



## Doenças crônicas não transmissíveis e motivação para estilo de vida saudável em mulheres adultas

*Chronic noncommunicable diseases and motivation for a healthy lifestyle in adult women*

**Sarah Ellen da Paz Fabricio<sup>1</sup>, Virna Ribeiro Feitosa Cestari<sup>2</sup>, Irialda Saboia Carvalho<sup>3</sup>, Paulo Sávio Fontenele Magalhães<sup>3</sup>, Ilvana Lima Verde Gomes<sup>4</sup>, Thereza Maria Magalhães Moreira<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Departamento de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, (CE), Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, (CE), Brasil.

<sup>3</sup>Departamento de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, (CE), Brasil.

<sup>4</sup>Departamento de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Professora Associada da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, (CE), Brasil.

\***Autor correspondente:** Sarah Ellen da Paz Fabricio – *E-mail:* sarahellenpaz@hotmail.com

*Recebido em Março 13, 2023*

*Aceito em Março 30, 2023*

### RESUMO

Analisar a associação entre a presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a Motivação para o Estilo de Vida Saudável (MEVS) em mulheres adultas. Estudo transversal e analítico realizado em 12 Unidades de Atenção Primária à Saúde, com 691 mulheres adultas. Utilizaram-se um questionário para a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra e Questionário sobre a Motivação para a Prática de Estilo de Vida Saudável (QMEVS). Maior porcentagem de hipertensão arterial dentre as DCNT estudadas (12,9%); não houve associação entre amotivação e presença de DCNT ( $p = 0,270$ ); DCNT associaram-se significativamente à motivação extrínseca e intrínseca ( $p = 0,008$ ;  $p = 0,020$ ). Mulheres com DCNT têm mais chances de motivação extrínseca e menos chances de motivação intrínseca (1,98 e 0,5 vezes, respectivamente). Não houve associação entre amotivação e DCNT. Mulheres com DCNT têm mais chances de desenvolverem motivação extrínseca e menos chances de motivação intrínseca.

**Palavras-chave:** Estilo de vida. Doença crônica. Motivação. Saúde da mulher.

### ABSTRACT

To analyze the association between the presence of Chronic Noncommunicable Diseases (CNCDs) and the motivation for a Healthy Lifestyle (HL) in adult women. Cross-sectional and analytical study carried out in 12 Primary Health Care Units, with 691 adult women. A Questionnaire for the sociodemographic and clinical characterization of the sample and a Questionnaire on the Motivation for the Practice of a Healthy Lifestyle (QMEVS) were used. There was a higher percentage of arterial hypertension among the CNCDs studied (12.9%); there was no association between amotivation and the presence of CNCDs ( $p = 0.270$ ); CNCDs were significantly associated with extrinsic and intrinsic motivation ( $p = 0.008$ ;  $p = 0.020$ ). Women with CNCDs are more likely to have extrinsic motivation and less chance of intrinsic motivation (1.98 and 0.5 times, respectively). There was no association between amotivation and CNCDs. Women with CNCDs are more likely to develop extrinsic motivation and less chance of intrinsic motivation.

**Keywords:** Lifestyle. Motivation. Chronic Disease. Women's Health.



## **INTRODUÇÃO**

O acometimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) tem relação direta com as condições de vida do sujeito, as quais incluem acesso a bens e serviços públicos, garantia de direitos, informação, emprego e renda e possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde<sup>1</sup>. As mudanças decorrentes do processo de urbanização, diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade e avanço tecnológico fizeram com que as mulheres assumissem comportamentos de risco para DCNT, influenciadas pela rotina capitalista: estilo de vida imediatista, aumento do consumo de processados e ultraprocessados e postura sedentária em relação à saúde. Ainda, o estilo de vida positivo é mais presente em homens do que em mulheres, o que dificulta a promoção da saúde, prevenção e controle dessas doenças na população feminina<sup>2</sup>.

