

PAULA HELENA GOMES DE MORAES RUIZ

**DIABETES TIPO 2: EFEITOS DE INTERVENÇÃO
BREVE EM TERAPIA DE ACEITAÇÃO E
COMPROMISSO SOBRE O AUTOCUIDADO**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2026**

PAULA HELENA GOMES DE MORAES RUIZ

**DIABETES TIPO 2: EFEITOS DE INTERVENÇÃO
BREVE EM TERAPIA DE ACEITAÇÃO E
COMPROMISSO SOBRE O AUTOUIDADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito para obtenção do título de Doutora em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação da Professora Dra. Luziane de Fátima Kirchner.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2026**

R934d Ruiz, Paula Helena Gomes de Moraes
Diabetes tipo 2: efeitos de intervenção breve em Terapia
de Aceitação e Compromisso sobre o autocuidado/ Paula
Helena Gomes de Moraes Ruiz sob a orientação da Professora
Dra. Luziane de Fátima Kirchner.-- Campo Grande, MS
: 2026.
144 p.: il.

Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Católica
Dom Bosco, Campo Grande-MS, Ano 2026
Bibliografia: p. 14-135

1. Terapia de aceitação e compromisso. 2. Diabetes
mellitus tipo 2. 3. Atenção primária à saúde - Autocuidado.
4. Intervenção breve I.Kirchner, Luziane de Fátima.
II. Título.

CDD: 616.462

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Bibliotecária Mourâmise de Moura Viana - CRB-1 3360

A tese apresentada por **PAULA HELENA GOMES DE MORAES RUIZ**, intitulada “**DIABETES TIPO 2: EFEITOS DE INTERVENÇÃO BREVE DE ACT SOBRE O AUTOCUIDADO.**” Como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi **APROVADA**.

A presente defesa foi realizada presencialmente. Eu **Luziane de Fátima Kirchner**, como presidente da banca, assinei a folha de aprovação com o consentimento de todos os membros, ainda na presença destes.

Campo Grande, 06 de outubro de 2026.



Profa.Dra.Luziane de Fátima Kirchner

Profa.Dra. Regina Basso Zanon

Prof.Dr. Pablo Cardoso de Souza

Profa.Dra. Maria Rita Zoega Soares

DEDICATÓRIA

Passados alguns anos desde a minha dissertação de mestrado, percebo que continuo sendo profundamente privilegiada.

Privilegiada por ter encontrado, ao longo da vida, mulheres que me ensinaram muito mais do que talvez elas mesmas possam imaginar. Mulheres com histórias diferentes, caminhos singulares, marcas e desafios próprios. Mulheres inspiradoras e aguerridas, que, mesmo diante das dificuldades que a vida lhes apresentou, encontraram forças para continuar, para estar presentes e, sobretudo, para viver o presente.

Algumas dessas mulheres caminharam ao meu lado por muitos anos. Outras deixaram suas marcas em momentos específicos, mas suficientemente profundos para permanecerem comigo. Cada uma, à sua maneira, contribuiu para a pessoa e para a mulher que me tornei.

Hoje, ao concluir esta etapa, olho para trás e reconheço que muito do que sou também é feito das histórias que encontrei pelo caminho, das palavras que ouvi, dos exemplos que testemunhei, dos afetos que recebi e das mulheres que me ensinaram, pelo próprio modo de viver, diferentes formas de recomeçar e de seguir em frente.

A todas vocês, minha eterna gratidão. Vocês continuam comigo, nas minhas escolhas, na minha forma de olhar para a vida e na mulher que sigo construindo.

Em especial, **à Kátia Cecília e à Elizete Farias** (*in memoriam*). Vocês ocupam um lugar que o tempo não apaga. Não sei o que seria de mim sem vocês. Parte da mulher que sou carrega a história, a força, o carinho e os ensinamentos de vocês.

A todas essas mulheres, que fizeram e continuam fazendo parte da minha história, dedico esta tese, com a certeza de que nenhuma trajetória é construída sozinha.

AGRADECIMENTOS

Esta tese carrega, além da pesquisa, afetos, sonhos compartilhados e a presença de tantas pessoas que ajudaram a construir esta trajetória. Por isso, não poderia encerrá-la sem reconhecer aqueles que, de alguma forma, caminharam comigo.

Divaldo Canavarros de Abreu Junior – meu grande amor e companheiro de vida.

Uma das coisas mais bonitas que a vida nos permitiu: depois de tanto tempo juntos, ainda seguimos sonhando, construindo e celebrando conquistas lado a lado. E eu continuo admirando profundamente a pessoa que você é. Você permanece sendo uma das minhas maiores fontes de inspiração. Você construiu comigo, acompanhou, apoiou, incentivou, acreditou e vibrou por cada conquista como se também fosse sua. E, de fato, é. Esta tese é mais uma etapa que concluímos juntos. Mais um sonho que ousamos sonhar e transformar em realidade. E, olhando para tudo o que vivemos, tenho ainda mais certeza de que melhor companheiro de vida eu não poderia pedir. Obrigada, principalmente, por continuar sendo você, a pessoa que escolhi para caminhar ao meu lado e que, depois de tantos anos, ainda amo profundamente. “*Sua esposa venceu!*” E, mais uma vez, vencemos juntos.

Kátia Cecília e Paulo César – meus amados mãe e pai.

Se hoje existo, sonho, insisto e sigo em frente, é porque antes de qualquer título, profissão ou conquista, fui filha de vocês. Obrigada pela minha existência, pelo amor incondicional, pelo apoio e pela torcida. Muito do que sou carrega aquilo que recebi de vocês.

Profa. Dra. Luziane de Fátima Kirchner – orientadora e exemplo de professora/pesquisadora.

Se no mestrado agradei pelos seus ensinamentos, hoje, ao concluir o doutorado, percebo ainda mais a dimensão de tudo aquilo que aprendi ao seu lado. Aprendi sobre pesquisa, sobre formação, sobre responsabilidade acadêmica, mas também sobre o compromisso de fazer uma ciência que tenha sentido para as pessoas. Olhar para trás e perceber o quanto cresci ao longo desses anos também é reconhecer a importância da sua presença nessa trajetória. Gratidão.

Profa. Dra. Elisa Kern de Castro, minha gratidão também por ter feito parte da minha trajetória durante o período em Portugal. Obrigada pelo acolhimento, pelos ensinamentos e por ter aberto não apenas as portas da sua casa, mas também novas possibilidades para minha formação acadêmica.

À banca examinadora, minha sincera gratidão pela disponibilidade, pelo cuidado e pelas contribuições que ajudaram a aprimorar esta tese.

À minha família materna e paterna, que, mesmo muitas vezes sem acompanhar os detalhes desta trajetória acadêmica, acompanhou a pessoa que eu estava me tornando. Obrigada pela torcida, pelo carinho, pelo apoio e por serem parte da história que me trouxe até aqui.

Aos meus colegas de trabalho, obrigada pelo incentivo e por acompanharem mais essa etapa da minha vida. Vocês sabem quanto tempo e dedicação foram necessários para chegar até aqui e, por isso, esta conquista também tem um pouco da torcida de vocês.

Às minhas amigas e aos meus amigos, obrigada por compreenderem as ausências, ouvirem minhas inquietações, celebrarem minhas pequenas e grandes conquistas e continuarem presentes mesmo quando a rotina acadêmica parecia ocupar todos os espaços.

Aos colegas do LECS – Laboratório de Estudos do Comportamento em Saúde, minha gratidão pelos aprendizados e construções compartilhadas. Que continuemos construindo uma ciência cuidadosa, crítica, ética e de qualidade.

Aos participantes desta pesquisa, pessoas com diabetes mellitus tipo 2 de Sonora – MS, minha gratidão mais especial. Continuo lutando por uma ciência de qualidade, comprometida com as pessoas e capaz de produzir conhecimento que possa, de alguma forma, contribuir para uma vida melhor para aqueles que convivem com a diabetes.

A todos que, de alguma maneira, fizeram parte deste caminho, minha eterna gratidão.

Obrigada por caminharem comigo até aqui. Esta tese chega ao fim, mas os sonhos não.

RESUMO

A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) exige engajamento contínuo em práticas de autocuidado, frequentemente comprometido por padrões de esquiva experiencial e de fusão cognitiva diante do desconforto associado à doença. A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) atua sobre esses padrões ao promover a flexibilidade psicológica. Contudo, seus protocolos, em geral compostos por oito a dezesseis sessões, são pouco compatíveis com a Atenção Primária à Saúde (APS), marcada por alta demanda e tempo de atendimento restrito. Esta tese teve como objetivo desenvolver e avaliar um modelo de intervenção breve em ACT (sessão única), voltado à promoção do autocuidado de adultos com DM2 na APS. O percurso compreendeu três estudos sequenciais. O primeiro, teórico-conceitual, integrou os processos de flexibilidade psicológica às Etapas 1 a 4 do Mapeamento de Intervenções (MI). Nele, a aceitação, a desfusão cognitiva e a clarificação de valores foram especificadas como determinantes modificáveis das barreiras ao monitoramento glicêmico, à alimentação, à atividade física e à adesão medicamentosa. O segundo, teórico-propositivo, apoiou-se em revisão narrativa e base no protocolo de Gregg et al. (2007a, 2007b) para descrever um modelo grupal de 90 a 120 minutos, organizado em quatro blocos (Apresentação, Abertura, Engajamento e Fechamento). Esse modelo trabalha valores, aceitação, desfusão cognitiva e ação comprometida por meio de metáforas e exercícios transpostos para o repertório da população atendida na APS brasileira. O terceiro consistiu em estudo piloto quase-experimental com 18 adultos com DM2, alocados sem randomização, conforme a disponibilidade de tempo, em Grupo Intervenção (GI; n = 8) e Grupo Controle em tratamento habitual (GC; n = 10). Os participantes foram avaliados na linha de base e 15 dias após a intervenção quanto à flexibilidade psicológica (AAQ-II), ao autocuidado (QAD) e aos sintomas de ansiedade e depressão (HAD). Todos os participantes do GI atribuíram pontuação máxima aos itens de satisfação, resultado possivelmente influenciado por desejabilidade social. No seguimento, o GI apresentou escores significativamente mais favoráveis que o GC na flexibilidade psicológica ($p = 0,023$) e na alimentação geral ($p = 0,029$). Na adesão à medicação ($p = 0,011$), a diferença decorreu da redução observada no GC, tendo o GI se mantido estável. De forma inesperada, o GI apresentou escores de monitoramento glicêmico inferiores aos do GC ($p = 0,025$), e não houve diferenças quanto à ansiedade e à depressão. Infere-se que o modelo é aceitável pelos participantes da APS e associa-se a sinais preliminares de mudança em comportamentos de autocuidado. A tese articula, em uma mesma linha de pesquisa, fundamentação conceitual, protocolo replicável e primeira avaliação empírica, oferecendo parâmetros para ensaios clínicos randomizados com amostras maiores, seguimento prolongado e marcadores clínicos objetivos.

Palavras-chave: Terapia de Aceitação e Compromisso; Diabetes Mellitus tipo 2; Autocuidado; Atenção Primária à Saúde; Intervenção Breve.

ABSTRACT

Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) requires ongoing engagement in self-care practices, a process often compromised by patterns of experiential avoidance and cognitive fusion in the face of disease-related discomfort. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) addresses these patterns by fostering psychological flexibility. However, standard ACT protocols—typically comprising eight to sixteen sessions—are often incompatible with the Primary Health Care (PHC) setting, which is characterized by high demand and limited consultation time. This thesis aimed to develop and evaluate a brief ACT intervention model (single-session) designed to promote self-care among adults with T2DM in PHC. The research process comprised three sequential studies. The first was a theoretical-conceptual study that integrated psychological flexibility processes with Stages 1 through 4 of the Intervention Mapping (IM) framework. In this study, acceptance, cognitive fusion, and values clarification were identified as modifiable determinants of barriers to glycemic monitoring, healthy eating, physical activity, and medication adherence. The second was a theoretical-propositive study; drawing on a narrative review and the protocol by Gregg et al. (2007a, 2007b), it outlined a group-based model lasting 90 to 120 minutes, organized into four blocks (Introduction, Opening, Engagement, and Closing). This model addresses values, acceptance, cognitive fusion, and committed action through metaphors and exercises adapted to the cultural context of the population served by the Brazilian PHC system. The third study was a quasi-experimental pilot involving 18 adults with T2DM; participants were non-randomly assigned—based on schedule availability—to either an Intervention Group (IG; $n = 8$) or a Control Group receiving usual care (CG; $n = 10$). Participants were assessed at baseline and 15 days post-intervention regarding psychological flexibility (AAQ-II), self-care (QAD), and symptoms of anxiety and depression (HAD). All participants in the intervention group (IG) gave maximum scores on satisfaction items—a result possibly influenced by social desirability. At follow-up, the IG showed significantly more favorable scores than the control group (CG) regarding psychological flexibility ($p = 0.023$) and general diet ($p = 0.029$). Regarding medication adherence ($p = 0.011$), the difference stemmed from a reduction observed in the CG, whereas the IG remained stable. Unexpectedly, the IG showed lower scores for glycemic monitoring than the CG ($p = 0.025$), and there were no differences regarding anxiety and depression. It is inferred that the model is acceptable to primary care participants and is associated with preliminary signs of change in self-care behaviors. The thesis integrates—within a single line of research—a conceptual framework, a replicable protocol, and an initial empirical evaluation, offering parameters for randomized clinical trials involving larger samples, extended follow-up, and objective clinical markers.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; Type 2 Diabetes Mellitus; Self-care; Primary Health Care; Brief Intervention.

