretudo, um atendimento humanizado, para se sentir cuidado e respeitado.

Para os pacientes, o atendimento vai além das consultas: eles buscam profissionais com os quais seja possível criar um vínculo pessoal e que os façam sentir-se valorizados. Os médicos reconhecem a relevância desse relacionamento; entretanto, percebem-no principalmente como uma forma de facilitar a comunicação e permitir que o paciente compreenda as prescrições.

Os pacientes também mencionam a importância de o médico cumprimentar, perguntar sobre a vida e construir uma relação de cumplicidade, para que a confiança seja estabelecida e exista motivação para continuar o tratamento. Os endocrinologistas defendem um diálogo aberto, com foco na prevenção da desinformação e no esclarecimento de dúvidas.

Considerando o conhecimento e a conscientização sobre a doença, os pacientes apontam a relevância de se informar, mas relatam dificuldades para filtrar informações confiáveis. Já os médicos reconhecem o impacto positivo dessa busca por informações, mas demonstram grande preocupação com *fake news* e tratamentos não comprovados.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a influência dos valores pessoais na aderência a tratamentos médicos para diabetes tipo 2, explorando a relação médico-paciente. Por meio da Teoria Meios-Fim e da Teoria de Valores, foi possível compreender como os atributos encontrados se relacionam com as consequências vivenciadas pelos pacientes e com os valores que norteiam suas decisões. A partir dessa abordagem, obteve-se uma análise aprofundada dos fatores que influenciam a aderência, levando em consideração aspectos sociais, econômicos, psicológicos e contextuais.

Durante o trabalho, foi observado que a relação médico-paciente desempenha um papel importante na aderência, sendo influenciada pela qualidade da comunicação, pelo grau de empatia demonstrado pelo médico e pelo suporte oferecido. Os pacientes que se sentem compreendidos tendem a apresentar melhor aderência. Por isso, é necessário considerar os valores individuais dos pacientes para que se possa promover uma assistência médica centrada no indivíduo.

Os achados deste trabalho fornecem implicações práticas para gestores de saúde, profissionais da área e formuladores de políticas públicas. A identificação dos principais valores que envolvem a aderência pode auxiliar na criação de estratégias para o engajamento dos diabéticos. Um dos principais resultados envolve a dualidade nas cadeias de valor que norteiam a aderência: de um lado, aspectos técnicos envolvendo o controle da doença, de outro, aspectos emocionais e sociais que permeiam a relação médico-paciente. Essa ambiguidade, apontada em ambas as cadeias, demonstra que a aderência não pode ser entendida como apenas uma resposta às prescrições médicas, mas como um processo intersubjetivo. Ao reconhecer essa duplicidade, o profissional pode desenvolver uma atuação mais sensível, equilibrando rigor técnico com uma escuta ativa e acolhimento.

Além disso, a implementação de estratégias de marketing e comunicação em saúde pode facilitar uma maior percepção dos valores pessoais dos pacientes no que se refere ao tratamento, tornando-o mais acessível, compreensível e motivador. O desenvolvimento de campanhas educativas, bem como de materiais informativos relacionados aos valores pessoais dos pacientes, pode facilitar a aderência, diminuindo a resistência e influenciando positivamente a mudança de hábitos, o que pode resultar em maior eficácia nos resultados a longo prazo.

Na perspectiva do profissional de saúde, compreender a visão do paciente, seus valores pessoais e o contexto que influencia os atributos e consequências associados à aderência é fundamental para um atendimento mais alinhado às suas necessidades. Esse entendimento

possibilita a implementação de estratégias mais assertivas, tornando o cuidado médico mais personalizado, com foco na aderência e no sucesso do tratamento.

Outro aspecto importante diz respeito à informalidade na comunicação. Os dados indicam que, muitas vezes, o paciente absorve melhor as orientações quando há flexibilidade, espontaneidade e empatia por parte do médico. Nesse sentido, recomenda-se que as consultas sejam mais dialogadas, com abertura para que o paciente participe ativamente da construção do plano terapêutico.

Ademais, o reconhecimento de que o processo de aderência é orientado por valores pessoais implica na necessidade de formações continuadas que capacitem os profissionais a lidar com questões éticas, emocionais e simbólicas no contexto clínico. A prática médica, ao incorporar essa dimensão valorativa, pode se tornar mais eficaz, humanizada e centrada nas reais necessidades dos pacientes.

No âmbito teórico, esta pesquisa contribui para a expansão da utilização da Teoria Meios-Fim e da Teoria de Valores na área da saúde. Dessa forma, o trabalho amplia as possibilidades de análise acerca de como os valores influenciam a tomada de decisão em contextos relacionados à saúde, envolvendo tratamentos médicos e aderência. Nesse sentido, esta pesquisa também apresenta um modelo que pode ser replicado em outras doenças crônicas, possibilitando a exploração de como os valores pessoais influenciam em variados contextos. A metodologia qualitativa adotada reforça a relevância da compreensão aprofundada das motivações individuais, sendo complementar às abordagens quantitativas, frequentemente utilizadas no âmbito da saúde.