Define-se estilo de vida (EV) como decisões, padrões de comportamento, valores e atitudes individuais, suscetíveis de algum senso de controle, que influenciam a saúde da população<sup>3</sup>. O estilo de vida faz parte dos fatores modificáveis, portanto estudar as estratégias governamentais promotoras de um estilo de vida saudável (EVS) em mulheres é essencial para evitar as mortes por DCNT<sup>2</sup>. As mulheres, por geralmente assumirem o comando da alimentação e cuidado da casa, preocupam-se mais com os familiares e negligenciam a própria saúde, o que propicia ainda mais o comportamento de risco e gera impactos negativos na qualidade de vida, com piora das atividades diárias<sup>4</sup>.

Poucos estudos têm abordado a magnitude das DCNT entre as mulheres em idade reprodutiva, e aqueles voltados a esse público-alvo geralmente abordam questões reprodutivas, como planejamento familiar, pré-natal, prevenção e rastreamento de cânceres ginecológicos<sup>5-7</sup>. As pesquisas que versam sobre DCNT destacam o quanto esses agravos têm acometido crescentemente a população feminina e gerado até repercussões negativas nas questões reprodutivas<sup>8</sup>.

A promoção do EVS em longo prazo é determinada por medidas educativas que afetem internamente o indivíduo, de forma que ele tenha consciência e autonomia para realizar as próprias decisões em saúde. Isso depende do quanto ele está motivado para isso<sup>9</sup>. O estudo da Motivação para Estilo de Vida Saudável (MEVS) na mulher, com a adesão de padrão de dieta saudável, consumo moderado de álcool, não tabagismo, manutenção do peso normal e atividade física regular, se associará à diminuição do risco de mortalidade prematura por doenças crônicas e redução de gastos com internações hospitalares decorrentes de complicações futuras<sup>10</sup>.

Na presente pesquisa, a investigação do comportamento feminino foi embasada na teoria da autodeterminação, que afirma que o comportamento é influenciado por três níveis crescentes de motivação: amotivação, motivação extrínseca e motivação intrínseca. A amotivação ocorre quando o sujeito não realiza a ação nem tem intenção alguma de fazê-lo. Por sua vez, a motivação extrínseca é quando algum agente externo interfere no comportamento dele, seja para evitar punição, ganhar algum benefício ou a consciência de que é importante. Já a motivação intrínseca não é incentivada por pressões ou recompensas; nela, o indivíduo adota o comportamento por prazer e satisfação<sup>11</sup>.

Estudar acerca do comportamento em face do adoecimento crônico feminino favorece o planejamento do cuidado e o entendimento do tipo de motivação que direciona saberes e experiências. Isso encoraja o empoderamento e tomada de decisões autônomas que gerem modificações em longo prazo e consequências positivas no processo saúde-doença, com alvo não apenas na amenização de agravos em saúde, mas na promoção da qualidade de vida<sup>12</sup>. Assim, o presente trabalho teve como objetivo analisar a associação entre a presença de DCNT e a MEVS em mulheres adultas.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, observacional e transversal desenvolvido em 12 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), de Fortaleza (Ceará), no período de janeiro de 2020 a julho de 2022. Escolheram-se duas unidades por regional para compor a pesquisa, e para tal o método do sorteio foi utilizado por meio do programa *Microsoft Excel* 2019.

As unidades escolhidas por aleatorização foram: regional 1 – Carlos Ribeiro e Casemiro Filho; regional 2 – Irmã Hercília e Paulo Marcelo; regional 3 – Meton de Alencar e César Cals de Oliveira; regional 4 – Dom Aloisio Lorscheider e Tubay Barreira; regional 5 – José Paracampos e José Walter; e regional 6 – Messejana e Edmar Fujita.

Incluíram-se, por conveniência, mulheres adultas ( $\geq 18$  anos de idade), com acompanhamento mínimo de seis meses na atenção primária. Foram excluídas aquelas sem possibilidade de comunicação verbal ou que apresentavam enfermidade contagiosa que prejudicasse a interação com os(as) pesquisadores(as).