LISTA DE FIGURA

ARTIGO 3

Figura 1 - Fluxograma do tempo de avaliação do estudo.....	96
--	----

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 – Matriz de Objetivos de Mudança: Cruzando Comportamentos de Autocuidado com Processos da ACT.....	34
Tabela 2 – Operacionalização dos Métodos da ACT no Protocolo MI.....	37

Artigo 2

Tabela 1 – Características das intervenções breves baseadas na ACT aplicadas a populações com diabetes.....	58
---	----

Artigo 3

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos participantes (N = 18).....	99
Tabela 2 - Estrutura e conteúdo do protocolo de intervenção breve em ACT (Sessão Única).....	104
Tabela 3 – Estatísticas Descritivas e Comparações Intragrupo (Pré vs. Pós) para os Grupos Controle e Intervenção.....	109
Tabela 4 - Comparações Intergrupos das Variáveis Clínicas e Comportamentais na Linha de Base (T0) e Seguimento de 15 dias (T1)	112

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	138
APÊNDICE B - Questionário de Satisfação com a Intervenção.....	139

LISTA DE ANEXOS

Anexo I – Questionário de Aceitação e Ação (AAQ-II)	141
Anexo II – Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD).....	142
Anexo III- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).....	144

SUMÁRIO

TEXTO INTRODUTÓRIO.....	14
 ARTIGO 1	
Integração da Terapia de Aceitação e Compromisso com o Mapeamento de Intervenções para aprimorar o autocuidado na Diabetes tipo 2: uma estrutura conceitual.....	19
 ARTIGO 2	
Desenvolvimento de um modelo de intervenção breve baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso para pessoas com Diabetes tipo 2 na Atenção Primária à Saúde.....	49
 ARTIGO 3	
Intervenção breve baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso para o autocuidado na Diabetes tipo 2: resultados de um estudo piloto.....	87
 CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS.....	131
 REFERÊNCIAS DO TEXTO INTRODUTÓRIO.....	136
 APÊNDICES.....	137
 ANEXOS.....	140

TEXTO INTRODUTÓRIO

A diabetes mellitus tipo 2 (DM2) configura-se, na atualidade, como um dos principais problemas de saúde pública em escala global, caracterizado por crescimento contínuo de sua prevalência, elevado impacto sobre a qualidade de vida das pessoas acometidas e custos crescentes para os sistemas de saúde (World Health Organization [WHO], 2019, 2024). O controle adequado da doença depende, em grande medida, de um conjunto de comportamentos que o próprio paciente precisa sustentar no cotidiano, como o monitoramento da glicemia, os ajustes na alimentação, a prática regular de atividade física e a adesão ao tratamento medicamentoso (International Diabetes Federation [IDF], 2025). Esse conjunto de práticas, denominado autocuidado, não decorre apenas do acesso à informação ou da orientação clínica recebida, mas é fortemente influenciado por processos emocionais e cognitivos que medeiam a forma como cada pessoa lida com as exigências e os desconfortos impostos pela condição crônica (Zu et al., 2024). É justamente em razão dessa dimensão psicológica do cuidado que as diretrizes internacionais para o manejo da diabetes têm recomendado, de modo cada vez mais consistente, a integração de intervenções psicológicas ao tratamento clínico convencional (León-Hernández et al., 2023).

Nesse cenário, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) destaca-se como uma abordagem particularmente relevante. Diferentemente de modelos voltados à alteração do conteúdo dos pensamentos do paciente, ela propõe um caminho distinto: modificar a função que pensamentos e emoções desconfortáveis exercem sobre o comportamento, de modo que a pessoa consiga manter práticas de autocuidado mesmo na presença de medo, frustração ou desânimo. A esse processo dá-se o nome de flexibilidade psicológica, entendida como a capacidade de permanecer em contato com experiências internas difíceis sem que estas determinem as ações do indivíduo, possibilitando escolhas orientadas por valores pessoais significativos (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022; Hofmann et al., 2023). Revisões sistemáticas e metanálises recentes documentam efeitos favoráveis da ACT sobre o autocuidado de pessoas com DM2 (Sakamoto et al., 2021; Wang et al., 2024). Esse conjunto de evidências convive, no entanto, com dois problemas práticos que se impõem à tradução desse conhecimento para os serviços de saúde.

O primeiro problema diz respeito à forma como essas intervenções têm sido descritas na literatura, pois os estudos disponíveis variam consideravelmente quanto ao

formato adotado e, com frequência, detalham de maneira insuficiente os procedimentos utilizados, dificultando tanto a reprodução dos protocolos quanto a compreensão dos mecanismos responsáveis pelos resultados obtidos (Ruiz et al., 2025). O segundo refere-se à própria estrutura desses protocolos: em revisão sistemática sobre a ACT na DM2, quinze dos dezesseis estudos incluídos empregaram de oito a dezesseis sessões (Ruiz et al., 2025), formato pouco compatível com a realidade da Atenção Primária à Saúde (APS), contexto marcado por alta demanda populacional, tempo reduzido de consulta e recursos limitados (Brasil, 2013).

Desses dois problemas decorrem a justificativa central desta tese e o percurso investigativo que a estrutura: era necessário construir uma base teórica que orientasse de forma sistemática a tradução da ACT para o cuidado em diabetes, desenvolver a partir dela um modelo de intervenção breve e replicável e submeter esse modelo a uma primeira avaliação empírica. O objetivo geral desta tese consistiu, assim, em desenvolver e avaliar um modelo breve de intervenção fundamentado na ACT, voltado à promoção do autocuidado de pessoas com DM2 no contexto da APS.

Esse objetivo geral desdobra-se em três objetivos específicos, correspondentes cada um a um dos artigos que compõem o presente trabalho. O primeiro consistiu em propor uma estrutura conceitual que integrasse os processos de flexibilidade psicológica da ACT às etapas iniciais do Mapeamento de Intervenções (MI), identificando determinantes modificáveis das barreiras ao autocuidado na DM2. O segundo consistiu em desenvolver, a partir dessa estrutura, um modelo de intervenção breve, em sessão única e em formato grupal, com metáforas e exercícios transpostos para o repertório da população atendida na APS brasileira. O terceiro, por fim, consistiu em avaliar, por meio de um estudo piloto, a aceitabilidade e os resultados preliminares desse modelo sobre a flexibilidade psicológica, os comportamentos de autocuidado e os sintomas de ansiedade e depressão de pacientes com DM2.

Embora redigidos de forma independente, para submissão e avaliação em periódicos distintos, com objetivos, métodos e contribuições próprios, os três artigos compartilham o mesmo objeto de investigação, a tradução da ACT em uma intervenção breve para o autocuidado na DM2, e foram concebidos segundo uma lógica sequencial que parte da fundamentação teórica, passa pelo desenvolvimento de um produto aplicado e culmina em sua avaliação empírica preliminar. Essa organização reflete o percurso metodológico adotado, no qual cada etapa depende das conclusões da anterior e fornece as condições necessárias para a seguinte.

O primeiro artigo, intitulado “Integração da Terapia de Aceitação e Compromisso com o Mapeamento de Intervenções para Aprimorar o Autocuidado na Diabetes Tipo 2: Uma Estrutura Conceitual”, assume caráter teórico-conceitual e busca responder a uma pergunta anterior ao desenvolvimento de qualquer protocolo: quais processos psicológicos devem ser trabalhados, e por quê. Para isso, recorre ao MI, um modelo de planejamento utilizado no campo da saúde para conectar, de forma sistemática, teoria, determinantes comportamentais e técnicas de intervenção. Ao articular os processos de aceitação, desfusão cognitiva e clarificação de valores às Etapas 1 a 4 desse modelo, o artigo identifica os determinantes modificáveis das principais barreiras ao autocuidado (monitoramento glicêmico, alimentação, atividade física e adesão medicamentosa) e os organiza em matrizes que relacionam esses determinantes aos métodos de intervenção mais adequados para abordá-los.

Esse artigo já foi publicado em periódico avaliado por pares (Ruiz et al., 2026), e sua manutenção como capítulo desta tese justifica-se por uma razão estrutural: é nele que se explicitam as escolhas teóricas que orientaram a construção do protocolo apresentado no artigo seguinte, de modo que sua supressão tornaria incompreensível a passagem do problema de pesquisa ao produto desenvolvido.

Essa matriz conceitual encontra seu desdobramento direto no segundo artigo, intitulado “Desenvolvimento de um Modelo de Intervenção Breve Baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso para Pessoas com Diabetes Tipo 2 na Atenção Primária à Saúde”, que descreve a construção do produto aplicado da tese: um protocolo de intervenção grupal em sessão única, com duração estimada entre noventa e cento e vinte minutos, organizado em quatro blocos sequenciais (Apresentação, Abertura, Engajamento e Fechamento), nos quais se operacionalizam a clarificação de valores, a aceitação, a desfusão cognitiva e a ação comprometida. Fundamentado em revisão narrativa da literatura e no protocolo de referência internacional (Gregg et al., 2007a, 2007b), esse modelo dedica atenção especial à transposição de metáforas e exercícios para o repertório da população atendida na APS brasileira, transposição cuja compreensão pelos usuários, como o próprio artigo registra, ainda carece de validação formal.

Esse artigo não apresenta dados de eficácia, uma vez que essa avaliação compõe especificamente o terceiro estudo. A descrição minuciosa de uma intervenção, com explicitação de seus objetivos, conteúdos, materiais, sequência de aplicação e fundamentos teóricos de cada componente, constitui, por si só, uma contribuição reconhecida na literatura sobre pesquisa em intervenções, na medida em que viabiliza a

replicação fiel do protocolo por outros pesquisadores e profissionais, a avaliação de sua fidelidade de implementação e, eventualmente, sua síntese em revisões sistemáticas futuras. Ao tornar público um protocolo transparente e passível de reprodução, o segundo artigo responde diretamente à primeira das duas lacunas que justificam esta tese.

O terceiro artigo, intitulado “Intervenção Breve Baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso para o Autocuidado na Diabetes Tipo 2: Resultados de um Estudo Piloto”, encerra esse percurso ao submeter o modelo desenvolvido a uma primeira avaliação empírica. Trata-se de um estudo piloto, de caráter exploratório e delineamento quase-experimental, conduzido com dezoito adultos com DM2 distribuídos, sem randomização, em grupo intervenção e grupo controle, avaliados antes e quinze dias após a intervenção. Os achados indicam aceitabilidade do protocolo entre os participantes, que avaliaram com a pontuação máxima a intervenção como um todo, sua duração, a clareza das explicações, a segurança para aplicar as orientações no cotidiano e a relevância do tema, resultado cuja unanimidade recomenda cautela interpretativa. No seguimento, observaram-se escores mais favoráveis no grupo intervenção quanto à flexibilidade psicológica e à alimentação geral; na dimensão de uso da medicação, a diferença entre os grupos decorreu da queda observada no grupo controle, e não de incremento no grupo intervenção. Registraram-se, ainda, redução inesperada dos escores de monitoramento glicêmico no grupo intervenção e ausência de mudança nos sintomas de ansiedade e depressão. Esses resultados configuram sinais preliminares, cuja confirmação depende de investigações com amostras maiores, alocação randomizada e acompanhamento prolongado.

Do ponto de vista científico, o trabalho oferece à literatura sobre ACT aplicada à DM2 uma sistematização teórico-metodológica explícita, capaz de orientar de forma replicável a tradução dos processos de flexibilidade psicológica em intervenções breves, acompanhada de um protocolo público e detalhado e de evidências preliminares sobre sua aceitabilidade entre os usuários a que se destina, elementos que, na literatura internacional, raramente aparecem articulados em uma mesma linha de pesquisa.

