

## **PERCEPÇÕES, VALORES E DECISÕES: COMPREENDENDO A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO MÉDICO PELO OLHAR DO PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2**

**FERNANDA NUNES MACIEL**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)

**LUIZ HENRIQUE DE BARROS VILAS BOAS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)

**MARJORI YEVA NASCIMENTO FERNANDES VILAS BOAS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)

**ÁLVARO LEONEL DE OLIVEIRA CASTRO**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ - UNESPAR - CAMPUS DE CAMPO MOURÃO

**GUSTAVO NUNES MACIEL**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)

**Agradecimento à orgão de fomento:**

Agradeço ao CNPq pelo apoio nesta pesquisa.

# PERCEPÇÕES, VALORES E DECISÕES: COMPREENDENDO A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO MÉDICO PELO OLHAR DO PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2

## 1. Introdução

A decisão de seguir um tratamento médico não é apenas uma resposta racional a um diagnóstico. Envolve emoções, crenças, hábitos e valores que moldam a forma como os pacientes lidam com sua condição de saúde. No caso do diabetes tipo 2 (DM2), uma doença crônica de progressão silenciosa, a aderência ao tratamento exige comprometimento contínuo com mudanças no estilo de vida, uso regular de medicamentos e acompanhamento profissional, ou seja, elementos que nem sempre se encaixam facilmente na rotina e nas prioridades dos indivíduos (Alencar et al., 2022).

O diabetes tipo 2 representa hoje um dos maiores desafios da saúde pública global. Estima-se que mais de 537 milhões de pessoas convivam com a doença, e esse número pode alcançar 783 milhões até 2045, ampliando os custos sociais, clínicos e econômicos associados à sua gestão (Magliano; Boyko, 2022). No Brasil, cerca de 20 milhões de indivíduos vivem com a doença, reflexo de uma rápida transição demográfica e epidemiológica iniciada nas décadas recentes (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2024). Além das consequências físicas, o DM2 pode comprometer o bem-estar emocional e a autonomia dos pacientes, especialmente quando o tratamento não é compreendido como significativo e integrado à sua realidade de vida (Abel et al., 2024).

Mesmo com o avanço de políticas públicas e a ampliação do acesso aos cuidados, os índices de não aderência seguem altos. O Ministério da Saúde (2016) aponta que cerca de 50% das recomendações médicas são esquecidas pouco tempo após a consulta, e apenas 42% dos pacientes com diabetes ou insuficiência cardíaca seguem corretamente o regime prescrito. A não aderência está relacionada a múltiplos fatores, entre eles a falta de sintomas perceptíveis, o cansaço com a rotina de tratamento e a ausência de estratégias personalizadas de cuidado (Heisler, 2017).

Compreender o comportamento do paciente diante de um tratamento médico requer mais do que observar rotinas clínicas ou prescrições farmacológicas. É necessário investigar os sentidos atribuídos à experiência do cuidado e os fatores subjetivos que influenciam a continuidade ou abandono do tratamento. Entre esses fatores, os valores pessoais exercem um papel importante, pois representam crenças duradouras que orientam escolhas e prioridades na vida cotidiana, inclusive no contexto da saúde (Ferreira et al., 2020).

Nesse sentido, duas abordagens teóricas se destacam por sua capacidade explicativa: a Teoria dos Valores Pessoais e a Teoria Meios-Fim. A primeira permite identificar os princípios motivacionais que orientam as decisões humanas, como o valor atribuído à segurança, autonomia ou ao bem-estar (Schwartz et al., 2012). Já a Teoria Meios-Fim, tradicionalmente aplicada em pesquisas sobre decisão e significado, possibilita compreender como determinados atributos percebidos se conectam a consequências desejadas e, por fim, a valores pessoais que sustentam essas decisões (Campos; Bacelar; Vilas, Boas, 2022).

Aplicadas ao contexto do diabetes tipo 2, essas teorias fornecem uma estrutura para analisar como os pacientes interpretam o tratamento médico em sua vida cotidiana e quais significados atribuem à sua aderência ou não. Em vez de considerar apenas fatores clínicos ou socioeconômicos, essas abordagens permitem mapear as motivações internas dos pacientes, promovendo uma escuta mais sensível e estratégias mais alinhadas à realidade subjetiva de quem vive com a doença (Heisler, 2017). Assim, entender a adesão como um fenômeno orientado por valores contribui não apenas para melhorar os resultados clínicos, mas também para humanizar o cuidado e fortalecer a relação entre pacientes e sistemas de saúde.

O presente artigo tem como objetivo identificar, a partir da perspectiva dos pacientes com diabetes tipo 2, os valores pessoais que influenciam sua decisão de aderir ao tratamento médico prescrito, com base na Teoria dos Valores Pessoais e na Teoria Meios-Fim.

## **2. Referencial Teórico**

### **2.1 Aderência ao tratamento médico e diabetes tipo2**

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de maior prevalência e impacto na atualidade (Flor; Campos, 2017). Associado à obesidade, ao sedentarismo e à má alimentação, o DM2 compromete significativamente a qualidade de vida de seus portadores e sobrecarrega os sistemas de saúde, especialmente em países em desenvolvimento (Costa et al., 2024). Além das complicações clínicas, como retinopatia, neuropatia, nefropatia e doenças cardiovasculares, a doença impõe desafios cotidianos aos pacientes, que precisam lidar com um regime terapêutico complexo e contínuo (Maeyama et al., 2020).