Como em toda pesquisa, esta também apresenta limitações que devem ser consideradas. Uma das principais limitações relaciona-se ao perfil dos participantes (pacientes e endocrinologistas). O trabalho foi realizado com pacientes da rede privada de saúde, o que restringe os resultados a esse grupo específico. Esse recorte limita a generalização dos resultados para pacientes atendidos pelo SUS, que podem enfrentar barreiras diferentes para a aderência ao tratamento.

Outra limitação encontrada envolve o acesso e a disponibilidade dos endocrinologistas para as entrevistas. A agenda sobrecarregada desses profissionais dificultou um alcance maior no número de entrevistados, o que pode ter impactado a diversidade de percepções analisadas.

Com base nos resultados e nas limitações encontradas, alguns direcionamentos para pesquisas futuras foram identificados. Estudos posteriores podem ampliar a amostra para outras regiões e perfis socioeconômicos, analisando os fatores culturais que influenciam o tratamento. Também é possível avançar nas proposições de pesquisa voltadas à identificação de valores

relacionados a outras doenças crônicas, como asma e doenças cardiovasculares. Outro estudo pode envolver a análise de como diferentes formas de atendimento influenciam a percepção de valores dos pacientes em relação à aderência ao tratamento. Também é sugerida a realização dessa pesquisa com pacientes do Sistema Único de Saúde, considerando que esse grupo pode apresentar um perfil distinto dos pacientes da rede privada, como, por exemplo, acesso limitado a consultas especializadas e dificuldades financeiras para a aquisição de insumos.

Espera-se que este trabalho contribua não somente para o avanço do conhecimento acadêmico no campo da aderência, mas também para a criação de políticas de saúde centradas no paciente. A integração entre marketing e saúde abre caminhos para a construção de sistemas de saúde mais eficientes e humanizados, promovendo melhores condições de vida para pacientes com diabetes tipo 2 e outras doenças crônicas. Além disso, espera-se que essa abordagem traga benefícios aos endocrinologistas, oferecendo subsídios sobre como fortalecer a relação médico-paciente, melhorar a comunicação e aumentar a aderência. O entendimento dos valores dos pacientes possibilita que esses profissionais adotem estratégias personalizadas para aumentar a eficácia do tratamento, permitindo uma prática médica mais alinhada às necessidades reais daqueles que estão sob seus cuidados.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.; NETO, J. A. R. S. Organizações de pacientes e seu papel na implementação de direitos nos cuidados em saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 11, n. 1, p. 144-162, 2022.

ALENCAR, D. C. et al. Saúde mental de pessoas com diabetes no período da pandemia de COVID-19: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 24, p. 67537-67537, 2022.

ALMEIDA, F. J. R.; SOBRAL, F. J. B. A. O sistema de valores humanos de administradores brasileiros: adaptação da escala PVQ para o estudo de valores no Brasil. **RAM. Revista de Administração Mackenzie**, v. 10, p. 101-126, 2009.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diabetes Care**, v. 28, p. S37-S42, 2005.

AÑAÑA, E.; NIQUE, W. O. Valor dos Valores: uma abordagem exploratória do cerne da cultura e da sua influência na avaliação de uma marca. **XXXII Encontro da ANPAD (EnANPAD). Anais**. Rio de Janeiro-RJ, 2008.

ARSA, Gisela et al. Diabetes Mellitus tipo 2: Aspectos fisiológicos, genéticos e formas de exercício físico para seu controle. **Rev bras cineantropom desempenho hum**, v. 11, n. 1, p. 103-11, 2009.

- ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2189-2197, 2008.
- BANDEIRA, P. B.; AMORIM, M.; OLIVEIRA, M. Z. Empreendedorismo feminino: estudo comparativo entre homens e mulheres sobre motivações para empreender. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 2020.
- BARDIN, L. **Análisis de contenido**. Ediciones Akal, 1991.
- BECH-LARSEN, T.; NIELSEN, N. A. A comparison of five elicitation techniques for elicitation of attributes of low involvement products. **Journal of Economic Psychology**, v. 20, n. 3, p. 315-341, 1999.
- BOTSCHEN, G.; THELEN, E. M.; PIETERS, R. Using means-end structures for benefit segmentation: An application to services. **European journal of Marketing**, v. 33, n. 1/2, p. 38-58, 1999.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para diagnóstico e tratamento das Talassemias Beta**, 2016.
- BRAZ, Dayana Ferreira Novais; ATHAYDE, André Luiz Mendes. Os valores pessoais exercem alguma influência na satisfação no trabalho?. **Administração de Empresas em Revista**, 2023.
- BRY, L. J. et al. Consumer smartphone apps marketed for child and adolescent anxiety: a systematic review and content analysis. **Behavior therapy**, v. 49, n. 2, p. 249-261, 2018.
- CAMFIELD, C. E. R.; VON BORELL, D. A.; RODRIGUES, R. G. Uma análise da relação entre valores pessoais e satisfação com o trabalho. **Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 11, n. 5, p. 1240-1256, 2018.
- CAMPOS, R.L; BACELAR, A. S.; VILAS BOAS, L.H.B. O uso da técnica Laddering na pesquisa sobre o comportamento de consumo alimentar. **Revista Organizações em Contexto**, v. 18, n. 36, 2022.
- CANÇADO, P.; MOURA, E. P.; PEIXOTO, J. M. O efeito do Mapa da Empatia em Saúde no comportamento empático médico percebido pelo paciente. **Saúde e Pesquisa**, v. 14, n. 2, p. 261-270, 2021.
- CAPORALI, R.; ZAVAGLIA, D. Real-world experience with tofacitinib for the treatment of rheumatoid arthritis. **Clin Exp Rheumatol**, v. 37, n. 3, p. 485-495, 2019.
- CASSINATH, N. et al. Disruptions to the procurement of medical abortion medicines during COVID-19: a scoping review. **BMJ open**, v. 12, n. 10, p. e064848, 2022.
- CASTRO, A. L. O. et al. COMPORTAMENTO DOS CONSUMIDORES DE VINHOS: UMA RELAÇÃO ENTRE VALORES PESSOAIS E IDENTIDADE. **Desafio Online**, v. 7, n. 1, 2019.