Do ponto de vista social, a tese responde a uma necessidade concreta dos serviços públicos de saúde, especialmente da APS brasileira, onde a maior parte das pessoas com DM2 recebe acompanhamento e onde as limitações de tempo e de recursos humanos tornam inviável a adoção de protocolos psicoterapêuticos extensos. Ao propor uma intervenção breve, estruturada e ajustada ao repertório da população atendida, passível de integração aos fluxos do Sistema Único de Saúde (SUS), este trabalho contribui para

ampliar o acesso da população a um cuidado que articule as dimensões emocionais e comportamentais do manejo da diabetes, com possível repercussão sobre a adesão ao tratamento, a prevenção de complicações e a qualidade de vida de uma parcela expressiva e crescente da população brasileira.

Os três artigos constituem, cada um, um capítulo independente, e o documento se encerra com um capítulo de considerações finais que retoma de forma integrada as contribuições e os limites do conjunto.

ARTIGO 1

INTEGRAÇÃO DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO COM O MAPEAMENTO DE INTERVENÇÕES PARA APRIMORAR O AUTOCUIDADO NA DIABETES TIPO 2: UMA ESTRUTURA CONCEITUAL

Artigo publicado em: Ruiz, P. H. G. D. M., Kirchner, L. D. F., & Kern de Castro, E. (2026). Integrating Acceptance and Commitment Therapy with intervention mapping to enhance self-care in type 2 diabetes: a conceptual framework. *Frontiers in Psychology*, 17, 1822037. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1822037>

RESUMO

O autocuidado na diabetes mellitus tipo 2 (DM2) permanece abaixo do ideal, apesar das evidências de efetividade da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) no manejo de doenças crônicas. Este artigo conceitual integra os processos de flexibilidade psicológica baseados na ACT às Etapas 1–4 do Mapeamento de Intervenções (MI), a fim de desenvolver uma intervenção grupal breve e replicável para a atenção primária. Aceitação, desfusão cognitiva e clarificação de valores são especificadas como determinantes modificáveis das barreiras ao automonitoramento, à dieta, ao exercício físico e à adesão medicamentosa, organizados em matrizes que articulam objetivos de desempenho e determinantes, orientando a seleção dos métodos. Métodos fundamentados em teoria são operacionalizados por meio de metáforas adaptáveis e exercícios experienciais. Esta estrutura enfrenta lacunas metodológicas na tradução da ACT para o cuidado da diabetes, alinha-se a modelos biopsicossociais em psicologia da saúde e oferece uma base testável para futuros ensaios randomizados sobre eficácia multicultural.

Palavras-chave: Terapia de Aceitação e Compromisso, mapeamento de intervenções, diabetes tipo 2, flexibilidade psicológica, mudança de comportamento em saúde, manejo de doenças crônicas.

ABSTRACT

Self-care in type 2 diabetes mellitus (T2DM) remains suboptimal despite evidence for the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic illness management. This conceptual paper integrates ACT based psychological flexibility processes with Steps 1-4 of the Intervention Mapping framework to develop a brief, replicable group intervention for primary care. Acceptance, cognitive defusion, and values clarification are specified as modifiable determinants of barriers in self-monitoring, diet, exercise, and medication adherence, organized into performance-determinant matrices to guide method selection. Theory-based methods are operationalized through culturally adaptable metaphors and experiential exercises. This framework addresses methodological gaps in translating ACT to diabetes care, aligns with biopsychosocial models in health psychology, and offers a testable foundation for future randomized trials on multicultural efficacy.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Intervention Mapping, type 2 diabetes, self-care, psychological flexibility, health behavior change, chronic disease management.

1. Introdução

A diabetes mellitus tipo 2 (DM2) responde por aproximadamente 90% dos casos globais de diabetes e configura entre as principais causas de morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (World Health Organization, 2019; International Diabetes Federation, 2025). Sua fisiopatologia encontra-se estreitamente vinculada a fatores genéticos e ambientais, como o envelhecimento populacional, a inatividade física e a obesidade, os quais impõem desafios adicionais à prevenção de complicações crônicas (Riddle et al., 2021; Mohr et al., 2022; Genitsaridi et al., 2025). Projeções recentes

indicam que a prevalência global da diabetes, que atualmente afeta centenas de milhões de pessoas, continuará a crescer ao longo das próximas décadas (World Health Organization, 2019; International Diabetes Federation, 2025), sobrecarregando ainda mais os sistemas de saúde e comprometendo a qualidade de vida dos indivíduos com DM2. Nesse contexto, o autocuidado constitui um elemento central do manejo da doença, abrangendo o monitoramento glicêmico, a adesão medicamentosa, os ajustes dietéticos e a prática regular de atividade física, conforme recomendado pelas diretrizes internacionais.

As evidências empíricas indicam que a ACT aprimora o autocuidado em pacientes com diabetes tipo 2 (Abdollahi et al., 2020; Wang et al., 2024; Ahmadi et al., 2025; de Moraes Ruiz et al., 2025). Entretanto, a tradução desses achados para a prática clínica enfrenta lacunas metodológicas significativas. Os estudos disponíveis apresentam heterogeneidade nos formatos de intervenção, com descrições insuficientes da operacionalização dos processos da ACT, o que compromete a replicabilidade e a identificação dos processos de mudanças envolvidos (Sakamoto et al., 2021; Wang et al., 2024; Batool e Mubashir, 2025; de Moraes Ruiz et al., 2025). Ademais, mesmo quando os resultados se mostram promissores, a transposição desses achados para a prática clínica encontra obstáculos pela ausência de estratégias que orientem com clareza a implementação da ACT em contextos reais de atenção à saúde.

Nesse cenário, o Mapeamento de Intervenções (Intervention Mapping – MI) apresenta-se como uma estrutura metodológica útil para apoiar a operacionalização da ACT em intervenções de sessão única voltadas a diabetes tipo 2 (DM2), particularmente relevantes na atenção primária. Diferentemente de abordagens centradas exclusivamente na descrição do conteúdo terapêutico, o MI oferece um protocolo sistemático para articular teoria, determinantes comportamentais, objetivos de mudança e técnicas de intervenção, favorecendo maior rigor na construção e na implementação de programas (Kok et al., 2016; Bartholomew et al., 2016; Fernandez et al., 2019; Herbert et al., 2025). Em particular, as etapas iniciais do MI permitem a identificação de determinantes críticos do autocuidado na DM2, como barreiras percebidas, esquiva experiencial e adesão ao tratamento, e sua tradução em objetivos de mudança operacionalizados por processos da ACT.

Este artigo conceitual aplica sistematicamente as Etapas 1–4 do MI para desenvolver uma intervenção que operacionalize os processos centrais da ACT como

determinantes de mudança comportamental para o autocuidado na DM2 em adultos. Os objetivos específicos incluem:

- I. Identificar os processos da ACT (aceitação, desfusão cognitiva, clarificação de valores) como determinantes psicológicos modificáveis das barreiras ao autocuidado na DM2 (Etapas 1–2 do MI);
- II. Construir uma matriz de objetivos de mudança que cruze comportamentos de autocuidado com processos da ACT (Etapa 2 do MI);
- III. Selecionar e operacionalizar métodos teóricos da ACT em aplicações práticas replicáveis para intervenções breves na atenção primária (Etapa 3 do MI);
- IV. Integrar as aplicações práticas em um programa grupal estruturado de sessão única (Etapa 4 do MI).

Com base nesses objetivos, o manuscrito orienta-se pela seguinte questão de pesquisa: como os processos da ACT podem ser sistematicamente mapeados e operacionalizados no protocolo do MI para otimizar o autocuidado em indivíduos com diabetes tipo 2? Dois aspectos são centrais para situar esta proposta. Primeiro, o manuscrito apresenta uma estrutura conceitual e de planejamento restrita às quatro primeiras etapas do MI, que constituem a base teórico-metodológica necessária ao desenvolvimento e ao refinamento do protocolo. Estudos de viabilidade, implementação e avaliação de efetividade, correspondentes às Etapas 5 e 6 do MI, extrapolam o escopo deste artigo e são indicados como agendas futuras de pesquisa. Segundo, o protocolo de sessão única foi intencionalmente formulado a partir de critérios de viabilidade, aplicabilidade e potencial de escalabilidade na atenção primária, sendo dirigido a profissionais com formação em ACT e concebido em formato breve e estruturado, compatível com as restrições de tempo e de recursos dos serviços de saúde. Além disso, o protocolo integra um projeto de pesquisa em andamento no Brasil (Kirchner et al., 2025), no qual estão sendo conduzidos estudos iniciais de implementação e avaliação.

Este capítulo compreende, além desta introdução, quatro seções de desenvolvimento, uma discussão e as considerações finais. Inicialmente, delineiam-se os desafios epidemiológicos e psicossociais da DM2, destacando-se as limitações das abordagens educacionais tradicionais quanto ao autocuidado sustentado. Em seguida, apresentam-se os fundamentos conceituais da ACT, detalhando-se os processos do Hexaflex e sua interface com o manejo de doenças crônicas. A terceira seção examina o MI como ferramenta de planejamento sistemática e baseada em evidências. A quarta seção, de caráter analítico, detalha a integração da estrutura teórico-metodológica ACT-

MI, culminando na construção de uma matriz de objetivos de mudança e em aplicações práticas orientadas à atenção primária. A discussão examina as contribuições e as limitações do modelo, e as considerações finais apresentam as direções futuras de pesquisa.

2. Diabetes Mellitus Tipo 2: Desafios de autocuidado que vão além do conhecimento

A DM2 manifesta-se como um distúrbio metabólico crônico de etiologia multifatorial, definido primariamente pela desregulação do metabolismo de macronutrientes. Fisiopatologicamente, a condição decorre de interações complexas entre resistência periférica à insulina, secreção deficiente de insulina pelas células beta pancreáticas e produção hepática excessiva de glicose (Song et al., 2023; American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2024). Do ponto de vista epidemiológico, a DM2 responde pela grande maioria dos casos e constitui um desafio crítico de saúde pública global. A International Diabetes Federation (2025) relata prevalência atual de 589 milhões de pessoas, com projeção de 853 milhões até 2050 na ausência de controle efetivo. Esse cenário mostra-se especialmente grave em países de baixa e média renda, impulsionado por transições nutricionais, urbanização acelerada e estilos de vida sedentários, que agravam riscos modificáveis como índice de massa corporal elevado e padrões alimentares inadequados (Mokaya et al., 2022; Van Den Bekerom et al., 2024).

A hiperglicemia crônica decorrente da DM2, quando não mitigada, atua como mecanismo central na determinação de complicações graves. O cuidado inadequado conduz a desfechos que incluem retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença cardiovascular e complicações do pé que elevam o risco de amputação (Chamine et al., 2022; Rietz et al., 2022; Schrader et al., 2022; American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2024). O controle glicêmico assume, assim, papel preponderante, uma vez que a literatura demonstra que cada redução de 1% nos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) associa-se a decréscimos significativos nessas morbidades e em eventos agudos como o infarto do miocárdio (Almulhim et al., 2023; Butayeva et al., 2023).

Contudo, a complexidade da DM2 ultrapassa a dimensão biológica, apresentando-se como condição sistêmica com implicações psicossociais e econômicas. O manejo da doença impõe uma sobrecarga psicológica marcada por respostas emocionais negativas ao diagnóstico e às demandas contínuas de autocuidado (Bhat et al., 2020). Os pacientes

exibem altas taxas de comorbidades psiquiátricas, como depressão e ansiedade, somadas a evidências de que a DM2 colabora para comprometer a flexibilidade psicológica (Maor et al., 2022; Motevalli et al., 2023). O sofrimento emocional e os déficits cognitivos dificultam a adesão aos regimes terapêuticos, perpetuando a desregulação glicêmica. O manejo adequado da diabetes exige engajamento contínuo do paciente. Esse engajamento é frequentemente comprometido pelo sofrimento emocional associado à doença, estresse crônico, ansiedade e depressão, que opera como barreira significativa às rotinas de autocuidado (Ahmadi et al., 2025; Ho et al., 2024; Wang et al., 2024). Para lidar com essa sobrecarga, os indivíduos podem passar a se relacionar de modo fusionado com eventos privados de incapacidade e a se esquivar experiencialmente, na tentativa de suprimir o desconforto emocional associado à doença e obter alívio de curto prazo. Esse ciclo contínuo de esquiva desvia a atenção do paciente do momento presente e paralisa a ação efetiva, impedindo-o de realizar ações de autocuidado baseadas em seus valores (Gregg et al., 2007a). Consequentemente, essa negligência comportamental, motivada por tais fatores, perpetua a desregulação glicêmica (Ahmadi et al., 2025; Ho et al., 2024; Wang et al., 2024), o que dificulta a redução dos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) e agrava a morbidade da condição crônica.