Caracterizado por resistência à insulina e hiperglicemia persistente, o DM2 é responsável por aproximadamente 90% dos casos de diabetes no mundo (International Diabetes Federation, 2015). O diagnóstico, frequentemente tardio, se dá muitas vezes por meio de complicações associadas à condição, o que dificulta intervenções preventivas e acentua os custos clínicos e econômicos do tratamento (Costa et al., 2024). Dados de Ogurtsova et al. (2017) mostram que o número de pessoas com DM2 está crescendo rapidamente, incluindo grupos mais jovens, devido à transição nutricional e ao aumento da obesidade.

O sucesso do tratamento do DM2 depende de ações contínuas de autocuidado, como a aderência ao uso de medicamentos, à alimentação equilibrada, à prática regular de exercícios físicos e ao monitoramento glicêmico (Flor; Campos, 2017). No entanto, manter esse compromisso ao longo do tempo exige não apenas conhecimento técnico ou orientação médica, mas também motivação, suporte e sentido atribuído às práticas recomendadas (Oliveira, 2004). Por isso, a aderência ao tratamento desponta como um dos principais determinantes dos resultados clínicos em pacientes com DM2 (Nunes et al., 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) define aderência como o grau em que o comportamento de uma pessoa está em conformidade com as recomendações de um profissional de saúde. Essa definição considera que a aderência é um processo ativo e voluntário, no qual o paciente participa de forma colaborativa da construção de seu plano terapêutico. Diferentemente de uma postura de apenas obediência, a aderência implica apropriação, engajamento e, muitas vezes, transformação no modo de vida (Reach, 2003).

Estudos indicam que a aderência é influenciada por fatores diversos, que vão desde características individuais — como crenças, emoções, conhecimento sobre a doença e hábitos de vida — até aspectos sociais, econômicos e institucionais (Magalhães Filho et al., 2023). Por exemplo, a falta de letramento em saúde, mesmo entre pacientes com escolaridade formal elevada, pode dificultar a compreensão das orientações médicas e comprometer a adesão (Sampaio, 2015). Além disso, a percepção da doença como assintomática em seus estágios iniciais — característica comum ao DM2 — reduz o senso de urgência e a motivação para seguir as recomendações terapêuticas (Maeyama et al., 2020).

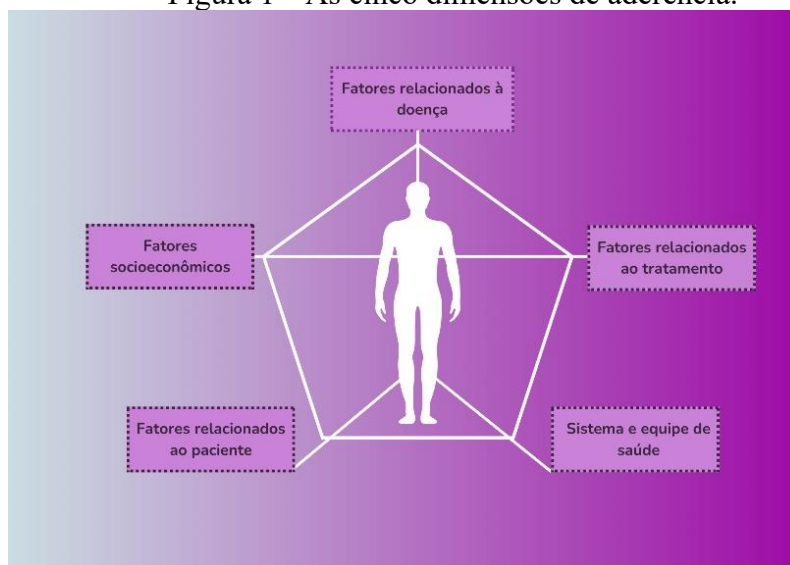
A comunicação entre o paciente e a equipe de saúde também exerce papel fundamental na adesão. Estudos demonstram que a escuta qualificada, a empatia e a construção de vínculos favorecem uma compreensão mais profunda das necessidades e limitações do paciente, promovendo maior envolvimento com o tratamento (Gruber; Frugone, 2011). Quando o paciente se sente acolhido e respeitado em suas particularidades, há maior probabilidade de que incorpore os cuidados prescritos à sua rotina.

A literatura também diferencia entre dois tipos de não aderência: a intencional, quando o paciente decide conscientemente não seguir o tratamento; e a não intencional, quando existem

barreiras práticas que o impedem de aderir, como esquecimento, efeitos colaterais dos medicamentos, ou dificuldades financeiras e logísticas (Gonçalves; Lopes, 2010). Essa distinção é relevante, pois aponta para estratégias distintas de enfrentamento: enquanto a não aderência não intencional pode ser mitigada com lembretes, acesso facilitado e apoio social, a não aderência intencional requer intervenções voltadas ao significado atribuído ao tratamento.