CAZZOLA, M.; MATERA, Maria Gabriella. Emerging inhaled bronchodilators: an update. **European Respiratory Journal**, v. 34, n. 3, p. 757-769, 2009.

CIZZA, G.; ROTHER, K. I. Beyond fast food and slow motion: weighty contributors to the obesity epidemic. *Journal of endocrinological investigation*, v. 35, p. 236-242, 2012.

CONRAD, P. The meaning of medications: another look at compliance. **Social science & medicine**, v. 20, n. 1, p. 29-37, 1985.

CORAL, Francisco Eduardo et al. Insuficiência venosa crônica e uso de meia elástica de compressão graduada: uma análise sobre a adesão ao tratamento em pacientes do SUS. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 20, p. e20200034, 2021.

CORBIN, J. M.; STRAUSS, A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. **Qualitative sociology**, v. 13, n. 1, p. 3-21, 1990.

COSTA, L. F. et al. Tendência temporal e gastos das internações com diagnóstico principal por diabetes mellitus no Sistema Único de Saúde do Brasil, 2011 a 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, p. e2023509, 2024.

COSTA, F. D.; AZEVEDO, R. C. S. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 02, p. 261-269, 2010.

COWES, V. LANDINI, F. Adherencia a controles prenatales en el norte argentino desde la perspectiva de la interfaz social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2741-2750, 2018.

CUGELMAN, B. et al. Online interventions for social marketing health behavior change campaigns: a meta-analysis of psychological architectures and adherence factors. **Journal of medical Internet research**, v. 13, n. 1, p. e1367, 2011.

CUTLER, D. M.; EVERETT, W. Thinking outside the pillbox—medication adherence as a priority for health care reform. *New England Journal of Medicine*, 2010.

DAMES, Aissa Borges Vale et al. MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: um relato de caso sobre a Conscientização do tratamento do diabetes para pessoas em condição de vulnerabilidade social na região do Sacavém. *Revista de Estudos Multidisciplinares UNDB*, v. 4, n. 2, 2024.

DIBLEY, A.; BAKER, S. Uncovering the links between brand choice and personal values among young British and Spanish girls. **Journal of Consumer Behaviour: An International Research Review**, v. 1, n. 1, p. 77-93, 2001.

DIMEGLIO, L. A.; EVANS-MOLINA, C.; ORAM, R. A. Type 1 diabetes. **The Lancet**, v. 391, n. 10138, p. 2449-2462, 2018.

DOGGETT, E. G. et al. Optimizing HIV prevention for women: a review of evidence from microbicide studies and considerations for gender-sensitive microbicide introduction. **African Journal of Reproduction and Gynaecological Endoscopy**, v. 18, n. 1, 2015.

DROTAR, D. Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: Concepts, methods, and interventions. **Psychology Press**, 2000.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 126-134, 2012.

ECCLES, J. S.; WIGFIELD, A. Motivational beliefs, values, and goals. **Annual review of psychology**, v. 53, n. 1, p. 109-132, 2002.

FERREIRA, A. P. C.; CAMPOS, E. M. P. A equipe de saúde diante do paciente não aderente ao tratamento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. e244855, 2023.

FERREIRA, J. B.; BASSOTTO, L. C.; JUNIOR, L. G. C. Atributos, valores e comportamento de consumo de café tradicional no Brasil/Attributes, values and traditional coffee consumption behavior in Brazil. Espacio Abierto: **Cuaderno Venezolano de Sociología**, v. 29, n. 4, p. 294-314, 2020.

FERREIRA, S. D. et al. Valores e satisfação no trabalho dos servidores públicos em uma seccional da Justiça Federal. **Gestão e Sociedade**, v. 14, n. 38, p. 3608-3631, 2020.