O instrumento de pesquisa foi um questionário estruturado, contendo informações sobre dados sociodemográficos (idade, raça, situação conjugal, nível de instrução, ocupação e renda

familiar) e clínicos (DCNT), e o Questionário sobre a Motivação para a prática de Estilo de Vida Saudável (QMEVS)<sup>13</sup>. O QMEVS inclui 29 itens que permitem a avaliação do nível da motivação para EVS em amotivação, motivação extrínseca e motivação intrínseca.

Os itens do questionário obedecem à escala Likert: 0 – Não preciso disso/não tenho motivação para isso; 1 – Para ter o reconhecimento das outras pessoas; 2 – Por culpa/obrigação; 3 – Pelos benefícios proporcionados; 4 – Porque tenho consciência de que é importante para mim; e 5 – Porque me sinto satisfeito em fazer isso. A validação foi realizada com base na Teoria de Resposta ao Item (TRI)<sup>14,15</sup>.

Para a aplicação do questionário, realizou-se reunião prévia com toda a equipe de coleta de pesquisa, com vistas a explicar sobre os aspectos teóricos do questionário e esclarecer possíveis dúvidas durante a tarefa. A equipe foi composta por 10 bolsistas de iniciação científica e dois estudantes de pós-graduação, e cada membro ficou responsável por uma UAPS.

Com a aprovação do comitê de ética, o responsável pela pesquisa entrava em contato com a coordenação de cada unidade, apresentava a documentação necessária e, posteriormente, dava início à aplicação do questionário. A confidencialidade das participantes foi respeitada, e elas foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); os dados foram usados apenas a critério de pesquisa. Antes de iniciar a coleta, as mulheres foram informadas sobre a voluntariedade do estudo e ficaram livres para desistir quando quisessem. Para identificação dos questionários, atribuiu-se a letra M seguida de números arábicos (M1, M2, M3, e assim por diante).

Após a coleta, os dados foram organizados em planilha do *Excel*. As análises descritivas e inferenciais foram realizadas no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23.0. As variáveis do estudo foram categorizadas e apresentadas em tabelas de frequências absoluta (n) e relativa (percentual).

No questionário original, a pergunta inicial era: “Você possui alguma doença/antecedentes/DCNT?”. Em seguida, apresentavam-se oito opções de resposta: 1 – asma/doença pulmonar obstrutiva crônica; 2 – hipertensão arterial sistêmica; 3 – diabetes mellitus; 4 – cardiopatias; 5 – hiper/hipotireoidismo; 6 – insuficiência renal crônica; 7 – neoplasias; 8 – nenhuma. Para facilitar a análise, essas foram categorizadas e dicotomizadas na variável DCNT, no qual considerou-se: 1 – sim; e 2 – não.

Para testar a significância da associação, utilizou-se o teste Qui-Quadrado de Pearson, no qual foram consideradas significativas aquelas com valor de  $p \leq 0,05$ . A força da associação foi testada pelo cálculo das razões de chances (*Odds Ratio* – OR). Depois, realizaram-se a

regressão logística e o método *backward* para ajuste do modelo. Entraram na regressão as variáveis com  $p < 0,20$  e permaneceram aquelas com  $p < 0,05$ ; considerou-se intervalo de confiança de 95%. Ao final do processo, os dados foram descritos e agrupados em tabelas para facilitar o entendimento do leitor.

A pesquisa é um recorte do estudo metodológico intitulado “Construção e validação de questionários para avaliação de fatores relacionados à saúde cardiovascular (estilo de vida, estresse e adesão ao tratamento) pelo enfermeiro”, com parecer nº 3.345.431, e respeitou os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>16</sup>.

## RESULTADOS

Foram pesquisadas 691 mulheres. A maioria tinha idade de 25 a 59 anos (mínima de 18 e máxima de 82), autorrelatava-se não branca (72,6%), religiosa (82,9%), nível de instrução  $\geq$  8 anos de estudo (73,7%) e renda familiar de até quatro salários mínimos incompletos (94,2%). Apenas 178 (25,8%) não trabalhavam; em sua maior parte, viviam sem companheiro (50,8%). Pertenciam às regionais I (111; 16,1%), II (125; 18,1%), III (124; 17,9%), IV (120; 17,4%), V (115; 16,6%) e VI (96; 13,9%).