O manejo efetivo da DM2 requer, portanto, autocuidado rigoroso e mudanças comportamentais sustentáveis. As diretrizes clínicas atuais (International Diabetes Federation, 2025) recomendam intervenções multimodais que incluem farmacoterapia, monitoramento glicêmico, alimentação saudável e atividade física. Ainda assim, o caráter frequentemente assintomático da doença subestima a gravidade de seus agravos, criando um paradoxo em que os benefícios do controle emergem a longo prazo, enquanto o tratamento demanda comprometimento imediato e oneroso (Porth et al., 2024). Diante dessa complexidade, o fortalecimento da capacidade de autocuidado emerge como elemento central para assegurar desfechos clínicos favoráveis e qualidade de vida.

O autocuidado na DM2 estende-se para além da adesão medicamentosa passiva. Sob a Teoria do Autocuidado de Orem, requer desempenho ativo e intencional para manter a vida e o bem-estar (Fereidooni et al., 2024; Esmailzadeh e Inuwa, 2025). Na prática clínica, os comportamentos de autocuidado na DM2 abrangem o manejo integrado de múltiplas classes comportamentais, incluindo monitoramento glicêmico contínuo, adesão medicamentosa, ajustes dietéticos e atividade física regular (International Diabetes Federation, 2025).

A literatura demonstra, contudo, que diretrizes clínicas e conhecimento das recomendações não se traduzem necessariamente em controle metabólico sustentado. Embora existam padrões de educação e apoio (Butayeva et al., 2023), a utilização prática permanece baixa, limitando o impacto populacional em saúde (World Health Organization, 2024). As abordagens tradicionais de transmissão de informação frequentemente fracassam em assegurar o autocuidado de longo prazo, visto que a maioria dos pacientes mantém baixa adesão sob regimes de cuidado padrão (Aminuddin et al., 2021; Hyvert et al., 2023; Parmar et al., 2025). Reside aqui o diferencial da proposta: informação, isoladamente, não altera comportamento. O conhecimento sobre a doença é condição necessária, mas não suficiente, porque não modifica as contingências que mantêm os padrões de esquiva.

Os dados epidemiológicos confirmam taxas insatisfatórias de autocuidado, deixando muitos pacientes abaixo das metas glicêmicas recomendadas ($HbA1c < 7\%$), o que aumenta a morbidade, a mortalidade e os custos em saúde (Genitsaridi et al., 2025). Essa discrepância entre conhecimento e comportamento evidencia as limitações das abordagens exclusivamente educativas (Aminuddin et al., 2021; Hyvert et al., 2023; Parmar et al., 2025). As intervenções tradicionais, focadas em normas prescritivas, negligenciam que a inação comportamental decorre não apenas da escassez de informação (Batoool e Mubashir, 2025; Zandi et al., 2023), mas também de processos psicológicos como a esquiva experiencial (Ho et al., 2024) e da natureza assintomática de curto prazo da doença (Porth et al., 2024), que favorece o alívio imediato em detrimento do autocuidado de longo prazo.

Nesse contexto, a esquiva experiencial e a fusão cognitiva emergem como barreiras psicológicas centrais ao autocuidado. Os pacientes frequentemente deixam de emitir comportamentos de autocuidado (e.g., deixar de realizar o teste glicêmico) para suprimir o desconforto emocional relacionado à condição crônica, ou passam a responder a eventos privados de incapacidade (e.g., “o diabetes é incontrolável”), como se descrevessem a realidade, o que reduz a probabilidade de ação efetiva (Gregg et al., 2007a; Ho et al., 2024). A educação em saúde convencional raramente aborda essas barreiras. Mais do que isso, ao apoiar-se predominantemente na advertência sobre complicações futuras, tende a operar por controle aversivo, o que é coerente com os achados de que o autocuidado baseado em medo se mostra frágil a longo prazo (Zhang et al., 2018; Lipsett e Berkman, 2025), e produz, como efeito colateral, esquiva do próprio contexto de cuidado, perpetuando os ciclos de desregulação metabólica.

Diante dessas limitações do modelo informacional, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) oferece uma alternativa. Ao promover a flexibilidade psicológica (FP), a ACT capacita os pacientes para aceitar o desconforto inerente ao tratamento sem abandonar o autocuidado, redirecionando o comportamento para valores pessoais em vez de apenas para a redução de sintomas (Ho et al., 2024). Embora as evidências empíricas confirmem que a ACT aprimora o autocuidado na DM2 (Abdollahi et al., 2020; Wang et al., 2024; Ahmadi et al., 2025; de Moraes Ruiz et al., 2025), a tradução clínica enfrenta lacunas metodológicas. A literatura atual revela heterogeneidade nos formatos de intervenção e carece de descrições detalhadas da operacionalização dos processos da ACT, o que dificulta a replicabilidade e a compreensão dos processos de mudança (Sakamoto et al., 2021; Wang et al., 2024; Batool e Mubashir, 2025; de Moraes Ruiz et al., 2025).

Para enfrentar essa lacuna de sistematização, o presente artigo conceitual propõe o Mapeamento de Intervenções (MI). O MI fornece uma estrutura de planejamento baseada em evidências (Kok et al., 2016; Bartholomew et al., 2016; Fernandez et al., 2019; Herbert et al., 2025) que articula sistematicamente teoria e prática, etapa a etapa. Essa integração aproxima a eficácia teórica da ACT da necessidade de identificar elementos para protocolos de cuidado na DM2 replicáveis e contextualmente aplicáveis.

3. Terapia de Aceitação e Compromisso e sua relação com a diabetes

A flexibilidade psicológica (FP) refere-se à capacidade de entrar em contato plenamente com o momento presente de modo consciente e de persistir em, ou modificar, o comportamento com base no contexto, a serviço de fins valorizados (Hayes et al., 2021; Hayes e Hofmann, 2021; Hayes e King, 2024). A promoção da FP, foco central da ACT, demonstra utilidade clínica ao favorecer o crescimento pessoal e ao aliviar o sofrimento humano por meio da compreensão contextual das interações do indivíduo com eventos privados e externos (Luoma et al., 2022; Hofmann et al., 2023). A ACT concebe a saúde psicológica e o desenvolvimento da FP por meio de seis processos interconectados, o *Hexaflex*, essenciais ao autocuidado na DM2:

1) **Aceitação:** os pacientes vivenciam ativamente eventos privados (emoções, sensações físicas) sem tentativas de alterá-los ou suprimi-los (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022; Hofmann et al., 2023). Na DM2, isso significa experienciar a ansiedade da hipoglicemia ou os desejos por alimentos restritos sem reações impulsivas ou esquiva do monitoramento necessário.

2) **Desfusão cognitiva:** os pacientes observam os pensamentos como eventos privados transitórios, e não como verdades literais (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022; Hofmann et al., 2023). Isso contrapõe-se a afirmativas como “sou um diabético doente” ou “nunca conseguirei controlar minha dieta”, reduzindo seu impacto e sua literalidade.

3) **Contato com o momento presente:** os pacientes mantêm atenção flexível, focada e não julgadora à experiência atual (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022; Hofmann et al., 2023). Isso se mostra essencial para detectar sinais corporais sutis (fome, saciedade, sintomas glicêmicos) e interromper hábitos automáticos e pouco saudáveis.

4) **Eu como contexto:** os pacientes percebem um eu observador distinto de suas experiências (doença, pensamentos) (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022; Hofmann et al., 2023). Isso permite ver a DM2 como algo que os pacientes têm, e não como algo que eles são, preservando identidade e autoestima para além da patologia.

5) **Valores:** os pacientes clarificam o que mais importa para si (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022; Hofmann et al., 2023). Os valores fornecem motivação sustentável para o autocuidado, transformando-o.

6) **Ação comprometida:** os pacientes constroem e mantêm padrões comportamentais amplos, flexíveis e orientados pelos valores clarificados (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022; Hofmann et al., 2023). Operacionalmente, envolve o estabelecimento de metas de curto prazo vinculadas a um valor declarado, o contato com as contingências naturais decorrentes dessas metas e a retomada do padrão após interrupções, com persistência na presença de eventos privados aversivos.

Os cenários clínicos da DM2 manifestam frequentemente a ausência de FP como inflexibilidade psicológica (Batoool e Mubashir, 2025). Os pacientes respondem de modo fusionado a eventos privados aversivos, como “não há nada que eu possa fazer para mudar minha condição”, e engajam-se em esquiva experiencial em busca de alívio de curto prazo (Ho et al., 2024). Esse ciclo de esquiva conduz com frequência à negligência do controle glicêmico e à baixa adesão ao tratamento, perpetuando o sofrimento (Motevalli et al., 2023). Inversamente, os processos de desfusão e aceitação promovem a FP, possibilitando o redirecionamento da atenção para o momento presente e ações de autocuidado efetivas e baseadas em valores (Gregg et al., 2007a; Abdollahi et al., 2020; Wang et al., 2024).

O diagnóstico de diabetes demanda mudanças substanciais no estilo de vida e comportamentos de autocuidado para prevenir complicações. O manejo emocional molda fundamentalmente o autocuidado, na medida em que eventos aversivos relacionados à doença, como restrições dietéticas ou risco de retinopatia, elicitam com frequência

respostas de medo (Song et al., 2023). Medidas de controle ineficazes, impulsionadas pelo medo e voltadas à supressão do desconforto, estabelecem ciclos de reforçamento negativo que exacerbam o sofrimento emocional e deterioram o controle metabólico (Motevalli et al., 2023). A fusão cognitiva e a esquiva experiencial funcionam, assim, como barreiras ao autocuidado, desviando a atenção do paciente para a ruminação sobre o passado ou para a ansiedade antecipatória (Wang et al., 2025).

Esse distanciamento do momento presente compromete a capacidade de atuar sobre variáveis controláveis, reduzindo a autoeficácia no manejo diário da doença. A fusão com eventos privados aversivos desconecta os indivíduos das contingências imediatas, resultando frequentemente no abandono de comportamentos essenciais de saúde (Abdollahi et al., 2020). As intervenções baseadas em ACT mostram-se efetivas precisamente por promoverem a flexibilidade psicológica (Hayes e King, 2024; Ahmadi et al., 2025; Moravejosharieh e Dasht Bozorgi, 2025). Esse desenvolvimento de habilidades mantém a experiência consciente do “aqui e agora”, reduzindo a influência paralisante da esquiva experiencial (Kiliç et al., 2023). A ACT habilita os pacientes, por meio de processos centrais como aceitação e ação comprometida, a persistir em comportamentos de autocuidado, como adesão dietética e monitoramento glicêmico, apesar do desconforto emocional ou de barreiras contextuais (Ngan et al., 2023; Moravejosharieh e Dasht Bozorgi, 2025).

Revisões sistemáticas indicam a superioridade da ACT sobre grupos controle e sua comparabilidade ou superioridade em relação a outras abordagens, como a TCC, na melhoria dos desfechos de autocuidado na DM2 (de Moraes Ruiz et al., 2025). Estudos experimentais seminais corroboram que a adição da ACT ao treinamento educacional aumentou significativamente a probabilidade de uso de estratégias de enfrentamento e melhorou o controle glicêmico em populações vulneráveis (Gregg et al., 2007a). Resultados convergentes aparecem em diferentes contextos culturais e modalidades de intervenção, incluindo formatos presenciais (Wang et al., 2024) e intervenções mediadas por tecnologia móvel (Kiliç et al., 2023), confirmando o impacto positivo da ACT na redução da hemoglobina A1c e na promoção do autocuidado. Pesquisas com populações mais jovens indicam, ainda, o manejo da esquiva experiencial como processo central de autocuidado, sugerindo a transversalidade do processo psicológico (Alho et al., 2022).

A tradução clínica, no entanto, enfrenta barreiras metodológicas. A literatura revela substancial heterogeneidade de formatos de aplicação, de sessões únicas a terapias de grupo, frequentemente carente de descrições detalhadas da operacionalização dos

processos terapêuticos (de Moraes Ruiz et al., 2025). Muitas intervenções deixam de especificar a articulação dos processos da ACT com os desafios práticos específicos da DM2, gerando problemas de replicabilidade e de compreensão precisa dos processos de mudança. Essa lacuna de sistematização evidencia a necessidade de protocolos que não apenas adaptem a ACT, mas a integrem a estruturas de planejamento baseadas em evidências. O protocolo do MI emerge como a ferramenta metodológica ideal, traduzindo sistematicamente os métodos teóricos da ACT em aplicações práticas replicáveis.

4. Mapeamento de Intervenções (MI)

O Mapeamento de Intervenções (MI) compreende um protocolo de planejamento em seis etapas que articula teoria, determinantes comportamentais e técnicas de intervenção. As seis etapas e as tarefas relacionadas incluem (Kok et al., 2016; Bartholomew et al., 2016; Fernandez et al., 2019; Herbert et al., 2025):

Etapa 1: conduzir uma avaliação de necessidades ou análise do problema para identificar o que precisa mudar e para quem.

Etapa 2: criar matrizes de objetivos combinando comportamentos com determinantes comportamentais, de modo a direcionar crenças específicas.