FISCHER, E.; CASTILHOS, R. B.; FONSECA, M. J. Entrevista qualitativa na pesquisa de marketing e do consumidor: abordagens paradigmáticas e orientações. **ReMark-Revista Brasileira de Marketing**, v. 13, n. 4, p. 67-79, 2014.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 16-29, 2017.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; MAGDALENO JÚNIOR, Ronis. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em Estudo**, v. 17, p. 63-71, 2012.

GANDIA, R. M. **Encapsulando valores: um estudo sobre a estrutura dos valores que orientam a compra de máquinas de bebidas em cápsulas**. Dissertação (Mestrado em Administração) -Universidade Federal de Lavras, Lavras 2016.

GARATTINI, L.; PADULA, A. Cholesterol-lowering drugs: science and marketing. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 110, n. 2, p. 57-64, 2017.

GARDIAL, S. F.; FLINT, D. J.; WOODRUFF, R. B. Trigger Events: Exploring the Relationship Between Critical Events and Consumers' Evaluations, Standards, Emotions, Values and Behavior. **Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior**, v. 9, p. 35-51, 1996.

GEDDES, P. Cidades em evolução Campinas: **Papirus**, 1994. (Coleção Ofício de Arte e Formas).

GENGLER, C. E.; REYNOLDS, T. J. Consumer understanding and advertising strategy: analysis and strategic translation of laddering data. **Journal of advertising research**, v. 35, n. 4, p. 19-34, 1995.

GENTILE, C.; SPILLER, N.; NOCI, G. How to sustain the customer experience:: An overview of experience components that co-create value with the customer. **European management journal**, v. 25, n. 5, p. 395-410, 2007.

GIRONA-BRUMÓS, L. et al. Positive and negative aspects of pharmaceutical services in Spain: about antidepressants and antipsychotics. **Gaceta Sanitaria**, v. 20, p. 143-153, 2006.

GONÇALVES, A. F. S.; LOPES, J. A. M. Aderência ao tratamento da asma. **Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition)**, v. 16, n. 1, p. 117-131, 2010.

GORODN et al. Atividades físicas para crianças com câncer em uma cidade do interior do Estado de São Paulo. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, 2017.

GRILLO, M. F. F.; GORINI, M.I. P. C. Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, p. 49-54, 2007.

GRUBER, T.; FRUGONE, F. Uncovering the desired qualities and behaviours of general practitioners (GPs) during medical (service recovery) encounters. **Journal of Service Management**, v. 22, n. 4, p. 491-521, 2011.

GRUNERT, K. G.; GRUNERT, S. C.; SØRENSEN, Elin. Means-end chains and laddering: an inventory of problems and an agenda for research. 1995.

GUTMAN, J. A means-end chain model based on consumer categorization processes. **Journal of marketing**, v. 46, n. 2, p. 60-72, 1982.

GUTMAN, J; M., George. Communicating a quality position in service delivery: an application in higher education. **Managing Service Quality: An International Journal**, v. 13, n. 2, p. 105-111, 2003.

GUTMAN, J.; REYNOLDS, Thomas J. Laddering theory-analysis and interpretation. **Journal of advertising research**, v. 28, n. 1, p. 11, 1988.

HAIRE, B. G. Preexposure prophylaxis-related stigma: strategies to improve uptake and adherence—a narrative review. **HIV/AIDS-Research and Palliative Care**, p. 241-249, 2015.

HEISLER, M. Eliciting personal values of patients with multiple chronic conditions: why and how. **Journal of General Internal Medicine**, v. 32, n. 12, p. 1273-1274, 2017.

HINKLE, D. N. **The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of construct implications**. The Ohio State University, 1965.

HOFSTEDE, F. et al. An investigation into the association pattern technique as a quantitative approach to measuring means-end chains. **International Journal of Research in Marketing**, v. 15, n. 1, p. 37-50, 1998.

IKEDA, A. A.; CAMPOMAR, M. C.; CHAMIE, B. C. Laddering: revelando a coleta e interpretação dos dados. **Revista Brasileira de Marketing**, v. 13, n. 4, p. 49-66, 2014.

ILAN, Y. Digital medical cannabis as market differentiator: second-generation artificial intelligence systems to improve response. **Frontiers in Medicine**, v. 8, p. 788777, 2022.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. Brussels: International Diabetes Federation, 2015.

IWAI, T. Orientação de valor social, sistema de valores e comportamento cooperativo: um estudo experimental. RAM. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 17, p. 82-111, 2016.

KASSARJIAN, H. H. Personality and consumer behavior: A review. **Journal of marketing Research**, v. 8, n. 4, p. 409-418, 1971.

KUDRATI, S. Z.; HAYASHI, K.; TAGGART, T. Social media & PrEP: A systematic review of social media campaigns to increase PrEP awareness & uptake among young Black and Latinx MSM and women. **AIDS and Behavior**, v. 25, n. 12, p. 4225-4234, 2021.