Diante disso, a própria OMS (2003) propõe um modelo explicativo baseado em cinco dimensões que influenciam a adesão: fatores relacionados ao paciente (como expectativas e motivação), à doença (como interferência na rotina), ao tratamento (como complexidade do regime terapêutico), ao sistema de saúde (como burocracia e qualidade do atendimento) e às condições socioeconômicas (como renda e acesso a medicamentos). Essas dimensões evidenciam que a adesão é um fenômeno complexo, multifatorial e altamente contextualizado.

Figura 1 – As cinco dimensões de aderência.



Fonte: Adaptado de OMS (2003).

No contexto do DM2, é importante considerar ainda os fatores motivacionais que impulsionam o paciente a manter comportamentos de autocuidado mesmo diante de desafios cotidianos. Compreender esses valores e como eles se manifestam na relação com o tratamento permite desenvolver estratégias mais sensíveis e eficazes para o cuidado (Coral, 2021).

Essa perspectiva justifica a adoção de abordagens teóricas voltadas à compreensão das motivações internas dos pacientes. A Teoria dos Valores Pessoais (Schwartz et al., 2012) oferece uma estrutura para mapear os princípios que orientam as decisões humanas, enquanto a Teoria Meios-Fim (Reynolds; Gutman, 2001) permite investigar as conexões entre os atributos do tratamento, as consequências percebidas e os valores finais que sustentam essas decisões. No presente estudo, essas abordagens são mobilizadas para compreender a experiência de pacientes com DM2 em relação à adesão ao tratamento, a partir de suas próprias narrativas.

## 2.2 Valores pessoais

Segundo Iwai (2016), os valores pessoais são construtos que auxiliam na compreensão do comportamento humano, por influenciarem de forma as decisões, os julgamentos e as ações dos indivíduos. Eles funcionam como crenças duradouras que orientam o modo como as pessoas percebem o mundo e como se comportam diante de situações cotidianas. A relevância dos valores pode ser observada em diferentes áreas do conhecimento: na Sociologia, por meio da análise de ideologias e estruturas sociais, na Psicologia, na compreensão das atitudes e das motivações e na Antropologia, pelo estudo de hábitos culturais e estilos de vida (Camfield; Von

Borell; Rodrigues, 2018). Essa transversalidade revela não apenas a complexidade dos valores, mas também sua importância como elemento integrador nas ciências sociais (Rokeach, 1973).

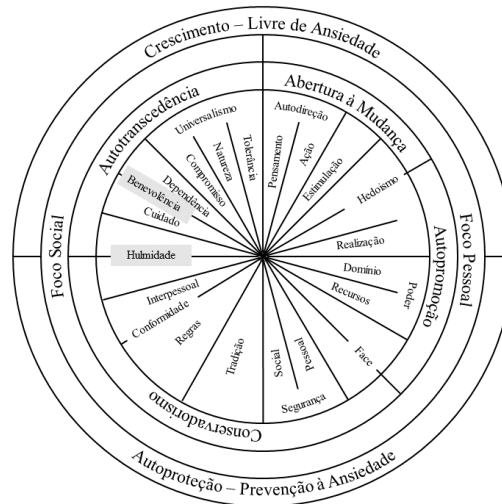
Na literatura, os valores são comumente definidos como estruturas cognitivas que atribuem significado à realidade, ao mesmo tempo em que orientam a seleção de objetivos e comportamentos desejáveis (Schwartz, 2012). Eles operam como princípios que guiam a conduta, estabelecendo prioridades e preferências, e são organizados em sistemas hierárquicos segundo seu grau de importância relativa para o indivíduo (Rokeach, 1973). De acordo com Camfield, Von Borell e Rodrigues (2018), os valores pessoais representam convicções sobre o que é desejável ou preferível na vida, funcionando como mecanismos de motivação que ajudam os indivíduos a enfrentar dilemas e tomar decisões em diferentes contextos.

Rokeach (1973) contribuiu no avanço teórico sobre os valores ao propor uma classificação em dois tipos: valores terminais e valores instrumentais. Os primeiros referem-se aos estados finais desejáveis da existência, como felicidade, paz interior ou autorrespeito. Já os valores instrumentais dizem respeito aos modos desejáveis de conduta, como honestidade, responsabilidade e coragem. Para operacionalizar essa classificação, o autor elaborou o Rokeach Value Survey (RVS), um instrumento que apresenta 18 valores terminais e 18 instrumentais organizados hierarquicamente conforme a importância atribuída pelos respondentes. Essa estrutura permite compreender como os indivíduos priorizam objetivos e comportamentos na construção de seus projetos de vida.

Complementarmente, a teoria dos valores humanos proposta por Schwartz (1992) parte do princípio de que os valores derivam de três necessidades universais: biológicas, de interação social e de funcionamento de grupos. Com base nessas dimensões, o autor organizou os valores em dez categorias motivacionais universais: poder, realização, hedonismo, estimulação, autodeterminação, universalismo, benevolência, tradição, conformidade e segurança. Esses tipos foram posteriormente agrupados em quatro grandes dimensões: autopromoção, conservação, autotranscendência e abertura à mudança (Almeida; Sobral, 2009). Essa estrutura, apresentada em formato circular, expressa o grau de compatibilidade ou conflito entre diferentes motivações: quanto mais próximos os valores, maior sua compatibilidade; quanto mais distantes, mais provável é que entrem em tensão.