Etapa 3: selecionar métodos de intervenção fundamentados em teoria que correspondam aos determinantes identificados e traduzi-los em aplicações práticas que atendam aos parâmetros de mudança. Isso envolve decisões-chave sobre a concepção do programa, incluindo componentes, escopo, sequência e métodos de mudança comportamental.

Etapa 4: integrar as aplicações práticas em um programa organizado.

Etapa 5: planejar a adoção, a implementação e a sustentabilidade do programa em contextos reais, identificando usuários e apoiadores, atendendo às suas necessidades.

Etapa 6: desenvolver um plano de avaliação para avaliações de efeito e de processo que mensurem a eficácia do programa.

As palavras-chave do MI, planejamento, pesquisa, teoria, fornecem vocabulário para o planejamento de programas, os procedimentos de atividade e a assistência técnica para identificar determinantes teóricos e combiná-los com métodos de mudança apropriados (Kok et al., 2016; Herbert et al., 2025). O MI orienta o desenvolvimento efetivo de materiais de promoção da saúde em diversos contextos e populações (Mirzaei-Alavijeh et al., 2021; Halliday et al., 2021; Van Agteren et al., 2021; Mozafarinia et al.,

2024), demonstrando eficácia na identificação de determinantes e na adesão à prevenção de doenças.

O sucesso de uma intervenção depende fundamentalmente da identificação precisa dos determinantes comportamentais e ambientais, processos centrais das duas primeiras etapas do protocolo. A eficácia da intervenção vincula-se diretamente a essa fase diagnóstica, como ilustram análises de estudos recentes (Mirzaei-Alavijeh et al., 2021). Em contextos de DM2, evidências experimentais mostram que intervenções estruturadas que direcionam determinantes teóricos específicos, barreiras percebidas, expectativas de resultado, autoeficácia, produzem melhorias significativas na adesão medicamentosa e dietética, além de redução da HbA1c (Ranjbaran et al., 2022).

A Etapa 2 operacionaliza esses achados por meio das "matrizes de objetivos de mudança". Essa ferramenta cruza objetivos de desempenho, as classes de comportamento que a intervenção pretende instalar ou ampliar, formuladas a partir dos valores do paciente, com determinantes modificáveis, que especificam como tais comportamentos são regulados, criando estruturas lógicas de mudança comportamental (Van Agteren et al., 2021). No modelo aqui proposto, os déficits e excessos comportamentais que caracterizam a inflexibilidade psicológica constituem o ponto de partida da análise, e a pergunta orientadora desloca-se de "por que o paciente age assim" para "como esse padrão é mantido", o que remete diretamente à análise funcional. A literatura confirma a utilidade dessa abordagem por meio do alinhamento efetivo de objetivos comportamentais de dieta e atividade física com determinantes de autorregulação em pacientes com diabetes (Ranjbaran et al., 2022; Song et al., 2023).

Uma vez definidos os objetivos, os pesquisadores devem distinguir métodos teóricos de aplicações práticas. Perdas de tradução ocorrem com frequência quando os métodos carecem de implementação adequada, violando os parâmetros de eficácia. O MI enfrenta essa lacuna na Etapa 3, ao exigir a operacionalização concreta da teoria. Por exemplo, o estabelecimento de metas isoladamente apresenta efeitos limitados, a menos que sistemático (Mozafarinia et al., 2024); a integridade teórica requer tradução fiel do método, como no caso de vídeos de modelação que respeitam os parâmetros pedagógicos (Halliday et al., 2021).

A validade interna e externa da intervenção depende, em última instância, da implementação abordada nas etapas finais do MI. O planejamento da adoção e da avaliação assegura que as intervenções entregues correspondam às planejadas, como exemplificado no desenvolvimento de intervenções de *mHealth* baseadas em ACT (Nes

et al., 2018). A análise qualitativa confirmou alta adesão ao protocolo clínico com o uso dos princípios do MI para estruturar o treinamento dos profissionais e o monitoramento da entrega, validando a integridade do estudo. O MI constitui, portanto, uma ferramenta essencial, garantindo que as intervenções se mostrem simultaneamente fundamentadas na teoria e metodologicamente executáveis em contextos de saúde.

5. Integrando o Mapeamento de Intervenções e a ACT em intervenções para diabetes tipo 2

A literatura estabelece com solidez a relevância da ACT para o autocuidado na DM2 e a utilidade do MI como ferramenta de planejamento, mas sua intersecção permanece pouco explorada. Questões-chave emergem como as intervenções para DM2 baseadas em ACT, ainda que clinicamente relevantes, carecem de sistematização detalhada, o que dificulta a replicação e a fidelidade (de Moraes Ruiz et al., 2025); por sua vez, os programas desenvolvidos por meio do MI, apesar do rigor estrutural, frequentemente se limitam a modelos cognitivos tradicionais (Halliday et al., 2021; Mirzaei-Alavijeh et al., 2021), negligenciando os processos de FP cruciais para o autocuidado sustentado (Nes et al., 2018).

Este artigo conceitual propõe uma integração na qual os processos centrais da ACT sejam operacionalizados como determinantes teóricos de mudança no protocolo do MI. Especificamente nas Etapas 1 e 2, fundamentadas na análise prévia da literatura e nos determinantes (Nes et al., 2018; Herbert et al., 2025), esta proposta reinterpreta os processos de mudança. Cabe uma ressalva terminológica. No vocabulário do MI, “determinante” designa a variável modificável sobre a qual a intervenção incide, sem compromisso com um estatuto causal interno. Na leitura contextualista-funcional aqui adotada, os processos do *Hexaflex* não são causas internas do comportamento, mas classes de respostas cuja função é estabelecida por contingências e por relações verbais; as variáveis determinantes, em sentido estrito, permanecem no ambiente (Hayes & Brownstein, 1986). Preserva-se, portanto, a nomenclatura do MI pela correspondência com o protocolo, com a ressalva de que “determinante psicológico” deve ser lido como relação comportamento-comportamento, e não como entidade causal.

Tradicionalmente, a Matriz de Objetivos de Mudança do MI (Etapa 2) tem como alvo a modificação do conteúdo dos pensamentos (e.g., ampliar a autoeficácia). Esta proposta integrativa expande e substitui funcionalmente os determinantes clássicos pelos processos de FP. Os objetivos deslocam-se do controle de sintomas ou pensamentos para

a alteração da relação dos pacientes com os eventos privados (função), priorizando aceitação, desfusão cognitiva e ação comprometida. A seleção destes três processos como determinantes explícitos da matriz apoia-se em três critérios. Primeiro, correspondência empírica: o estudo seminal de Gregg et al. (2007a), do qual este protocolo deriva, operacionalizou igualmente três processos, aceitação, mindfulness e valores, demonstrando efeito sobre o controle glicêmico em formato breve. Segundo, correspondência com as barreiras identificadas na Etapa 1: esquiva experiencial, fusão cognitiva e motivação extrínseca são os obstáculos ao autocuidado mais consistentemente descritos na literatura sobre DM2. Terceiro, viabilidade: em sessão única de 90 a 120 minutos, a operacionalização explícita de seis processos comprometeria a profundidade experiencial de cada um. Ressalta-se que os três processos restantes, contato com o momento presente, eu como contexto e ação comprometida, não são excluídos, mas mobilizados de forma indireta: o *Hexaflex* constitui um conjunto interdependente, de modo que intervir sobre aceitação e desfusão altera necessariamente o contato com o momento presente, e a clarificação de valores é condição para a ação comprometida, que encerra a sessão no exercício “Levantar-se e Comprometer-se”.

A construção da Matriz de Objetivos de Mudança (Tabela 1) apoia-se no consenso da literatura quanto à centralidade da FP como processo transdiagnóstico de mudança (Hayes e King, 2024; Moravejosharieh e Dasht Bozorgi, 2025). Diferentemente das abordagens cognitivas tradicionais, centradas na reestruturação do conteúdo dos pensamentos, a ACT modifica a função dos eventos privados e a relação dos pacientes com esses eventos (Zhang et al., 2018; Zandi et al., 2023; Hayes e King, 2024). Essa mudança de paradigma fornece o fundamento teórico que justifica a substituição dos determinantes clássicos pelos processos da ACT nesta proposta de intervenção.

O primeiro pilar dessa estrutura dirige-se à esquiva experiencial. Na DM2, os pacientes evitam frequentemente comportamentos de autocuidado (e.g., monitoramento glicêmico) porque estes evocam sentimentos aversivos de culpa, medo ou desconforto físico. Abdollahi et al. (2020) explicam que os esforços de supressão da experiência interna consomem recursos cognitivos substanciais, consumindo a energia mental necessária ao manejo de uma doença complexa. Consequentemente, a intervenção direciona-se à promoção da aceitação (Tabela 1, Coluna 2). As evidências estatísticas de Moravejosharieh e Dasht Bozorgi (2025) sustentam essa escolha, ao mostrar que a redução de estratégias de esquiva libera os pacientes para focar na resolução de

problemas. O objetivo torna-se, assim, capacitar os pacientes a realizar o teste de glicemia *na presença* do medo, e não a eliminar o medo.

Um segundo pilar aborda a fusão cognitiva, em que os pacientes tratam pensamentos de incapacidade (e.g., “diabetes é a sentença da minha vida”) como verdades literais, culminando em inação (ausência de autocuidado). A intervenção emprega, portanto, a desfusão cognitiva (Tabela 1, Coluna 3). Os estudos qualitativos de Ngan et al. (2023) indicam que aprender a notar os pensamentos sem ser controlado por eles reduz a reatividade emocional. Isso permite que os comportamentos de saúde persistam independentemente dos eventos privados cotidianos, assegurando a continuidade do tratamento mesmo durante pensamentos aversivos sobre a DM2.

Por fim, a sustentabilidade do autocuidado requer a reorientação por valores. A literatura sugere que o autocuidado baseado em medo ou em obediência médica se mostra frágil a longo prazo (Zhang et al., 2018; Lipsett e Berkman, 2025; Ahmadi et al., 2025). Em contraste, a ACT introduz processos baseados em valores (Tabela 1, Coluna 4). Abdollahi et al. (2020) descrevem como a clarificação de valores importantes para o paciente (e.g., vitalidade para testemunhar o crescimento dos netos) transforma o autocuidado de imposição externa em passo significativo de vida. Ahmadi et al. (2025) sugerem que valores diferenciam a resiliência dos resultados da ACT em comparação com técnicas isoladas de ativação comportamental. Em síntese, essa integração de processos visa não apenas à redução de sintomas, mas ao fortalecimento de repertórios adaptativos de enfrentamento. Essa abordagem, baseada em FP e em valores, fornece a fundamentação teórica necessária à operacionalização de objetivos de mudança detalhados (Abdollahi et al., 2020; Wang et al., 2024).

Assim, a Tabela 1 apresenta essa estrutura, em que objetivos essenciais de desempenho para o autocuidado e o controle da DM2 (linhas), como monitoramento glicêmico e adesão medicamentosa, cruzam-se com os processos terapêuticos da ACT (colunas). O resultado consiste em objetivos de aprendizagem que não têm como alvo a eliminação do desconforto, mas a capacidade individual de agir em direção a valores pessoais com o desconforto presente, rompendo os ciclos de inação impulsionados por fusão e esquiva.

Tabela 1. *Matriz de Objetivos de Mudança: Cruzando Comportamentos de Autocuidado com Processos da ACT*

Comportamento-alvo do paciente (O que o paciente fará?)	Determinante: Aceitação	Determinante: Desfusão Cognitiva	Determinante: Valores
Realizar o monitoramento glicêmico conforme prescrito.	O paciente experiencia as sensações aversivas (dor da picada, ansiedade quanto ao resultado) como concomitantes à ação, sem se esquivar do teste.	O paciente distingue pensamentos catastróficos (e.g., "o resultado será terrível" ou "não quero saber") de descrições da realidade presente, tratando-os como eventos verbais e não como ordens de ação, e mantém o monitoramento na presença desses pensamentos.	O paciente articula como o monitoramento serve a seus valores (e.g.: "cuidar de mim para ser um avô presente").
Seguir o plano alimentar em situações sociais desafiadoras.	O paciente aceita a sensação de privação ou desejo intenso em contextos sociais, mantendo a escolha alimentar previamente planejada, mesmo diante do desconforto.	O paciente observa racionalizações permissivas (e.g., "só hoje não faz mal") sem se fundir com elas ou utilizá-las para justificar a quebra da dieta.	O paciente escolhe alimentos nutritivos não como uma imposição externa, mas como um ato de autocuidado e respeito ao próprio corpo, alinhado a valores de vitalidade e de compromisso.
Praticar atividade física regular.	O paciente acolhe o desconforto físico inerente ao exercício (suor, cansaço leve) como evidência de autocuidado, sem interromper a atividade.	O paciente nota avaliações de fadiga ou desmotivação (e.g., "estou muito cansado") como eventos mentais passageiros, agindo independentemente do conteúdo do pensamento.	O paciente vincula a caminhada à manutenção da independência física e mobilidade a longo prazo.
Aderir à medicação (insulina ou oral).	O paciente dispõe a sentir a ansiedade antecipatória ou a aversão ao procedimento (injeção), realizando a administração da dose com a presença dessas emoções.	O paciente desliteraliza crenças estigmatizantes (e.g., "o uso de insulina é sinal de falha pessoal"), reconhecendo-as como julgamentos aprendidos e não como verdades absolutas.	O paciente avalia a medicação como uma ferramenta que viabiliza a continuidade de projetos de vida e ações valorizadas.