KUMAR, H. et al. Towards a theoretical framework for augmented reality marketing: A means-end chain perspective on retailing. **Information & Management**, v. 61, n. 2, p. 103910, 2024.

LAWRENCE-ZÚÑIGA, D. Casas suburbanas e estilos de vida rurais no Sul de Portugal. **Trabalhos de Antropologia e Etnologia**, v. 37, n. 3-4, 2020.

LEE, W. I.; LIN, C. H. Consumer hierarchical value map modeling in the healthcare service industry. **African Journal of Business Management**, v. 5, n. 3, p. 722, 2011.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 775-782, 2003.

LEÃO, A. L. M. S.; SOUZA NETO, A. F.; MELLO, S. C. B. Compreendendo os valores das marcas: aplicação da lista de valores em diferentes indústrias. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 11, p. 27-48, 2007.

LEGLER, L.; ESTIVALETE, V. F. B. Configurações dos valores pessoais e das características dos empreendedores sociais em organizações sociais brasileiras e portuguesas. **Revista Gestão e Desenvolvimento**, v. 18, n. 2, p. 132-153, 2021.

LICHTENSTEIN, A. H. et al. 2021 dietary guidance to improve cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**, v. 144, n. 23, p. e472-e487, 2021.

LUCIETTO, D. A. et al. Marketing para a saúde: conceitos, possibilidades e tendências. **Revista Tecnológica**, v. 3, n. 2, p. 30-50, 2015.

LYRA, Ruy et al. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 50, p. 239-249, 2006.

KHAN, M. A. B. et al. Epidemiology of Type 2 Diabetes – Global Burden of Disease and Forecasted Trends. **Journal of Epidemiology and Global Health**, v. 10, n. 1, p. 107–111,

mar. 2020.

MACEDO, G. R. et al. O poder do marketing no consumo excessivo de medicamentos no Brasil. **Revista Transformar**, v. 9, p. 114-128, 2016.

MAEYAMA, Marcos Aurélio et al. Aspectos relacionados à dificuldade do controle glicêmico em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Básica. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 47352-47369, 2020.

MAGALHÃES FILHO, G, C. et al. INTEGRAÇÃO DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES NO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS: DESAFIOS E OPORTUNIDADES. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 6143-6153, 2023.

MERCADO MARTÍNEZ, F. J. Enfermedad, cultura y sociedad: la identidad cultural de las personas con diabetes del sector informal urbano. **Cuadernos Médico Sociales (Rosario)**, n. 61, p. 49-61, 1992.

MIRANDA, G. M. D. et al. **Saúde e desigualdade: o desafio brasileiro em um cenário de transição demográfica, epidemiológica e mudanças sociais**. 2015. Tese de Doutorado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

MONTESCHI, M.; VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, p. 709-718, 2010.

MOUNGUI, H. C. et al. Dissemination Strategies for mHealth Apps: Systematic Review. **JMIR mHealth and uHealth**, v. 12, n. 1, p. e50293, 2024.

MURRAY, C. J. et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1223-1249, 2020.

NUNES, L. B. et al. Atitudes para o autocuidado em diabetes mellitus tipo 2 na Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE001765, 2021.

OGURTSOVA, K. et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. **Diabetes research and clinical practice**, v. 128, p. 40-50, 2017.

OKUNOGBE, A. et al. **Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries**. *BMJ global health*, v. 6, n. 10, p. e006351, 2021.

OLIVEIRA, V. Z.; GOMES, W. B. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 9, p. 459-469, 2004.

OLSON, J. C.; REYNOLDS, T. J. The means-end approach to understanding consumer decision making. **Understanding consumer decision making: The means-end approach to marketing and advertising strategy**, p. 3-20, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Adherence to long-term therapies: evidence for actions**. Geneva: World Health Organization, 2003.

OYSERMAN, D. Identity-based motivation and consumer behavior. **Journal of Consumer Psychology**, v. 19, n. 3, p. 276-279, 2009.

PAILLE, F.; MARTINI, H. Nalmefene: a new approach to the treatment of alcohol dependence. **Substance abuse and rehabilitation**, p. 87-94, 2014.

PEREIRA, I. S. et al. Avaliação da não adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica em uma população de Salvador-BA. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 153-174, 2021.

PERIC, Slobodan; STULNIG, Thomas M. Diabetes and COVID-19: disease—management—people. **Wiener Klinische Wochenschrift**, v. 132, n. 13, p. 356-361, 2020.

PERIVOLARIS, E. C. et al. Complicações na gravidez e diabetes mellitus na gestação: dados de morbidade e mortalidade no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e142101119335-e142101119335, 2021.

PIMENTA, M. L. et al. Flavor and wellbeing: relationship between product. **Brazilian Business Review**, v. 9, n. 3, p. 119-140, 2012.

POSTEL-VINAY, N. et al. Management of arterial hypertension: home blood pressure measurement is a cornerstone for telemonitoring and self-management. **Mhealth**, v. 9, 2023.