Em trabalhos mais recentes, Schwartz (2012, 2017) expandiu sua teoria para incluir dezenove valores específicos, refinando a análise das motivações humanas e ampliando o poder explicativo da abordagem em diferentes contextos culturais e comportamentais. Essa teoria refinada é especialmente útil para estudos que buscam compreender a relação entre valores e decisões em contextos complexos, como o da saúde e da aderência a tratamentos médicos. De acordo com Torres, Schwartz e Nascimento (2016), os valores pessoais influenciam diretamente a forma como os indivíduos interpretam sua realidade e fazem escolhas, inclusive no que se refere à adoção de comportamentos de autocuidado.

Figura 2 – Representação Circular da Teoria dos Valores de Schwartz.



Fonte: Adaptado de Schwartz (2017).

Neste estudo, a perspectiva teórica de Schwartz (2017) foi adotada como estrutura de análise dos valores pessoais por sua capacidade de captar um espectro amplo de motivações humanas. A organização dos valores em uma matriz circular, que permite identificar tanto convergências quanto tensões motivacionais, torna essa abordagem especialmente adequada para investigar como os pacientes atribuem sentido ao tratamento e às decisões relacionadas à saúde.

### 2.3 Teoria da cadeia meios-fim

Compreender as razões que orientam as escolhas humanas tem sido um desafio recorrente nas ciências sociais aplicadas. A Teoria Meios-Fim, formulada por Gutman (1982), oferece uma contribuição ao propor que as decisões dos indivíduos são guiadas por uma cadeia hierárquica de significados que conecta atributos percebidos, consequências esperadas e valores pessoais centrais. Essa teoria parte da suposição de que os sujeitos não escolhem produtos, comportamentos ou práticas apenas por suas características funcionais, mas principalmente pelo que essas escolhas representam em termos de realizações pessoais e objetivos de vida (Reynolds; Gutman, 1988).

Essa estrutura hierárquica é composta por três níveis. O primeiro nível envolve os atributos, que representam as características percebidas pelos indivíduos. 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).

As consequências estão relacionadas aos benefícios ou malefícios que os atributos podem ocasionar, tanto em nível funcional quanto psicossocial (Olson; Reynolds, 1983). Dentre as categorias de consequências, duas são destacadas: (i) funcionais, que advêm da capacidade de um produto ou serviço realizar fins com utilidade; (ii) psicológicas, que 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).

Já os valores são o terceiro nível e refere-se à forma como os clientes percebem que o uso de um produto ou serviço contribui para alcançar objetivos importantes em suas vidas (Campos; Bacelar; Vilas, Boas, 2022). Essa percepção está relacionada à realização de metas pessoais, que podem ser compreendidas a partir das categorias de valores instrumentais e terminais (Rokeach, 1973).

A relação entre esses elementos forma o que se denomina cadeia meios-fim, uma sequência cognitiva que ajuda a revelar por que determinado comportamento ou escolha é considerado relevante. Grunert e Grunert (1995) destacam que essa teoria permite acessar níveis profundos da cognição ao relacionar os aspectos tangíveis da experiência às motivações abstratas do indivíduo, oferecendo, assim, uma compreensão mais completa dos significados atribuídos às suas escolhas. Para acessar essas estruturas cognitivas, a técnica *laddering* tem sido amplamente adotada, sendo recomendada por Reynolds e Gutman (1988) como ferramenta investigativa que permite, por meio de entrevistas em profundidade, identificar os vínculos entre atributos, consequências e valores.

### 3. Metodologia

A presente pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, exploratória e de orientação interpretativista, com o objetivo de compreender como os valores pessoais influenciam a aderência de pacientes ao tratamento médico para diabetes tipo 2. Esse delineamento é adequado para investigar fenômenos complexos e subjetivos, que envolvem percepções, significados e experiências vividas (Gil, 2008). A investigação foi realizada com pacientes a fim de aprofundar a compreensão sobre os fatores que orientam as decisões dos indivíduos diretamente envolvidos com a aderência ao tratamento.

Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica *laddering*, proposta por Reynolds e Gutman (1988), estruturada como uma série de entrevistas em profundidade e semiestruturadas. Essa técnica visa revelar as estruturas cognitivas que ligam os atributos percebidos pelos indivíduos às consequências esperadas e, por fim, aos valores pessoais que orientam suas escolhas. Considerando a natureza subjetiva da aderência ao tratamento, a *soft laddering* foi a estratégia escolhida, caracterizada pela condução flexível e adaptativa das entrevistas, com foco na fluência do discurso e na busca de significados aprofundados (Scatulino; Troccoli; Felizardo Junior, 2020).

As entrevistas foram realizadas entre outubro de 2024 e janeiro de 2025, com 21 pacientes diagnosticados com diabetes tipo 2 e que apresentavam comportamentos compatíveis com aderência ao tratamento, tais como o uso regular de medicação, acompanhamento médico contínuo, realização de exames periódicos e adoção de hábitos saudáveis em Minas Gerais. 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, cidades de médio porte e cidades de pequeno porte, permitindo uma análise das diferenças no acesso à saúde.