Nota: Baseada nos estudos (Zhang et al., 2018; Abdollahi et al., 2020; Ngan et al. 2023; Moravejosharieh & Dasht Bozorgi, 2025; Lipsett & Berkman, 2025; Ahmadi et al., 2025).

Dando continuidade à lógica sequencial do MI, a Etapa 3 envolve a seleção de métodos teóricos capazes de influenciar os determinantes identificados (processos da ACT) e sua tradução em estratégias de intervenção clinicamente aplicáveis. A construção deste protocolo apoia-se na literatura sobre FP (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022; Hofmann et al., 2023), integrando os parâmetros de viabilidade de Kok et al. (2016), que enfatizam o alinhamento das técnicas aos recursos do sistema de saúde.

A seleção seguiu este fluxo: (1) identificar o processo predominante em cada barreira psicológica, sem pressupor independência entre os seis processos do *Hexaflex* (e.g., aceitação como processo predominante na esquivia experiencial); (2) definir o processo de mudança correspondente (e.g., recontextualização ou distanciamento); e (3) operacionalizá-lo em metáforas ou exercícios experienciais adaptados à realidade do paciente com DM2. Cabe registrar que a atribuição de um processo predominante a cada barreira tem função organizadora do planejamento, e não descritiva: cada técnica mobiliza simultaneamente mais de um processo, como se verifica na metáfora da bicicleta, que opera sobre aceitação e, de modo concomitante, sobre contato com o momento presente. As metáforas terapêuticas funcionam como veículo primário em razão de sua eficácia em alterar a relação de sofrimento do paciente sem confrontação direta ou argumentação lógica, abordagens que frequentemente apresentam dificuldades em sustentar a mudança (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022).

A Tabela 2 detalha esse alinhamento estratégico. Para operacionalizar a aceitação, foi selecionado a “Metáfora da Bicicleta”. Esta ilustra fisicamente o paradoxo do controle da diabetes; assim como a rigidez excessiva do guidão provoca quedas, a supressão do medo da hipoglicemia ou da doença gera desregulação metabólica; a intervenção ensina os pacientes a “inclinar-se para frente” (aceitar) a fim de manter equilíbrio e direção.

Para contrapor a fusão cognitiva, o método de distanciamento dos eventos privados se traduz na analogia do “Lixo no Chão”. Esta diferencia funcionalmente os problemas do mundo físico (removíveis, como varrer o lixo) dos eventos internos (pensamentos que persistem ou se intensificam sob tentativas de supressão), promovendo a desfusão de estratégias ineficazes de controle mental.

Por fim, para superar a inércia no autocuidado por meio da ação comprometida, foi mapeado o exercício experiencial “Levantar-se e Comprometer-se”. Solicitar aos participantes que se levanten fisicamente diante do grupo para declarar uma meta de saúde vai além do comportamento privado, utilizando a postura corporal e o compromisso público para ampliar a probabilidade de execução. Notadamente, todas as aplicações

adequam-se a formatos breves de intervenção e alinham-se à pesquisa seminal de Gregg et al. (2007a, 2007b), assegurando viabilidade de implementação na atenção primária.

Quanto à Etapa 4 do MI, os pesquisadores integram as aplicações práticas selecionadas em um programa organizado, definindo escopo, sequência e materiais. As decisões sobre o formato da intervenção seguiram parâmetros de viabilidade da atenção primária, em que a escassez de tempo e de recursos humanos impõe barreiras constantes (Ho et al., 2024).

Assim, definimos um escopo de intervenção em formato grupal que otimiza os recursos profissionais (Ho et al., 2024; Wang et al., 2024), ao mesmo tempo em que favorece a aprendizagem entre pares e o apoio social (Ho et al., 2024; Zu et al., 2024). A duração de 90 a 120 minutos em sessão única resulta da convergência de três parâmetros: a) a janela de tempo efetivamente disponível para atividades coletivas na rotina das unidades de Atenção Primária à Saúde participantes, verificada junto às equipes na fase de avaliação de necessidades (Etapa 1 do MI); b) a duração das sessões grupais no protocolo seminal de Gregg et al. (2007a), aqui adaptado; e c) os parâmetros de viabilidade descritos para intervenções breves em ACT (Strosahl et al., 2012; Dochat et al., 2021). A estrutura segue a lógica do *Hexaflex*: inicia-se pela desesperança criativa (validando o sofrimento e a dificuldade do controle prévio) e avança para a clarificação de valores e a ação comprometida.

Essa configuração alinha-se à literatura que demonstra que intervenções grupais breves e estruturadas alcançam boa aceitabilidade, maior adesão e menores taxas de abandono em comparação com modelos extensos, particularmente em saúde pública e no manejo de condições crônicas (Strosahl et al., 2012; Dochat et al., 2021; Stefanescu et al., 2024). As evidências indicam que protocolos concisos ancorados em princípios transdiagnósticos, como os processos centrais da ACT, mantêm a eficácia clínica ao mesmo tempo em que ampliam a viabilidade de implementação em contextos restritos de tempo e recursos (Strosahl et al., 2012). Ademais, o fluxo padronizado de intervenção e as metáforas/exercícios experienciais promovem a fidelidade ao modelo, reduzem a alta dependência de experiência clínica especializada, favorecem o treinamento de equipes multiprofissionais e apoiam a escalabilidade do protocolo sem comprometer os desfechos comportamentais e psicossociais.

Tabela 2. Operacionalização dos Métodos da ACT no Protocolo MI

Processo ACT (Determinante Alvo)	Método Teórico (Processo de Mudança)	Aplicação Prática (Técnica/Metáfora Específica)	Descrição da Aplicação no Contexto do Diabetes
Aceitação (Alvo: Esquiva Experiencial)	Recontextualização por metáfora: alterar a função dos eventos privados aversivos, de "sinais de perigo" para "parte do percurso de cuidado", promovendo a disposição comportamental.	Metáfora da Bicicleta	Ilustra o paradoxo do controle no autocuidado da DM2: a rigidez excessiva (medo de cair/esquiva) gera instabilidade, enquanto o "inclinar-se para frente" (aceitação do risco/desconforto) permite o equilíbrio e o movimento. O paciente aprende que para manter o controle glicêmico (pedalar) exige aceitar a incerteza inerente à doença.
Ação Comprometida (Alvo: Falta de Engajamento/ Inação)	Compromisso Público e Ativação Comportamental: Utilizar o contrato social e a postura física para aumentar a intenção e facilitar a iniciação da resposta.	Exercício "Levante-se e Comprometa-se"	Um exercício físico e simbólico onde os membros do grupo são convidados a ficar de pé e declarar verbalmente, diante do grupo, o que desejam ser em relação a diabetes e quais ações específicas de autocuidado (metas) irão realizar. O ato físico de levantar-se aumenta o compromisso e rompe com a passividade, vinculando a intenção à ação corporal imediata.
Valores / Desesperança Criativa (Alvo: Motivação Extrínseca/Controle Ineficaz)	Análise da Funcionalidade: Confrontar a ineficácia das estratégias de controle emocional, redirecionando para a ação e a escolha baseadas em valores.	Discussão "Você tem uma Escolha"	Diálogo estruturado que distingue o controle biológico (possível e necessário) do controle emocional (impossível e exaustivo). Ao demonstrar que "lutar contra a DM2" emocionalmente é como tentar "desver" algo; o terapeuta reorienta o paciente para a única variável sob seu controle: a escolha de comportamentos de saúde no presente.
Desfusão Cognitiva (Alvo: Fusão com pensamentos de doença)	Discriminação de Eventos (Interno vs. Externo): Ensinar a se distanciar e observar eventos privados.	Discussão sobre "Lixo no Chão"	Analogia utilizada para diferenciar problemas externos (lixo no chão, que podemos varrer) de problemas internos (pensamentos sobre diabetes, que não somem ao tentar varrê-los). A técnica ensina o paciente a tratar pensamentos catastróficos não como lixo a ser varrido, mas como ruído de fundo que não impede a ação de autocuidado.

Nota: Intervenção baseada nos estudos de Gregg et al., 2007a; 2007b.

As Etapas 5 e 6 do MI abordam, respectivamente, o planejamento da implementação e a sistematização da avaliação do programa. Uma vez que a execução empírica dessas fases excede o escopo analítico deste artigo, os métodos e resultados subsequentes serão apresentados em literatura dedicada. Não obstante, o delineamento de implementação deste protocolo considera as disparidades globais de acesso à saúde mental, alinhando-se às tendências contemporâneas de disseminação da ACT em países de baixa e média renda (Lim et al., 2024).

Para a avaliação futura de eficácia (Etapa 6 do MI), o delineamento proposto estende-se para além dos marcadores biológicos convencionais. Embora a redução da HbA1c permaneça como desfecho clínico primário (Mohr et al., 2022; Genitsaridi et al., 2025), a fundamentação teórica da ACT exige a mensuração de mediadores psicológicos. Assim, o plano de avaliação deve avaliar a flexibilidade psicológica específica ao DM2, que frequentemente medeia as relações entre intervenção comportamental e desfecho metabólico. Por fim, recomenda-se a condução de ensaios clínicos que avaliem não apenas a significância estatística, mas também a validade social e as perspectivas dos pacientes quanto à aceitabilidade das metáforas propostas.

6. Discussão

Este artigo conceitual alcançou seu objetivo primário ao desenvolver uma estrutura teórico-metodológica que integra a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) ao protocolo do Mapeamento de Intervenções (MI) para o manejo da diabetes mellitus tipo 2 (DM2). A trajetória da pesquisa revela que as limitações das abordagens puramente educativas decorrem não da escassez de informação, mas da negligência de determinantes psicológicos funcionais, especificamente a esquivas experiencial e a fusão cognitiva.

Este trabalho contribui ao sistematizar a flexibilidade psicológica (FP) como processo de mudança dentro da matriz lógica do MI. Ao substituir os determinantes cognitivos tradicionais pelos processos do *Hexaflex* na Matriz de Objetivos de Mudança, o protocolo proposto desloca o foco da intervenção do controle sintomático ou cognitivo para a alteração da relação funcional dos pacientes com os eventos privados. Além disso, a operacionalização de construtos teóricos em aplicações práticas tangíveis, como a tradução da aceitação e da ação comprometida em metáforas e exercícios experienciais, enfrenta a lacuna da literatura quanto à replicabilidade de intervenções baseadas em ACT, demonstrando a manutenção da integridade teórica ao mesmo tempo em que atende a critérios de padronização em saúde pública.

Entretanto, é preciso reconhecer as limitações inerentes ao escopo desta pesquisa. Metodologicamente, o artigo concentrou-se no planejamento da intervenção (Etapas 1–4 do MI), excluindo a execução empírica e a avaliação de desfechos clínicos, o que impede, nesta etapa, a verificação da eficácia do formato grupal breve proposto. Adicionalmente, a homogeneidade teórica inicial do modelo exige consideração. O protocolo exclui variáveis intervenientes de comorbidade psiquiátrica grave (transtornos de humor ou de personalidade), e podem requerer adaptações de dosagem terapêutica ou ajustes na flexibilidade das metáforas.