Com relação aos dados clínicos, 198 (28,7%) possuíam DCNT como asma/doença pulmonar obstrutiva crônica (27; 3,9%); hipertensão arterial (89; 12,9%); diabetes mellitus (19; 2,7%); cardiopatias (06; 0,9%); hipertireoidismo/hipotireoidismo (13; 1,9%); insuficiência renal crônica (01; 0,1%) e neoplasias (02; 0,3%). Ressalta-se que 41 (20,7%) participantes relataram ter mais de uma DCNT (Tabela 1).

**Tabela 1.** Frequência e distribuição de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em mulheres adultas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.

DCNT	n	%
Asma/DPOC	27	3,9%
Hipertensão arterial	89	12,9%
Diabetes mellitus	19	2,7%
Cardiopatias	6	0,9%
Hipertireoidismo/hipotireoidismo	13	1,9%
Insuficiência Renal Crônica	1	0,1%
Neoplasias	2	0,3%
Mais de uma morbidade	41	20,7%

n = frequência absoluta; % = frequência relativa; DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis; DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Fonte: elaboração própria.

As Tabelas 2, 3 e 4 mostram a associação de presença de DCNT aos desfechos de amotivação, motivação extrínseca e motivação intrínseca. Não houve associação significativa entre amotivação e presença de DCNT ( $p = 0,27$ ). Observou-se associação significativa entre presença de DCNT e motivação extrínseca e entre DCNT e motivação intrínseca ( $p = 0,008$ ;  $p = 0,020$ ).

**Tabela 2.** Associação entre Doenças Crônicas Não Transmissíveis e amotivação em mulheres adultas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

Variáveis	Amotivação		p-valor	OR* (IC95%) *
	Sim f (%)	Não f (%)		
<b>DCNT</b>			0,270	
Sim	04 (2,0)	194 (98,0)		0,54 (0,18-1,62)
Não	18 (3,7)	475 (96,3)		1

\*OR = Odds Ratio; f = frequência relativa; \*IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Fonte: elaboração própria.

**Tabela 3.** Associação entre Doenças Crônicas Não Transmissíveis e motivação extrínseca em mulheres adultas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

Variáveis	Motivação extrínseca		p-valor	OR* (IC95%) *
	Sim f (%)	Não f (%)		
<b>DCNT</b>			0,008	
Sim	178 (89,9)	20 (10,1)		1,98 (1,19-3,33)
Não	403 (81,7)	90 (18,3)		1

\*OR = Odds Ratio; f = frequência relativa; \*IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Fonte: elaboração própria.

**Tabela 4.** Associação entre Doenças Crônicas Não Transmissíveis e motivação intrínseca em mulheres adultas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

Variáveis	Motivação intrínseca		p-valor	OR* (IC95%) *
	Sim f (%)	Não f (%)		
<b>DCNT</b>			0,020	
Sim	16 (8,1)	182 (91,9)		0,51 (0,29-0,90)
Não	72 (14,6)	421 (85,4)		1

\*OR = Odds Ratio; f = frequência relativa; IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Fonte: elaboração própria.

Nas Tabelas 5 e 6 encontram-se os modelos de regressão logística para motivação extrínseca e motivação intrínseca, considerando a presença de DCNT.

**Tabela 5.** Etapas do modelo de regressão logística para motivação extrínseca em mulheres adultas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.

Etapas	B (erro padrão)	ORa*	Intervalo de confiança a 95%		p-valor
			Inferior	Superior	
Constante	-2,186 (0,236)	0,112			0,000
DCNT	0,687 (0,263)	1,988	1,187	3,329	0,009

\*ORa = *Odds ratio* ajustado;  $R^2 = 0,011$  (Cox e Snell);  $R^2 = 0,019$  (Nagelkerke);  $\chi^2$  do modelo = 598,203;  $p < 0,001$ ; DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Fonte: elaboração própria.