PRADO, J. W. et al. Multivariate analysis of credit risk and bankruptcy research data: a bibliometric study involving different knowledge fields (1968–2014). **Scientometrics**, v. 106, n. 3, p. 1007–1029, 2016.

PUCCINI, L. R. S. et al. Ferramentas de busca na internet para educação médica: vantagens e desvantagens do Google Acadêmico, Pubmed e Scielo. **Cadernos UniFOA**, v. 7, n. 1 Esp, p. 132-132, 2012.

RAH, J. H. et al. Program experience with micronutrient powders and current evidence. **The Journal of Nutrition**, v. 142, n. 1, p. 191S-196S, 2012.

RAHIM, M. I. A.; THOMAS, R. H. Gamification of medication adherence in epilepsy. **Seizure**, v. 52, p. 11-14, 2017.

REACH, G. Observance in diabetes: from therapeutic education to therapeutic alliance. In: **Annales de medecine interne**. 2003. p. 117-120.

REIS, L. O.; SILVA, A. K. S.; BRITO, M. R. M. Avaliação da qualidade de vida em portadores de Diabetes Mellitus e suas complicações. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e15311931800-e15311931800, 2022.

REYNOLDS, T. J.; GUTMAN, J. Laddering theory, method, analysis, and interpretation. In: **Understanding consumer decision making**. Psychology Press, 2001. p. 40-79.

REYNOLDS, T. J.; GUTMAN, J. **Laddering theory, method, analysis, and interpretation.** *Journal of Advertising Research*, v. 28, n. 1, p. 11-31, 1988.

REYNOLDS, T. J.; WHITLARK, D. B. Laddering data to communications strategy and advertising practice. **Journal of advertising research**, v. 35, n. 4, p. 9-18, 1995.

ROKEACH, M. The role of values in public opinion research. **Public Opinion Quarterly**, v. 32, n. 4, p. 547-559, 1968.

ROKEACH, M. **The nature of human values.** Free press, 1973.

ROSSI, S. H. et al. Epidemiology and screening for renal cancer. **World journal of urology**, v. 36, p. 1341-1353, 2018.

RUST, R. T.; LEMON, K. N.; ZEITHAML, V. A. Driving customer equity: Linking customer lifetime value to strategic marketing decisions. Cambridge, MA: **Marketing Science Institute**, 2001.

SAGIV, L.; SCHWARTZ, S. H. Value priorities and subjective well-being: Direct relations and congruity effects. **European journal of social psychology**, v. 30, n. 2, p. 177-198, 2000.

SAMPAIO, H. A. C. et al. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 865-874, 2015.

SANTOS, W. M.; SANTOS, D. M.; FERNANDES, M. S. HPV immunization in Brazil and proposals to increase adherence to vaccination campaigns. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 79, 2023.

SANTOS, U. R.; BIANCO, N. Ro. Conferências Nacionais de Saúde: estudo sobre aderência de propostas de política de comunicação aos princípios de comunicação pública. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 18, n. 1, p. 81-97, 2024.

SCATULINO, P. L. S.; TROCCOLI, Irene R.; FELIZARDO JUNIOR, N. a. USO DA TÉCNICA LADDERING EM ESTUDO DE CADEIA MEIOS-FIM: Um Exemplo Aplicado. **Perspectivas Contemporâneas**, v. 15, n. 1, p. 03-23, 2020.

SCHARF, E. R. O estilo de vida e a experiência: aspectos da marca no entendimento dos seus usuários. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 13, p. 99-113, 2011.

SCHILLINGER, D.; GRUMBACH, K.; PIETTE, J.; WANG, F.; OSMOND, D.; DAHER, C.; PALACIOS, J.; SULLIVAN, G. D.; BINDMAN, A. B. **Association of health literacy with diabetes outcomes.** *JAMA*, v. 288, n. 4, p. 475-482, 2002.

SEVELIUS, J. M.; DEUTSCH, M. B.; GRANT, R. The future of PrEP among transgender women: the critical role of gender affirmation in research and clinical practices. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, p. 21105, 2016.