Uma preocupação crítica diz respeito à generalizabilidade transcultural e clínica do protocolo. Uma vez que a fundamentação teórica e as metáforas da ACT derivam predominantemente de matrizes ocidentais, técnicas como a desfusão cognitiva, dependentes de ressonância linguística e simbólica, carecem de validação em populações com baixo letramento em saúde ou em contextos de vulnerabilidade social extrema (Hayes et al., 2021). Evidências de adaptações culturais em intervenções para DM2 voltadas a asiático-americanos mostram que a “adaptação cultural”, incluindo materiais em língua nativa, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) etnicamente compatíveis e alimentos/exercícios locais (e.g., tai chi), melhora a retenção e os desfechos glicêmicos, mas exige fenotipagem de subgrupos étnicos em razão da heterogeneidade (Lim et al., 2024). De modo semelhante, metanálises indicam a eficácia da ACT para o autocuidado na DM2 em contextos asiáticos (e.g., China, Irã), embora a heterogeneidade de formato e de população sugira a necessidade de validação local para processos como aceitação e valores (Wang et al., 2024). Nesses cenários, barreiras sistêmicas e estruturais ao autocuidado podem exceder os processos psicológicos individuais, exigindo cautela na transposição direta do modelo sem adaptações culturais, conforme proposto na Etapa 1 do MI para as necessidades locais. Para mitigar esse aspecto, recomenda-se integrar as disparidades globais da DM2, maior prevalência em países de baixa e média renda, com projeção de 853 milhões de casos até 2050 (International Diabetes Federation, 2025), à Etapa 1 do MI, por meio de avaliações de necessidades locais que incorporem barreiras socioeconômicas e culturais. Estudos futuros de adaptação poderão refinar as metáforas e os processos da ACT para contextos não ocidentais, assegurando a funcionalidade da Matriz de Objetivos de Mudança em populações diversas (Lim et al., 2024; Wang et al., 2024). Essa cautela deve estender-se à dimensão interseccional. Marcadores sociais de diferença não operam de modo aditivo nem isolado: raça, gênero, classe, escolaridade, vínculo de trabalho e território configuram, em sua sobreposição, condições materiais

distintas de acesso e de permanência no cuidado. No contexto brasileiro, mulheres negras e indígenas com DM2, sem vínculo formal de trabalho, acumulam barreiras que a formulação individual de “determinantes psicológicos” não capta, desde a indisponibilidade de tempo para deslocamento até a experiência de discriminação nos serviços de saúde. Um protocolo que promova ação orientada por valores sem reconhecer essas restrições corre o risco de transferir ao paciente a responsabilidade por barreiras de natureza estrutural.

7. Considerações Finais

Esta construção teórica convida à continuidade da investigação científica por meio de delineamentos específicos. Estudos futuros devem priorizar:

- I. Estudos de viabilidade e estudos-piloto que implementem o protocolo desenvolvido na atenção primária para avaliar a aceitabilidade pelos pacientes e a viabilidade organizacional.
- II. Ensaios clínicos randomizados (ECRs) multiculturais que testem a eficácia do protocolo em comparação com o cuidado usual, mensurando autocuidado, FP e desfechos de HbA1c em populações diversas, de modo a validar a funcionalidade da Matriz de Objetivos de Mudança em contextos socioculturais variados. Os ECRs devem adotar delineamentos biopsicossociais que mensurem FP, autocuidado e HbA1c em populações diversas (e.g., países de baixa e média renda), alinhando-se aos avanços da psicologia da saúde que enfatizam perspectivas biopsicossociais e diversidade populacional.
- III. Estudos de adaptação e de viabilidade que refinem as aplicações práticas por meio de pesquisa qualitativa, a fim de assegurar que as metáforas ressoem com os valores locais, além de avaliar a implementação por não especialistas e a viabilidade organizacional.
- IV. Análises de subgrupos e de moderadores que investiguem a eficácia da intervenção em pacientes com DM2 com diferentes perfis de comorbidade psiquiátrica, de modo a identificar os limites de eficácia do formato breve, viabilizando estratificação precisa de risco.
- V. Avaliação de processo e de modalidades de entrega que validem se os mediadores propostos (aceitação, desfusão) de fato impulsionam as melhorias, comparando a eficácia do modelo presencial com adaptações de *mHealth* voltadas à sustentabilidade dos sistemas de saúde.

- VI. Análises interseccionais que examinem a efetividade do protocolo segundo a sobreposição de marcadores sociais de diferença, raça/cor, gênero, escolaridade, renda, vínculo de trabalho e território, com coleta sistemática dessas variáveis nos instrumentos de caracterização da amostra.

Dessa forma, a integração ACT-MI apresentada não apenas oferece aos profissionais de saúde ferramentas replicáveis, como também eleva os padrões metodológicos para o desenvolvimento de intervenções comportamentais em doenças crônicas. Este trabalho deve servir como modelo capaz de aproximar as evidências teóricas da fragmentação da prática clínica no cuidado ao paciente com DM2.

8. Referências

- Abdollahi, S., Hatami, M., Manesh, F., & Askari, P. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the self-care and adherence to treatment in patients with type 2 diabetes. *International Archives of Health Sciences*, 7(2), 78. https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_13_20
- Ahmadi, R., Leilabadi, L., & Salehi, M. (2025). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Behavioral Activation Therapy (BAT) on Quality of Life and Self-Care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 6(4), 1-12. <https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.6.4.4>
- Alho, I., Lappalainen, P., Muotka, J., & Lappalainen, R. (2022). Acceptance and commitment therapy group intervention for adolescents with type 1 diabetes: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 153–161. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.08.002>
- Almulhim, A. N., Hartley, H., Norman, P., Caton, S. J., Doğru, O. C., & Goyder, E. (2023). Behavioural Change Techniques in Health Coaching-Based Interventions for Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Public Health*, 23(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14874-3>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee, ElSayed, N. A., Aleppo, G., Bannuru, R. R., Bruemmer, D., Collins, B. S., Ekhlaspour, L., Hilliard, M. E., Johnson, E. L., Khunti, K., Lingvay, I., Matfin, G., McCoy, R. G., Perry, M. L., Pilla, S. J., Polsky, S., Prahalad, P., Pratley, R. E., Segal, A. R., ... Gabbay, R. A. (2024). 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: *Standards of Care in Diabetes—2024*. *Diabetes Care*, 47(Supplement_1), S11–S19. <https://doi.org/10.2337/dc24-S001>
- Aminuddin, H. B., Jiao, N., Jiang, Y., Hong, J., & Wang, W. (2021). Effectiveness of smartphone-based self-management interventions on self-efficacy, self-care activities, health-related quality of life and clinical outcomes in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 116, 103286. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.003>
- Batool, F., & Mubashir, A. S. (2025). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for type 2 Diabetes. A Systematic Review. *Pakistan Journal of Medical & Cardiological Review*, 4(3), 622-638. <https://doi.org/10.64105/dtw9qw89>
- Bartholomew, L. K. B., Markham, C. M., Ruiter, R. A., Fernández, M. E., Kok, G., & Parcel, G. S. (2016). *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. John Wiley & Sons.
- Bhat, N. A., Muliya, K. P., & Kumar, S. (2020). Psychological aspects of diabetes. *Diabetes*, 8(1), 90-8. <https://www.emjreviews.com/wp-content/uploads/2020/11/Psychological-Aspects-of-Diabetes.pdf>
- Butayeva, J., Ratan, Z. A., Downie, S., & Hosseinzadeh, H. (2023). The impact of health literacy interventions on glycemic control and self-management outcomes among type 2 diabetes

- mellitus: A systematic review. *Journal of Diabetes*, 15(9), 724–735. <https://doi.org/10.1111/1753-0407.13436>
- Chamine, I., Hwang, J., Valenzuela, S., Marino, M., Larson, A. E., Georgescu, J., Latkovic-Taber, M., Angier, H., DeVoe, J. E., & Huguet, N. (2022). Acute and Chronic Diabetes-Related Complications Among Patients With Diabetes Receiving Care in Community Health Centers. *Diabetes Care*, 45(10), e141–e143. <https://doi.org/10.2337/dc22-0420>
- Dochat, C., Wooldridge, J. S., Herbert, M. S., Lee, M. W., & Afari, N. (2021). Single-session acceptance and commitment therapy (ACT) interventions for patients with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 52–69. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.03.003>
- Esmaeilzadeh, S., & Inuwa, A. (2025). An Integrative Review of the Application of Orem's Self-care Nursing Theory on Type II Diabetes Mellitus Patients Self-care: An Integrative Review. *Mediterranean Nursing and Midwifery*. <https://doi.org/10.4274/MNM.2024.24238>
- Fereidooni, G. J., Ghofranipour, F., & Zarei, F. (2024). Interplay of self-care, self-efficacy, and health deviation self-care requisites: A study on type 2 diabetes patients through the lens of Orem's self-care theory. *BMC Primary Care*, 25(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02276-w>
- Fernandez, M. E., Ten Hoor, G. A., Van Lieshout, S., Rodriguez, S. A., Beidas, R. S., Parcel, G., Ruiter, R. A. C., Markham, C. M., & Kok, G. (2019). Implementation Mapping: Using Intervention Mapping to Develop Implementation Strategies. *Frontiers in Public Health*, 7, 158. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00158>
- Genitsaridi, I., Salpea, P., Salim, A., Sajjadi, S. F., Tomic, D., James, S., Thirunavukkarasu, S., Issaka, A., Chen, L., Basit, A., Luk, A. O. Y., Ma, R. C. W., Mbanya, J.-C., Ramachandran, A., Wild, S. H., Duncan, B. B., Boyko, E. J., & Magliano, D. J. (2025). 11th edition of the IDF Diabetes Atlas: Global, regional, and national diabetes prevalence estimates for 2024 and projections for 2050. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, S2213858725002992. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(25\)00299-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00299-2)
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007a). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.336>
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., & Hayes, S. C. (2007b). *The diabetes lifestyle book: Facing your fears and making changes for a long and healthy life*. New Harbinger Publications.
- Halliday, J. A., Speight, J., Russell-Green, S., O, E., Hagger, V., Morris, A., Sturt, J., & Hendrieckx, C. (2021). Developing a novel diabetes distress e-learning program for diabetes educators: An intervention mapping approach. *Translational Behavioral Medicine*, 11(6), 1264–1273. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa144>

- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175–190. <https://doi.org/10.1007/BF03391944>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente*. (2ª ed.) Artmed.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021). “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry*, 20(3), 363–375. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- Hayes, S. C., & King, G. A. (2024). Acceptance and commitment therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100809. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>
- Herbert, T., Malone, M., Rhind, N., & Cooper, K. (2025). Intervention mapping in the development of health promotion interventions for adults with chronic conditions: a scoping review. *JBME Evidence Synthesis*, 23(11), 2236–2291. [10.1016/j.jphysio.2025.101559](https://doi.org/10.1016/j.jphysio.2025.101559)
- Ho, J. K. Y., Williams, K., & Knight, G. (2024). Naturalistic outcomes from a service evaluation of individual acceptance and commitment informed therapy for people with Type 1 and Type 2 diabetes mellitus in Croydon, South London. *The Cognitive Behaviour Therapist*. <https://doi.org/10.1017/S1754470X24000461>
- Hofmann, S. G., Hayes, S.C. & Lorscheid, D.N. (2023). *Aprendendo a terapia baseada em processos: treinamento de habilidades para a mudança psicológica na prática clínica*. Artmed.
- Hyvert, S., Yailian, A. L., Haesebaert, J., Vignot, E., Chapurlat, R., Dussart, C., ... & Janoly-Dumenil, A. (2023). Association between health literacy and medication adherence in chronic diseases: a recent systematic review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 45(1), 38–51. <https://doi.org/10.1007/s11096-022-01470-z>
- International Diabetes Federation. (2025). *IDF Diabetes Atlas 11th Edition* (11th ed.). International Diabetes Federation. <https://diabetesatlas.org>
- Kılıç, A., Hudson, J., Scott, W., McCracken, L. M., Hackett, R. A., & Hughes, L. D. (2023). An online acceptance, commitment, and self-compassion based treatment to decrease psychological distress in people with type 2 diabetes: A feasibility randomised-controlled trial. *Internet Interventions*. <https://doi.org/10.1016/J.INVENT.2023.100658>
- Kirchner, L. F., Ruiz, P. H., & Castro, E. K., Martins, C. S., Lima, A. N., Abreu Junior, D. C., Trindade, I., Paião, I. M., & Feitosa, S. R. (2025). Aplicação da Terapia de Aceitação e Compromisso para diabetes tipo 2 na atenção primária à saúde [Unpublished research project]. Dom Bosco Catholic University.
- Kok, G., Gottlieb, N. H., Peters, G.-J. Y., Mullen, P. D., Parcel, G. S., Ruiter, R. A. C., Fernández, M. E., Markham, C., & Bartholomew, L. K. (2016). A taxonomy of behaviour change