Conforme a Tabela 5, a variável DCNT permaneceu no modelo de regressão final ( $p = 0,009$ ), o que mostra que mulheres com DCNT apresentam 1,98 vez mais chances de ter comportamentos em prol de benefícios ou para evitar consequências negativas.

**Tabela 6.** Etapas do modelo de regressão logística para motivação intrínseca em mulheres adultas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.

Etapa	B (erro padrão)	ORa*	Intervalo de confiança a 95%		p-valor
			Inferior	Superior	
Constante	2,431 (0,261)	11,367			0,001
DCNT	-0,665 (0,290)	0,514	0,291	0,908	0,022

\*ORa = *Odds ratio* ajustado;  $R^2 = 0,008$  (Cox e Snell);  $R^2 = 0,016$  (Nagelkerke);  $\chi^2$  do modelo = 52,138;  $p < 0,001$ ; DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Fonte: elaboração própria.

Na Tabela 6, a variável DCNT também permaneceu no modelo de regressão final ( $p = 0,022$ ), entretanto revelou que mulheres com DCNT têm 0,5 vez menos chances de realizar atividades por prazer ou satisfação.

## DISCUSSÃO

Ressaltam-se maior frequência de hipertensão arterial dentre as DCNT estudadas; inexistência de associação entre presença de DCNT e amotivação; associação significativa entre presença de DCNT e motivação extrínseca e entre DCNT e motivação intrínseca. Mulheres com

DCNT apresentaram mais chances de ter comportamentos em prol de benefícios ou para evitar consequências negativas; entretanto, têm menos chances de realizar atividades por prazer ou satisfação.

A DCNT que apresentou maior porcentagem nas mulheres estudadas foi a hipertensão arterial, o que representa risco aumentado de complicações metabólicas. Elas têm maior probabilidade de adquirir doenças dos sistemas cardiocirculatório e renal, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus<sup>6,17</sup>. Pesquisa realizada com 138 mulheres em Salvador (Bahia) comparou normotensas e hipertensas e identificou maiores prevalências de diabetes mellitus e síndrome metabólica em hipertensas, o que corrobora os achados do presente trabalho<sup>18</sup>.

Estudo de base populacional realizado no município de São Paulo também encontrou maior prevalência de mulheres hipertensas. No que se refere ao estilo de vida, a predominância de hipertensos foi maior em indivíduos que não praticavam atividade física suficiente, obesos e ex-tabagistas<sup>19</sup>. A hipertensão arterial em mulheres progride com o decorrer da idade. Ressalta-se que, em faixas etárias mais jovens, a pressão é mais alta entre homens, mas a elevação pressórica por década se apresenta maior em mulheres<sup>17</sup>.

Não houve associação entre amotivação e presença de DCNT em mulheres. Isso pode ocorrer em razão de elas costumarem frequentar mais os serviços de saúde e, ao ser atendidas, obter constantemente esclarecimentos sobre os riscos das DCNT pelos profissionais de saúde. Afirma-se que pacientes assistidos pela equipe de saúde local apresentam conhecimento mínimo acerca de medidas de controle e cuidado em doenças crônicas<sup>20</sup>. Pesquisa qualitativa realizada no Recôncavo Bahiano constatou que, para a compreensão dos benefícios de um estilo de vida saudável, é necessária comunicação eficaz dos profissionais de saúde<sup>21</sup>.

As DCNT associaram-se significativamente à motivação extrínseca e intrínseca, o que implica dizer que o acometimento dessas doenças tem gerado impactos comportamentais na vida dessas mulheres; nesse sentido, o profissional de saúde deve aproveitar espaços na atenção primária como oportunidade de instruí-las a respeito da relevância da adoção de um EVS para o controle de DCNT. Ainda que existam vulnerabilidades biológicas preexistentes, menor número de comportamentos de risco e maior nível de adesão diminuem consideravelmente a incidência de DCNT no futuro<sup>20</sup>.