- SCHWARTZ, S. H. The refined theory of basic values. In: ROCCAS, S.; SAGIV, L. (Orgs.). *Values and Behavior: Taking a Cross Cultural Perspective*. Springer Publishing, p. 51-72, 2017.
- SCHWARTZ, S. H. An overview of the Schwartz theory of basic values. *Online readings in Psychology and Culture*, v. 2, n. 1, p. 11, 2012.
- SCHWARTZ, S. H.; BILSKY, W. Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of personality and social psychology*, v. 53, n. 3, p. 550, 1987.
- SILVA, E. C.; MAZZON, J. A. Plano de marketing social para a promoção da saúde: desenvolvimento de políticas de saúde pública orientada ao “cliente”. *Revista Brasileira de Marketing*, v. 15, n. 2, p. 164-176, 2016.
- SILVA, A. D. et al. Estado nutricional, fatores de risco e comorbidades em adultos portadores de diabetes mellitus tipo 2. *HU Revista*, v. 46, p. 1-9, 2020.
- SILVA, R. S. B.; MARTINS, C. O. Otimização da aderência em programas de promoção da saúde do trabalhador. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, v. 12, n. 2, 2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Brasil já tem cerca de 20 milhões de pessoas com diabetes**. Disponível em: <https://diabetes.org.br/brasil-ja-tem-cerca-de-20-milhoes-de-pessoas-com-diabetes/>. Acesso em: 28 jan. 2025.
- STAMM, C. et al. A população urbana e a difusão das cidades de porte médio no Brasil. *Interações (Campo Grande)*, v. 14, p. 251-265, 2013.
- TORRES, C. V.; SCHWARTZ, S. H.; NASCIMENTO, T. G. A Teoria de Valores Refinada: associações com comportamento e evidências de validade discriminante e preditiva. *Psicologia Usp*, v. 27, p. 341-356, 2016.
- TORRES, J. M. M.; FUENTE, G. M. C.; JARAMILLO, H. F. Comportamiento alimentario durante la adolescencia. ¿ Nueva relación con la alimentación y el cuerpo?. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, p. 99-111, 2017.
- TRACHTENBERG, F. L. et al. Relationship among chelator adherence, change in chelators, and quality of life in thalassemia. *Quality of Life Research*, v. 23, p. 2277-2288, 2014.
- VALETTE-FLORENCE, P.; RAPACCHI, B. Improvements in means-end-chains analysis: using graph theory and correspondence analysis. *Journal of Advertising Research*, v. 31, n. 1, p. 30-45, fev.-mar. 1991
- VELUDO-DE-OLIVEIRA, T. M.; IKEDA, A. K. Usos e limitações do método laddering. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, v. 5, p. 197-222, 2022.
- VIEIRA, D.; GIOVANNI, F. Perspectivas e limites da pesquisa qualitativa na produção de conhecimento em Marketing. *Revista de Negócios*, v. 18, n. 1, 2013.

- VILAS BOAS, L. H. B.; SETTE, R. S.; BRITO, M. J. Comportamento do consumidor de produtos orgânicos: uma aplicação da teoria da cadeia de meios e fins. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, v. 8, n. 1, p. 25-39, 2006.
- VINSON, D. E.; SCOTT, J. E.; LAMONT, Lawrence M. The role of personal values in marketing and consumer behavior. **Journal of marketing**, v. 41, n. 2, p. 44-50, 1977.
- VRIENS, M.; HOFSTEDE, F. T. Linking Attribute, Benefits, and Consumer Values. **Marketing Research**, v. 12, n. 3, 2000.
- WANSINK, B. New techniques to generate key marketing insights. **Marketing Research (Summer 2000)**, p. 28-36, 2000.
- WONG, F. K. Y. et al. An exploratory study on exemplary practice of nurse consultants. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 49, n. 5, p. 548-556, 2017.
- WOODRUFF, R. B. Customer value: the next source for competitive advantage. **Journal of the academy of marketing science**, v. 25, p. 139-153, 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE WORLD BANK. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. **World Health Organization**, 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014.
- YASUNAGA, T. et al. Microtaggant Technology for Ensuring Traceability of Pharmaceutical Formulations: Potential for Anti-counterfeiting Measures, Distribution and Medication Management. **Yakugaku Zasshi: Journal of the Pharmaceutical Society of Japan**, v. 142, n. 11, p. 1255-1265, 2022.
- ZANOLI, R.; NASPETTI, S. Values and ethics in organic food consumption. In: **Pasquali M.(a cura di): Preprints of the 3rd Congress of the European Society for Agricultural and Food Ethics “Food Safety, Food Quality, Food Ethics”**(EurSafe 2001–Firenze. 2001.
- ZAFANELI, E. S. R.; TROCCOLI, I. R.; SCATULINO, P. L. S. Subculturas e valores pessoais: uma investigação na Rio Harley-Davidson. **Revista Organizações em Contexto**, v. 14, n. 28, p. 207-236, 2018.

## **ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIDO - TCLE**

Prezado (a) senhor (a), você está sendo convidado (a) a participar, de forma totalmente voluntária, de uma pesquisa realizada por pesquisadores da Universidade Federal de Lavras (UFLA). Antes de concordar, é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Serão garantidos, durante todas as fases da pesquisa, o sigilo, a privacidade e o acesso aos resultados.

### **INFORMAÇÕES GERAIS DA PESQUISA**

#### **1- Título:**

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E ADERÊNCIA A TRATAMENTOS MÉDICOS: um estudo na perspectiva de valores pessoais e Teoria Meios-Fim

#### **2- Objetivo:**

Avaliar as percepções e motivações dos pacientes com relação à aderência a tratamentos médicos, de maneira que se identifique os valores pessoais que norteiam seus comportamentos.