Os participantes foram selecionados por conveniência e indicação de médicos ou associações de diabéticos. Um outro ponto para a escolha dos pacientes foi se o tratamento era realizado de forma particular. 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. Também foram aplicados previamente questionários estruturados para confirmar a adequação ao perfil da pesquisa.

As entrevistas tiveram duração média de 35 minutos e partiram da seguinte questão norteadora: “*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?*”. A partir das respostas, o entrevistador investigava os porquês sucessivos, visando alcançar os níveis de consequências e valores associados à experiência de aderência ao tratamento. Essa abordagem permitiu acessar os significados mais abstratos e subjetivos atribuídos à prática terapêutica, respeitando o ritmo e a linguagem dos participantes.

Após a coleta, as entrevistas foram transcritas integralmente e submetidas à análise de conteúdo (Bardin, 2011). Inicialmente, identificaram-se os atributos mencionados, seguidos pelas consequências percebidas e, por fim, pelos valores que emergiam como justificativas últimas das escolhas dos pacientes. O processo de codificação seguiu a orientação axial (Corbin; Strauss, 1990), que permite relacionar os elementos identificados entre si, respeitando a lógica interna do discurso dos respondentes. As unidades de sentido foram agrupadas em códigos e organizadas em uma matriz de implicação, o que possibilitou mapear as relações diretas e indiretas entre atributos, consequências e valores.

Com base nessa matriz, foi elaborado o Mapa Hierárquico de Valor (MHV), recurso visual que sintetiza as principais cadeias de significado formadas pelas respostas dos entrevistados (Reynolds; Gutman, 1988). Para garantir a representatividade dos dados e evitar sobrecarga visual, adotou-se um ponto de corte que incluiu as relações mais recorrentes. A construção do MHV permitiu a identificação das percepções dominantes e das estruturas cognitivas mais relevantes para explicar a aderência ao tratamento médico, revelando, assim, os valores pessoais que fundamentam esse comportamento.

## 4. Discussão

### 4.1 Perfil dos pacientes

Para caracterizar o perfil dos participantes, foi aplicado um questionário sociodemográfico. A amostra é composta por 21 pacientes aderentes ao tratamento do diabetes tipo 2, com predominância do sexo feminino (60%). Os entrevistados são oriundos de diferentes municípios de Minas Gerais, abrangendo cidades de pequeno, médio e grande porte. A faixa etária varia entre 25 e 84 anos, concentrando-se majoritariamente entre 55 e 74 anos (52%), faixa comumente associada à maior incidência da doença (Grillo; Gorini, 2007).

Em relação à escolaridade, a distribuição é heterogênea, com destaque para 19% com pós-graduação e 19% com ensino fundamental incompleto, o que indica diferentes níveis de compreensão sobre o tratamento. A maioria dos participantes possui renda familiar entre 1 e 6 salários mínimos (66%), o que pode influenciar o acesso a recursos terapêuticos.

Quanto ao tempo de diagnóstico, 24% convivem com a doença há menos de cinco anos, enquanto 29% entre 10 e 19 anos. O diagnóstico ocorreu tanto por exames de rotina quanto por sintomas já avançados, como hipertensão ou problemas visuais. A periodicidade das consultas varia, sendo que a maioria realiza acompanhamento médico a cada 3 a 6 meses (57%), intervalo considerado adequado para o controle da doença. O Quadro 1 apresenta e elenca essas informações.

Quadro 1 – Perfil sociodemográfico dos pacientes.

Variável	Perfil dos entrevistados		
	Feminino (60%)	Masculino (40%)	
Cidade	Abaeté	Barbacena	Belo Horizonte
	Caxambu	Contagem	Divinópolis
	Juiz de Fora	Lavras	Pouso Alegre
	Resende Costa	São João del Rei	Uberlândia
Idade	Entre 25 a 34 anos (10%)	Entre 35 a 44 anos (10%)	Entre 45 a 54 anos (14%)
	Entre 55 a 64 anos (19%)	Entre 65 a 74 anos (33%)	Entre 75 a 84 anos (14%)
Cor	Branca (71%)	Negra (5%)	Parda (24%)
Escolaridade	Fundamental incompleto (19%)	Fundamental completo (19%)	Médio completo (14%)
	Superior incompleto (14%)	Superior completo (15%)	Pós-Graduação (19%)
Profissão	Administradora	Agente de endemia	Aposentado (a)
	Artista Plástica	Autônomo (a)	Coordenadora de licitação
	Estudante	Funcionária Pública	Lavadeira

	Mecânico	Professor	
<b>Renda familiar</b>	Entre 1 a 3 salários (33%)	Entre 4 e 6 salários (33%)	Entre 7 e 9 salários (29%)
	Mais de 10 salários (5%)		
<b>Há quanto tempo descobriu</b>	Menos de 5 anos (24%)	Entre 5 a 9 anos (24%)	Entre 10 a 19 anos (24%)
	Entre 20 a 29 anos (10%)	Entre 30 a 39 anos (13%)	Entre 40 a 49 anos (5%)
<b>Como descobriu</b>	Exame de rotina	Exame para cirurgia	Feridas no corpo
	Dificuldade para enxergar	Pressão alta	Passou mal
	Dor nas pernas		
<b>Periodicidade das consultas</b>	De 3 em 3 meses (28%)	De 4 em 4 meses (19%)	De 6 em 6 meses (38%)
	Anualmente (5%)	Varia (10%)	

Fonte: elaborada pelos autores (2025).