Observou-se que mulheres com DCNT apresentam mais chances de ter comportamentos em prol de benefícios ou para evitar consequências negativas. Estudo realizado com hipertensos e diabéticos, utilizando as informações da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, destacou a



influência das DCNT na adoção de comportamentos saudáveis entre hipertensos e diabéticos, o que reforça os achados da pesquisa em tela<sup>22</sup>. Tendo em vista os agravos ocasionados pelas cronicidades, essas mulheres temem resultados negativos, como submeter-se a mais tratamentos medicamentosos, ou a possibilidade de internação hospitalar.

Mudança de comportamentos e práticas de novos hábitos constituem passo primordial para uma vida saudável e não sedentária<sup>23</sup>. Conseqüentemente, ao assumirem essa postura em relação à saúde, melhoram o desempenho do organismo e previnem futuros agravos. Salienta-se a relevância de hábitos saudáveis na prevenção de DCNT, uma vez que fatores ligados a má alimentação, tabagismo, consumo de álcool, drogas e sedentarismo estão associados com o desenvolvimento de obesidade, diabetes mellitus (DM) tipo 2, doença cardiovascular, osteoporose e câncer<sup>24</sup>.

Mulheres com DCNT têm menos chances de realizar atividades por prazer ou satisfação. Desse modo, cabe aos profissionais de saúde, por meio da escuta qualificada, atentar-se às singularidades, desejos e possibilidades delas a fim de evitar a culpabilização e auxiliar na construção da autonomia e promoção da saúde<sup>25</sup>. O conhecimento contribui para a autodeterminação e motivação interna, o que repercute em forte senso de controle sobre a saúde<sup>26</sup>. Desse modo, o desenvolvimento da motivação intrínseca mostra-se essencial – pois resulta em hábitos prazerosos que se prolongam por maior período de tempo – quando comparada à motivação extrínseca.

Destacam-se o papel do apoio psicológico a essas pacientes, junto aos demais profissionais de saúde, para a tomada de decisões individuais e coletivas, e o comprometimento da família no suporte motivacional, de modo que as mulheres aceitem a doença, realizem o tratamento medicamentoso, assumam EVS e melhorem significativamente sua qualidade de vida<sup>27</sup>. Diante das diversas formas de tratamento para pacientes com doenças crônicas, cabe ao profissional avaliar e decidir em conjunto com as pacientes a melhor conduta terapêutica para o alcance do controle da doença e promoção da qualidade de vida<sup>28,29</sup>.

O conjunto de fenômenos inerentes à situação de doença, sobretudo as de caráter crônico, presentes no contexto familiar constitui complexa rede de aspectos psicológicos, emocionais e práticos, marcados a partir de representações sociais construídas na sociedade e no sistema familiar. Essa dinâmica relacional definida pelos membros da família é o material que estabelece o conteúdo representacional sobre a doença e sobre o papel familiar de cada membro envolvido<sup>30</sup>. Isso significa que a postura de familiares e pessoas próximas a essa

mulher exerce influência direta sobre a motivação para o estilo de vida saudável, contribuindo de maneira positiva ou negativa.

O presente estudo favorece a complementaridade de políticas públicas amparadas pela diretriz da clínica ampliada do Sistema Único de Saúde (SUS), que busca não apenas a ausência de doença, mas compreender a complexidade de fatores envolvidos nas decisões em saúde.

Por se tratar de uma pesquisa de caráter transversal, não foi possível estabelecer relações causais entre as variáveis, e o diagnóstico das cronicidades apresentadas foi autorrelatado. Sugere-se estudo aprofundado com análise longitudinal e ênfase na motivação para EVS em mulheres.