#### **3- Justificativa:**

Na área da saúde entender como se caracteriza o processo de decisão do paciente, o seu comportamento e aspectos que condicionam a sua tomada de decisão são questões fundamentais para a entrega de um bom serviço de saúde. Essa mesma perspectiva de compreensão se faz necessária quando se trata de entender como o paciente age com relação à aderência a tratamentos médicos e o papel dos vários atores envolvidos nesse processo, ressaltando-se o do profissional da área de saúde.

De forma adicional, pacientes que melhor avaliam os profissionais de saúde com relação à uma perspectiva mais centrada no paciente tende a uma melhor aderência às recomendações do tratamento. Nesse sentido o papel do profissional de saúde se torna crucial em compreender estas demandas que potencializam este processo de adesão.

#### **4- Procedimentos:**

Após o assentimento do pesquisado em participar do estudo, será aplicado um questionário para obter os dados sociodemográficos. Posteriormente, será realizada uma entrevista que visa compreender as motivações percepções acerca da adesão de tratamentos médicos, de acordo com os valores relevantes para o indivíduo. A entrevista será gravada em áudio e/ou vídeo, e ficará arquivada permanentemente em posse dos pesquisadores responsáveis pela condução do estudo.

#### **5- Benefícios esperados:**

Através desta pesquisa, é possível um entendimento mais aprofundado acerca das percepções dos pacientes que levam aos valores que contribuem para a adesão ao tratamento. Assim como possibilita aos profissionais da saúde criar mecanismos e estratégias para que os pacientes prossigam com o tratamento.

#### **6- Riscos esperados:**

A avaliação do risco da pesquisa é BAIXO, visto que pode ocorrer algum constrangimento em consequência de perguntas pessoais. Com o intuito de amenizar este desconforto, o pesquisador deixará claro que a identidade do participante será mantida em sigilo. O entrevistado poderá ainda, em qualquer momento da pesquisa: recusar a responder a qualquer pergunta; abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem que seja necessária justificativa; solicitar que o

questionário preenchido e a gravação sejam apagados dos registros arquivados na pesquisa; e, caso queira, ser informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de mudar o seu consentimento em participar da pesquisa.

#### **7- Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa:**

A pesquisa será encerrada após a conclusão da aplicação de todas as entrevistas.

#### **8- Informações e contato dos pesquisadores:**

**Nome completo:** Fernanda Nunes Maciel

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Lavras /Departamento de Administração e Economia

**Cargo/Função:** Mestranda e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Administração

**Contato:** fernandanunesmaciell@gmail.com

**Nome completo:** Prof. Luiz Henrique de Barros Vilas Boas

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Lavras/Departamento de Administração e Economia

**Cargo/Função:** Pesquisador-Docente/Orientador

**Contato:** luiz.vilasboas@ufla.br

**Nome completo:** Prof<sup>a</sup> Marjori Yeva Nascimento Fernandes Vilas Boas

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Lavras / Departamento de Medicina

**Cargo/Função:** Pesquisadora-Docente/Coorientadora

**Contato:** marjori.fernandes @ufla.br

#### **Consentimento pós-informação**

Após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar como voluntário da presente pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

---

Nome (legível)/RG

Assinatura

**ATENÇÃO!** Por sua participação, você: não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira; será ressarcido de despesas que eventualmente ocorrerem; será indenizado em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa; e terá o direito de desistir a qualquer momento, retirando o consentimento sem nenhuma penalidade e sem perder quaisquer benefícios.

**Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com a pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você.**

*No caso de qualquer emergência entrar em contato com a pesquisadora responsável no Departamento de Administração e Economia, situado na Universidade Federal de Lavras. Telefone de contato: (035) 3829-4620.*

**ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PACIENTES**

Nome:
Idade:
Gênero:
Cor:
Cidade:
Profissão:
Renda:
Quando e como que descobriu o diabetes?
Há quanto tempo está realizando o tratamento?
Com qual frequência é realizado o acompanhamento médico?
Já passou por muitos médicos?
Realiza outros tratamentos médicos?
Quais os gastos relacionados ao tratamento?

**ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO MÉDICOS**

Nome:
Idade:
Gênero:
Cor:
Cidade:
Profissão:
Quanto tempo de atuação?
Quais os gastos relacionados ao tratamento?

**ANEXO D - ROTEIRO DE ENTREVISTA *LADDERING*****Entrevistado (a):****Médico ou paciente:****Cidade:**

- i. Algumas colocações;
- ii. Obter assentimento;
- iii. Informar que a entrevista está sendo gravada;
- iv. Avisar que a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado;
- v. Comunicar que não existe nada “certo ou errado” sobre o que será conversado;
- vi. Prevenir que o método empregado na entrevista pode ser repetitivo;
- vii. Pedir que o entrevistado aponte cinco atributos importantes do produto em questão;
- viii. Conduzir a entrevista, de modo a alcançar às consequências de uso, e atingir os valores pessoais e traços de identidade que motivam o consumo;
- ix. Após ao finalizar a conversa, agradecer e encerrar a entrevista.

O espaço a seguir pode ser utilizado para anotações que podem auxiliar o pesquisador na entrevista.