Após a transcrição das entrevistas, realizou-se uma leitura detalhada para a identificação e sistematização dos códigos resumo, com base na codificação axial. Nesse processo, os subcódigos A-C-V foram agrupados em categorias dominantes, permitindo a organização dos significados atribuídos pelos entrevistados. Inicialmente, foram identificados 280 subcódigos, número que foi progressivamente refinado para 65 e, posteriormente, consolidado em 46 códigos A-C-V, que compõem a base analítica deste estudo.

Quadro 2 – Códigos resumidos encontrados na relação A-C-V.

<b>Pacientes</b>	
<b>Atributos</b>	
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 pelos autores (2025).

Entre os atributos identificados nas entrevistas, sobressaem-se aqueles alinhados às dimensões de aderência descritas pela OMS (2003), as quais abrangem fatores econômicos, aspectos ligados ao próprio paciente, à enfermidade e ao regime terapêutico. Isso reforça a ideia de que a adesão ao tratamento resulta da interação entre múltiplas variáveis, e não de um fator isolado.

As consequências funcionais referem-se aos efeitos concretos percebidos pelos pacientes, especialmente os benefícios obtidos em diferentes sistemas do organismo. Nesse sentido, Fernandes, Calado e Araújo (2018) ressaltam que o acesso regular aos insumos de saúde é determinante para o êxito terapêutico. Já no campo das consequências psicológicas, os achados convergem com Campos e Figaro (2021), ao evidenciar que a qualidade da comunicação e o vínculo de confiança entre médico e paciente são elementos centrais para fomentar a continuidade do tratamento.

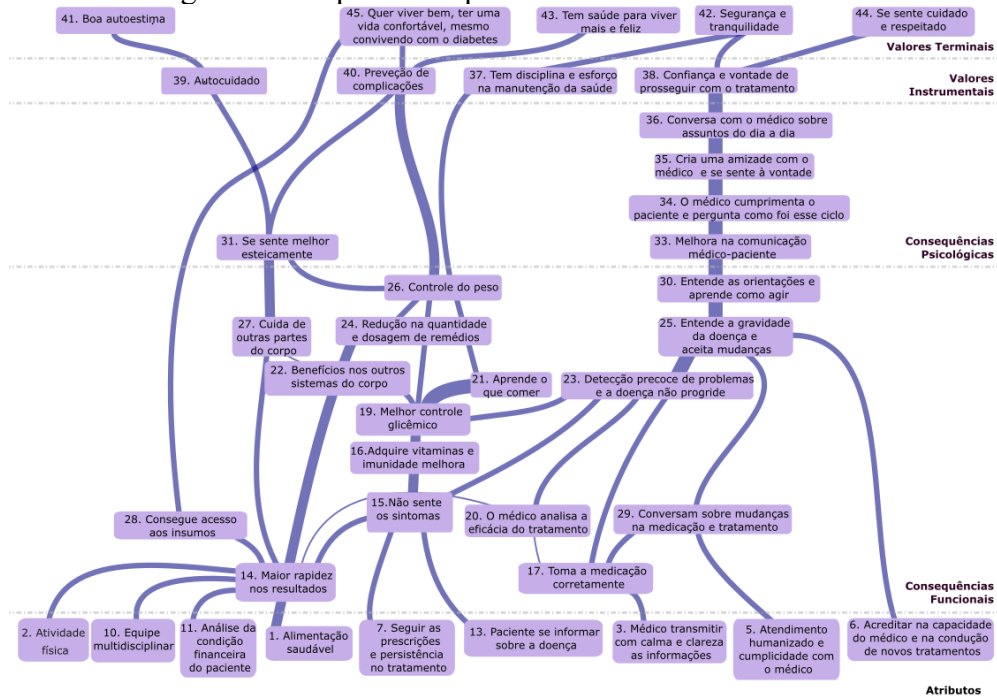
Quanto aos valores instrumentais, emergem com destaque a prudência, a responsabilidade e a confiança e coragem, que, segundo Rodrigues et al. (2012), são fundamentais para sustentar o comprometimento do paciente com o tratamento. Os valores terminais identificados também dialogam com os achados de Baade e Bueno (2016), ao apontarem motivações mais abstratas, como o desejo de liberdade, reconhecimento e respeito.

A análise de conteúdo das entrevistas possibilitou a construção de 118 *ladders*, com média de 5 cadeias por paciente, representando os encadeamentos entre atributos, consequências e valores que orientam as decisões e comportamentos relacionados à aderência ao tratamento médico.