## CONCLUSÃO

Encontrou-se maior porcentagem de hipertensas dentre as DCNT estudadas. Não houve significância estatística entre amotivação e presença de DCNT, e DCNT associaram-se significativamente à motivação extrínseca e intrínseca. Mulheres com DCNT apresentam mais chances de ter comportamentos em prol de benefícios ou para evitar consequências negativas e menos chances de realizar atividades por prazer ou satisfação. O avanço nos níveis de motivação para EVS depende de ações conjuntas: atuação da equipe multiprofissional, com ênfase na assistência psicológica; escuta qualificada; clínica ampliada; e suporte familiar motivacional na tomada de decisões em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
2. Silva EM, Sousa AC, Kümpel C, Silva S, Porto EF. Estilo de vida de indivíduos usuários do Sistema Único de Saúde. *LifeStyle J.* 2018; 5(2):61-75. doi: <http://dx.doi.org/10.19141/2237-3756.lifestyle.v5.n2.p61-75>
3. Rodrigues MTP. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: desenvolvimento de um instrumento avaliativo com base na Teoria da Resposta ao Item (TRI) [tese na Internet]. Fortaleza: Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará; 2012 [citado em 22 jun. 2022]. 163 f. Disponível em: [http://www.uece.br/dsc/index.php/arquivos/doc\\_download/179-tese-malvina-t-p-rodrigues-2012](http://www.uece.br/dsc/index.php/arquivos/doc_download/179-tese-malvina-t-p-rodrigues-2012)

4. Cruz LAP, Mialich MS, Silva BR, Gozzo TO, Jordão AA, Almeida AM. Doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com câncer de mama. *Rev Recien.* 2021; 11(34):100-109. doi: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.100-109>
5. Araújo FG. Tendência da prevalência de sobrepeso, obesidade, diabetes e hipertensão em mulheres brasileiras em idade reprodutiva, Vigitel 2008-2015 [dissertação na Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2018 [citado em 22 jun. 2022]. 109 f. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/937M.PDF>
6. Mpofo JJ, Moura L, Farr S, Malta DC, Moehlecke I, Bernal TI, et. al. Associations between noncommunicable disease risk factors, race, education, and health insurance status among women of reproductive age in Brazil – 2011. *Prev Med Rep.* 2016; 3(333). doi: <http://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.03.015>
7. Peters SAE, Woodward M, Jha V, Kennedy S, Norton R. Women's health: a new global agenda. *BMJ Global Health.* 2016;1(3):e000080. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000080>
8. Bernal RTI, Mendes MSF, Carvalho QH, Pell J, Dundas R, Leyland A, et. al. Indicadores de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com idade reprodutiva, beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família. *Rev Bras Epidemiol.* 2019; 22(supl.2). doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190012.supl.2>
9. Monteiro LZ, Oliveira DMS, Parente MVSS, Silva EO, Varela AR. Perfil alimentar e inatividade física em mulheres universitárias na cidade de Brasília. *Esc Anna Nery.* 2021; 25(5):e20200484. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0484>
10. Li Y, Pan A, Wang DD, Liu X, Dhana K, Franco OH, et al. The impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population. *Circulation.* 2018; 138(4):345-55. doi: <http://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032047>
11. Deci EL, Ryan RM. The 'What' and 'Why' of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry.* 2000; 11:227-68. doi: [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
12. Santos NAS. Doenças crônicas em mulheres: uma revisão integrativa. In: Anais do XXIV Seminário de Iniciação Científica. 2020 out 19-22; Feira de Santana. Feira de Santana: UEFS; 2020. doi: <https://doi.org/10.13102/semic.vi24.6768>
13. Carvalho IS. Motivação ao estilo de vida saudável: construção e evidências de validade de um instrumento avaliativo [tese na Internet]. Fortaleza: Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará; 2019 [citado em 22 jun. 2022]. 112 f. Disponível em: <http://www.uece.br/wp-content/uploads/sites/37/2019/09/Tese-Irialda-Saboia-Carvalho-vers%C3%A3o-final-biblioteca-UECE.pdf>
14. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiq Clin.* [Internet]. 1998 [citado em 22 jun. 2022]; 25(5):206-13. Disponível em:

<http://ppget.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>

15. Pasquali L, Primi R. Fundamentos da teoria da resposta ao item – TRI. *Aval Psic.* [Internet]. 2003 [citado em 22 jun. 2022]; 2(2):99-110. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712003000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712003000200002)
16. Moreira TM. Construção e validação de questionários para avaliação de fatores relacionados à saúde cardiovascular (estilo de vida, estresse e adesão ao tratamento) pelo enfermeiro [projeto]. Fortaleza: Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará; 2018.
17. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Card.* 2021; 116(3):516-658. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
18. Fiório CE, Cesar CLG, Porto MCGPA, Goldbaum M. Prevalência de hipertensão arterial em adultos no município de São Paulo e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.* 2020; 23. doi: <http://doi.org/10.1590/1980-549720200052>
19. Silva MLLS, Silva JM, Schleu MF. Efeito do tratamento com equipe multiprofissional na pressão arterial em mulheres obesas: uma coorte retrospectiva. *Rev Baiana de Saúde Pública.* 2022; 46(supl.1): 9-28. doi: [https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.nSupl\\_1.a3778](https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.nSupl_1.a3778)
20. Rocha MFMR, Wanderley FAC, Santos AA. Programa educativo na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ensino, Saúde e Ambiente* [Internet]. 2020 [citado em 22 jun. 2022]; 13(3):94-109. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/ensinosaudeambiente/article/view/32912>
21. Malagris LEN, Ribeiro JAA, Teixeira LG, Mourão SEQ. Senso de autoeficácia, comportamentos de saúde e adesão ao tratamento em pacientes portadores de diabetes e/ou hipertensão. *Rev Bras Terap Cognit.* 2020; 16(1):26-33. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20200005>
22. Tavares PPC, Cruz RS, Pereira SEAS, Abdala GA, Meira MDD. Percepção de portadores de diabetes sobre educação em saúde e adoção de hábitos saudáveis. *Saud Pesq.* 2021; 14(3):643-54. doi: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2021v14n3e9459>
23. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Damacena GN, Stopa SR, Barros MBA, Malta DC, et al. Adoção dos comportamentos saudáveis e recomendações recebidas nos atendimentos de saúde entre hipertensos e diabéticos no Brasil, 2019. *Rev Bras Epidemiol.* 2021; 24(supl.2):e210017. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210017.supl.2>
24. Guimarães AFV, Nascimento VA. Análise do nível de sedentarismo dos universitários da UEMG, unidade Ituiutaba e sua relação com doenças crônicas não transmissíveis. *Intercursos.* [Internet]. 2019 [citado em 22 jun. 2022]; 18(2):253-62. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/intercursosrevistacientifica/article/view/4265>

25. Soares MM, Rocha KSC, Castro KCE, Amâncio NFG. A importância de hábitos saudáveis e adequados na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. *Res Soc Develop*. 2023; 12(1):e18012139295. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd->
26. Leme PAF, Campos WS. Avaliação participativa de um programa de prevenção e tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. *Saúde Debate*. 2020; 44(126):640-655. doi: <http://doi.org/10.1590/0103-1104202012604>
27. Seear KH, Lelievre MP, Atkinson DN, Marley JV. ‘It’s Important to Make Changes.’ Insights about Motivators and Enablers of Healthy Lifestyle Modification from Young Aboriginal Men in Western Australia. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(1063). doi: <http://doi.org/10.3390/ijerph16061063>
28. Lima Junior LC, Lima NNF. Relationship between Quality of Life and Chronic Diseases. *Braz J Health Rev*. 2021; 4(5):21426-39. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-232>
29. Siebra KLAB, Arraes JCC, Santos DB, Nascimento CH, Leandro IVA, Basílio CAS, et. al. Promovendo saúde: um elo de cuidados no tratamento não medicamentoso de doenças crônicas na terceira idade. *Rev Interfaces*. 2019; 7(1):250-54. doi: <https://doi.org/10.16891/665>
30. Silva JP, Crepaldi MA, Bousfield ABS. Representações sociais e doenças crônicas no contexto familiar: revisão integrativa. *Rev Psic Saúde*. 2021; 13(2):125-40. doi: <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i2.964>