Para assegurar a representatividade das conexões entre atributos, consequências e valores (A-C-V), foi adotado o ponto de corte 04, por se aproximar da recomendação de Reynolds e Gutman (1988), que sugerem que o Mapa Hierárquico de Valor represente aproximadamente dois terços das relações totais da matriz de implicação, ficando abaixo somente em 4,98 do que foi mencionado por Reynolds e Gutman (1988), levando assim a uma explicação significativa no que envolve a quantidade de relações A-C-V.

Com base nas *ladders* derivadas das entrevistas, a matriz de implicação reuniu todas as conexões entre os códigos A-C-V. A aplicação do ponto de corte 04 resultou na identificação de 1.387 vínculos, dos quais 360 são diretos e 1.027 indiretos. Para a construção do Mapa Hierárquico de Valor (MHV), no software LadderUx®, consideraram-se exclusivamente as relações diretas, por refletirem ligações explícitas entre os elementos cognitivos mencionados pelos participantes.

Figura 3 – Mapa Hierárquico de Valores dos Pacientes.



Fonte: Elaborada pelos autores com o auxílio do LadderUX® (2025).

#### 4.2 Cadeias dominantes identificadas

No mapa hierárquico de valores, as conexões entre os elementos são representadas por linhas de diferentes espessuras, permitindo distinguir relações diretas e indiretas. Esse recurso visual possibilita a identificação das ligações mais relevantes, sendo que as linhas mais espessas indicam as cadeias dominantes.

O primeiro conjunto de relações evidenciadas refere-se ao desejo do paciente por segurança e tranquilidade. As conexões 6 → 25 → 30 → 33 → 34 → 35 → 36 → 38 → 42, representam esse processo.

O atributo (6) “Acreditar na capacidade do médico e na condução de novos tratamentos” foi mencionado por pacientes que, em alguns casos, chegaram a trocar de profissional por não perceberem essa competência. Quando o paciente acredita nas orientações do médico, ressurgem a consequência (25) “Entende a gravidade da situação e aceita mudanças”, uma vez que reconhece a formação do profissional e a firmeza com que propõe novos tratamentos.

Eu tenho que acreditar na capacidade do médico, ele estuda pra isso. Vejo que ele sempre está estudando sobre a diabetes– Entrevistado 2.

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:

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 partir dessa consequência funcional, 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.

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.

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 quem pode compartilhar suas dúvidas e suas preocupações, como um amigo.

Eu tenho pânico de jaleco branco, mas eu o tenho como meu amigo e não vejo ele como um médico – Entrevistado 6.

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.

O valor instrumental (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 levando ao valor terminar (42) “*Segurança e tranquilidade*”.

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

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.

Outra cadeia que é apresentada é composta pelos itens 7 → 15 → 16 → 19 → 22 → 24 → 26 → 37 → 42. O atributo (13) “*Paciente se informar sobre a doença*”, envolve o conhecimento de sintomas e o saber agir para manter o equilíbrio do diabetes, surgindo 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.

O sequenciamento é dado pelas consequências (16) “*Adquire vitaminas e imunidade melhora*” e (19) “*Melhor controle glicêmico*”. A partir destas pesquisas no que tange a doença, 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.

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.

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.

O controle do peso induz ao valor instrumental (37) “Tem disciplina e esforço na manutenção da saúde”, sendo representada pelo autocontrole: E por conta disso, é possível o alcance também do valor terminal (42) “Segurança e tranquilidade”.

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

O segundo segmento surge da cadeia 1 → 14 → 22 → 24 → 26 → 40 → 43. O 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. 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:

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.

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.

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.

Chega-se assim ao valor instrumental (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, possibilitando o alcance do valor terminal (43) “Tem saúde para viver mais e feliz”.

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.

O terceiro segmento que trata da qualidade de vida do paciente aparece a partir dos códigos 10 → 14 → 22 → 27 → 31 → 40 → 45. O atributo (10) “Equipe Multidisciplinar” 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 foram identificadas as consequências funcionais (22) “Benefícios nos outros sistemas do corpo” e (27) *Cuida de outras partes do corpo*.

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

Por conta dos benefícios listados, o paciente (31) *“Se sente melhor esteticamente”*. Essa consequência psicológica juntamente com a consequência funcional (26) *“Controle do peso”* leva a busca pelo valor instrumental (40) *“Prevenção de complicações”*. Esse valor instrumental leva ao valor terminal (45) *“Quer viver bem, ter uma vida confortável, mesmo convivendo com o diabetes”*.

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

O quarto segmento abrange a cadeia 5 → 29 → 23 → 25 → 30 → 33 → 34 → 35 → 36 → 38 → 44. O atributo que inicia esse processo é (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. Na sequência aparece a consequência funcional (29) *“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 e conseguem obter uma (23) *“Detecção precoce de problemas e a doença não progride”*.

O doutor sempre pergunta como estou me sentido 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

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. 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. A partir disso, surge a consequência psicológica (33) *“Melhora na comunicação médico-paciente”*.

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.

Esse código está diretamente ligado à consequência psicológica (34) *“O médico cumprimenta e pergunta como foi o ciclo”*, que é seguida pela consequência psicológica (35) *“Cria uma amizade com o médico e se sente à vontade”*. Esse vínculo de proximidade favorece o surgimento da consequência psicológica (36) *“Conversa com o médico sobre assuntos do dia a dia”*.

Chega-se assim no valor instrumental *“Confiança e a vontade de prosseguir com o tratamento”*, que possibilita o alcance do 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.

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.

## 5. Conclusão

O estudo buscou compreender como pacientes com diabetes tipo 2 significam a aderência ao tratamento médico a partir de seus próprios referenciais, crenças e vivências. A partir de uma abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria Meios-Fim e operacionalizada pela técnica *laddering*, foi possível acessar estruturas cognitivas que revelam sentidos profundos atribuídos à experiência de tratamento. Ao invés de compreender a aderência como um comportamento de obediência à prescrição médica, os resultados apontam para uma construção subjetiva, atravessada por dimensões emocionais, simbólicas e relacionais.

A pesquisa evidencia que as decisões de iniciar e manter um tratamento estão ancoradas em experiências cotidianas que fazem sentido na trajetória de vida dos pacientes. Elementos como o modo de acolhimento por parte do profissional, a adequação do tratamento à realidade social e a clareza na comunicação se revelaram centrais na construção do engajamento. Esses aspectos quando alinhados às crenças e objetivos pessoais, potencializam o comprometimento com o cuidado.

No que tange as contribuições teóricas, a pesquisa reforça o potencial da Teoria Meios-Fim para compreender práticas em contextos sensíveis, como a saúde, ao revelar como decisões comportamentais se conectam a valores pessoais e não apenas a aspectos utilitários. A aplicação da *laddering* em pacientes com doença crônica amplia o escopo metodológico dessa técnica, tradicionalmente utilizada em contextos de consumo de produtos e serviços, e confirma sua capacidade de captar camadas profundas de significado. Além disso, ao focar exclusivamente na percepção dos pacientes, o trabalho contribui com uma abordagem centrada no sujeito, que ainda é relativamente pouco explorada em estudos sobre aderência ao tratamento.

No plano prático, os achados fornecem subsídios para o aprimoramento das estratégias de cuidado em saúde. Profissionais podem se beneficiar de uma escuta ativa, que vá além dos sintomas e leve em consideração as aspirações, medos e valores dos pacientes. Políticas públicas e intervenções clínicas poderiam incorporar essa perspectiva mais personalizada e dialógica, promovendo não apenas o controle clínico da doença, mas o fortalecimento de vínculos, o respeito à singularidade e o protagonismo do paciente no processo terapêutico.

Contudo, como toda pesquisa qualitativa, este estudo apresenta limitações. O recorte geográfico, restrito ao estado de Minas Gerais, e a amostragem por conveniência podem limitar a generalização dos resultados para outros contextos sociais e culturais. Além disso, o foco exclusivo em pacientes com acesso ao tratamento privado pode não refletir plenamente a realidade de usuários do sistema público de saúde, que enfrentam desafios adicionais.

Diante disso, recomenda-se que futuras pesquisas explorem comparativamente diferentes perfis de pacientes, incluindo usuários do SUS, e ampliem a análise para outros grupos populacionais. Também seria relevante investigar longitudinalmente como os sentidos atribuídos ao tratamento evoluem ao longo do tempo, especialmente diante de mudanças no estado de saúde ou nas condições de vida dos pacientes.

Por fim, este estudo reforça a importância de se olhar para além dos comportamentos observáveis e investigar os significados que sustentam e justificam as escolhas dos sujeitos em contextos de cuidado. Entender essas motivações mais profundas pode ser o caminho para intervenções mais eficazes, humanas e sensíveis às reais necessidades daqueles que vivem com doenças crônicas como o diabetes tipo 2.

## Referências

- ABEL, E. D. et al. Diabetes mellitus—Progress and opportunities in the evolving epidemic. **Cell**, v. 187, n. 15, p. 3789-3820, 2024.
- 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.
- BAADE, R. T. W.; BUENO, E. Coconstrução da autonomia do cuidado da pessoa com diabetes. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 941-951, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes>. Acesso em: 10 jul. 2025.
- 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.
- CORAL, F. E. 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.
- FERNANDES, L. S.; CALADO, C.; ARAUJO, C. A. S. Redes sociais e práticas em saúde: influência de uma comunidade online de diabetes na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3357-3368, 2018.
- FERREIRA, J. B.; BASSOTTO, L. C.; JUNIOR, L. G. C. Atributos, valores e comportamento de consumo de café tradicional no Brasil. **Espacio Abierto: Cuaderno Venezolano de Sociología**, v. 29, n. 4, p. 294-314, 2020.
- 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.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.
- GONÇALVES, A. F. S.; LOPES, J. A. M. Aderência ao tratamento da asma. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 16, n. 1, p. 117-131, 2010.
- 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, E. **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.

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.

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.

MAEYAMA, M. A. 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.

MAGLIANO, D. J; BOKYO E. J. **IDF diabetes atlas**. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2021.

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.

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.

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

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.

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

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.

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.

SCHWARTZ, S. H. The refined theory of basic values. In: ROCCAS, S.; SAGIV, L. 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.

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.

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.