- methods: An Intervention Mapping approach. *Health Psychology Review*, 10(3), 297–312. <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1077155>
- Lim, R. G., Voon, S. P., Yahya, F., Mohamad, F. S., & Ahmi, A. (2024). Global and LMIC insights into Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A bibliometric study from 1998 to 2023. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100796. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100796>
- Lipsett, M., & Berkman, E. (2025). A randomized controlled trial of an acceptance and commitment therapy-informed diabetes prevention program reduces body shame and distress. *Health Psychology*, 44(5), 549. <https://doi.org/10.1037/hea0001434>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2022). *Aprendendo ACT: manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas*. (2ª ed.) Sinopsys Editora.
- Maor, M., Zukerman, G., Amit, N., Richard, T., & Ben-Itzhak, S. (2022). Psychological well-being and adjustment among type 2 diabetes patients: The role of psychological flexibility. *Psychology, Health & Medicine*, 27(7), 1456–1467. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1887500>
- Mirzaei-Alavijeh, M., Jalilian, F., Fattahi, M. R., Vaezi, M., & Mahboubi, M. (2021). Determinants of Hypertension Self-management Behaviors: An Application of the Intervention Mapping Approach. *Health Scope*. <https://doi.org/10.5812/JHEALTHSCOPE.112994>
- Mohr, D. C., Zhang, L., Prentice, J. C., Nelson, R. E., Li, D., Pleasants, E., & Conlin, P. R. (2022). Association of hemoglobin A1c time in range with risk for diabetes complications. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 10(4), e002738. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2021-002738>
- Mokaya, M., Kyallo, F., Vangoitsenhoven, R., & Matthys, C. (2022). Clinical and patient-centered implementation outcomes of mHealth interventions for type 2 diabetes in low-and-middle income countries: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 19(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01238-0>
- Moravejosharieh, Z., & Dasht Bozorgi, Z. (2025). Acceptance and Commitment Therapy for Diabetes: Enhancing Self-Care and Coping Strategies. *Hospital Practices and Research*, 10(1). <https://doi.org/10.30491/hpr.2025.498629.1465>
- Motevalli, S., Salahshour, H. M., & Bailey, R. P. (2023). The mediating role of cognitive flexibility in the relationship between cognitive emotion regulation strategies and mindfulness in patients with type 2 diabetes. *Journal of Affective Disorders*, 339, 676–682. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.043>
- Mozafarinia, M., Mate, K. K. V., Brouillette, M.-J., Fellows, L. K., Knäuper, B., & Mayo, N. E. (2024). An umbrella review of the literature on the effectiveness of goal setting interventions in improving health outcomes in chronic conditions. *Disability and Rehabilitation*, 46(4), 618–628. <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2170475>

- Nes, A. A. G., Van Dulmen, S., Brembo, E. A., & Eide, H. (2018). An mHealth Intervention for Persons with Diabetes Type 2 Based on Acceptance and Commitment Therapy Principles: Examining Treatment Fidelity. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(7), e151. <https://doi.org/10.2196/mhealth.9942>
- Ngan, H. Y., Chong, Y. Y., Loo, K. M., & Chien, W. T. (2023). Preliminary efficacy of an acceptance-based diabetes education (ACT-DE) programme for people with type 2 diabetes on diabetes distress and self-care behaviours: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 30, 50–60. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.09.002>
- Parmar, J., El Masri, A., MacMillan, F., McCaffery, K., & Arora, A. (2025). Health literacy and medication adherence in adults from ethnic minority backgrounds with Type 2 Diabetes Mellitus: A systematic review. *BMC Public Health*, 25(1), 222. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20734-z>
- Porth, A.-K., Seidler, Y., Long, P. A., Huberts, A. S., Hamilton, K., Stamm, T., & Kautzky-Willer, A. (2024). Monitoring what matters to people with diabetes: Do we underestimate the importance of behaviour, attitude, and well-being? *Patient Education and Counseling*, 128, 108377. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108377>
- Riddle, M. C., Cefalu, W. T., Evans, P. H., Gerstein, H. C., Nauck, M. A., Oh, W. K., Rothberg, A. E., Le Roux, C. W., Rubino, F., Schauer, P., Taylor, R., & Twenefour, D. (2021). Consensus Report: Definition and Interpretation of Remission in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 44(10), 2438–2444. <https://doi.org/10.2337/dci21-0034>
- Rietz, M., Lehr, A., Mino, E., Lang, A., Szczerba, E., Schiemann, T., Herder, C., Saatmann, N., Geidl, W., Barbaresco, J., Neuenschwander, M., & Schlesinger, S. (2022). Physical Activity and Risk of Major Diabetes-Related Complications in Individuals With Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Diabetes Care*, 45(12), 3101–3111. <https://doi.org/10.2337/dc22-0886>
- Sakamoto, R., Yoichi Ohtake, Ohtake, Y., Yuki Kataoka, Kataoka, Y., Yoshinobu Matsuda, Matsuda, Y., Takehisa Hata, Hata, T., Jun Otonari, Otonari, J., Akira Yamane, Akira Yamane, Hiromichi Matsuoka, Matsuoka, H., Kazuhiro Yoshiuchi, & Yoshiuchi, K. (2021). Efficacy of acceptance and commitment therapy for people with type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes Investigation*. <https://doi.org/10.1111/jdi.13658>
- Ruiz, P. H. G. de M., Abreu Junior, D. de C. de, & Kirchner, L. de F. (2025). Terapia de Aceitação e Compromisso para pessoas com diabetes tipo 2: Uma revisão sistemática. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 2025: Volume Especial sobre Terapia de Aceitação e Compromisso, 504–518. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.02447>
- Schrader, S., Perfilyev, A., Ahlqvist, E., Groop, L., Vaag, A., Martinell, M., García-Calzón, S., & Ling, C. (2022). Novel Subgroups of Type 2 Diabetes Display Different Epigenetic Patterns That Associate With Future Diabetic Complications. *Diabetes Care*, 45(7), 1621–1630. <https://doi.org/10.2337/dc21-2489>

- Song, Y., Beltran Puerta, J., Medina-Aedo, M., Canelo-Aybar, C., Valli, C., Ballester, M., Rocha, C., Garcia, M. L., Salas-Gama, K., Kaloteraki, C., Santero, M., Niño De Guzmán, E., Spoiala, C., Gurung, P., Willemen, F., Cools, I., Bleeker, J., Poortvliet, R., Laure, T., ... Heijmans, M. (2023). Self-Management Interventions for Adults Living with Type II Diabetes to Improve Patient-Important Outcomes: An Evidence Map. *Healthcare*, 11(24), 3156. <https://doi.org/10.3390/healthcare11243156>
- Stefanescu, C., Tatu, A. L., Nechita, A., Iacob, C. I., Secara, E., Nicolescu, S., & Huiu, G. A. (2024). Brief online acceptance and commitment therapy for adults with type 1 diabetes: A pilot study. *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare*, 5, 1378946. <https://doi.org/10.3389/fcdhc.2024.1378946>
- Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Van Agteren, J., Iasiello, M., Ali, K., Fassnacht, D. B., Furber, G., Woodyatt, L., Howard, A., & Kyrios, M. (2021). Using the Intervention Mapping Approach to Develop a Mental Health Intervention: A Case Study on Improving the Reporting Standards for Developing Psychological Interventions. *Frontiers in Psychology*, 12, 648678. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.648678>
- Van Den Bekerom, L., Van Gestel, L. C., Schoones, J. W., Bussemaker, J., & Adriaanse, M. A. (2024). Health behavior interventions among people with lower socio-economic position: A scoping review of behavior change techniques and effectiveness. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 12(1), 2365931. <https://doi.org/10.1080/21642850.2024.2365931>
- Wang, M., Liu, Q., Zhu, Z., Guo, X., Hu, X., & Cheng, L. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in people with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 21(4), 454–466. <https://doi.org/10.1111/wvn.12719>
- Wang, C., Zheng, Y., Wang, X., Wang, M., & Yang, X. (2025). Psychological Flexibility and Diabetes Self-Management: The Mediating Roles of Depressive Symptoms and Self-Efficacy. *Western Journal of Nursing Research*, 47(8): 698-707. [10.1177/01939459251336042](https://doi.org/10.1177/01939459251336042)
- World Health Organization. (2019). *Classification of diabetes mellitus - 2019*.
- World Health Organization. (2024). *Guidance on global monitoring for diabetes prevention and control: framework, indicators and application*. Geneva.
- Zandi, A., DinpanahKhoshdarehgi, H., Madahi, M., & Jomehri, F. (2023). Comparing the Effect of Acceptance and Commitment Therapy and Reality Therapy on Hemoglobin A1c in Type 2 Diabetic Patients. *International Journal of Behavioral Sciences*, 16(4). <https://doi.org/10.30491/ijbs.2023.365143.1863>
- Zhang, C.-Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P.-K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for Health Behavior Change: A Contextually-

Driven Approach. *Frontiers in Psychology*, 8, 2350.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>

Zu, W., Li, F., Ma, X., Zhang, S., Nie, W., & Wang, L. (2024). Exploring the interconnectedness of depression, anxiety, diabetes distress, and related psychosocial factors in adults with type 2 diabetes: A network analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 34, 100843. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100843>

ARTIGO 2

**DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE INTERVENÇÃO BREVE
BASEADO NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO PARA
PESSOAS COM DIABETES TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

RESUMO

Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) exige do paciente engajamento contínuo em práticas de autocuidado, cujo êxito depende também de processos emocionais e cognitivos. A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) mostra-se pertinente nesse cenário porque opera sobre a flexibilidade psicológica e sobre a função dos comportamentos de esquiva. Os protocolos tradicionais da ACT, compostos por múltiplas sessões, são pouco exequíveis na Atenção Primária à Saúde (APS), marcada por alta demanda populacional e tempo de consulta restrito. Diante dessa lacuna, este estudo teórico-propositivo apresenta um modelo de intervenção breve, de sessão única, fundamentado na ACT e dirigido ao manejo comportamental e à promoção do autocuidado de pacientes com DM2 na APS. A construção do modelo seguiu duas etapas metodológicas complementares: uma revisão narrativa da literatura sobre intervenções breves em ACT aplicadas a diabetes e no protocolo seminal de Gregg et al. (2007a;2007b). O resultado é uma sessão grupal estruturada, com duração estimada entre 90 e 120 minutos, organizada em quatro blocos sequenciais. O primeiro, Apresentação, dirige-se à identificação de valores pessoais e à escolha ativa pelo cuidado; o segundo, Abertura, à aceitação de emoções aversivas e à defusão cognitiva; o terceiro, Engajamento, à ação comprometida com base em valores pessoais; e o quarto, Fechamento, ao registro do retorno dos participantes. O modelo transpõe metáforas e exercícios para o repertório da população atendida na APS brasileira e substitui as estratégias motivacionais baseadas no medo por um engajamento orientado por valores enunciados pelo próprio paciente. Conclui-se que a adaptação da ACT a um formato breve e contextualizado oferece uma ferramenta assistencial pragmática, passível de integração aos fluxos do Sistema Único de Saúde (SUS). Por se tratar de estudo teórico, são necessárias pesquisas empíricas, como estudos de viabilidade e ensaios clínicos controlados, que verifiquem a aceitabilidade, a compreensão cultural das metáforas e o impacto do protocolo sobre indicadores clínicos.

Palavras-chave: Terapia de Aceitação e Compromisso; Diabetes Mellitus tipo 2; Autocuidado; Atenção Primária à Saúde; Intervenção Breve.

ABSTRACT

Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) requires continuous patient engagement in self-care practices, the success of which also depends on emotional and cognitive processes. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is relevant in this context because it targets psychological flexibility and the function of avoidance behaviors. Traditional ACT protocols, composed of multiple sessions, are often unfeasible in Primary Health Care (PHC), which is marked by high population demand and limited consultation time. To address this gap, this theoretical-propositional study presents a brief, single-session intervention model grounded in ACT and aimed at behavioral management and self-care promotion among patients with T2DM in PHC. The model was built in two complementary methodological stages: a narrative review of the literature on brief ACT interventions for diabetes and the adaptation of the seminal protocol by Gregg et al. (2007a). The result is a structured group session, with an estimated duration of 90 to 120 minutes, organized into four sequential blocks. The first, Presentation, addresses the identification of personal values and the active choice for self-care; the second, Opening, addresses acceptance of aversive emotions and cognitive defusion; the third, Engagement, addresses committed action based on personal values; and the fourth, Closing, collects participant feedback. The model adapts metaphors and exercises to the repertoire of the population served in Brazilian PHC and replaces fear-based motivational strategies with

engagement guided by values stated by the patients themselves. Adapting ACT to a brief, contextualized format offers a pragmatic care tool that can be integrated into the workflows of Brazil's Unified Health System (SUS). Because this is a theoretical study, empirical research is still needed, such as feasibility studies and controlled clinical trials, to assess acceptability, the cultural understanding of the metaphors, and the protocol's impact on clinical indicators.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; Type 2 Diabetes Mellitus; Self-care; Primary Health Care; Brief Intervention.

1. Introdução

Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) constitui um problema de saúde pública global, com aumento da incidência, da mortalidade e dos anos vividos com incapacidade (International Diabetes Federation [IDF], 2025). Por se tratar de uma condição crônica, seu manejo clínico padrão envolve um conjunto de práticas voltadas ao controle metabólico e à prevenção de complicações, incluindo monitorização regular de parâmetros como hemoglobina glicada (HbA1c), pressão arterial e função renal, tratamento farmacológico, rastreamento de complicações micro- e macrovasculares e acompanhamento multidisciplinar por profissionais de medicina, enfermagem, nutrição e psicologia (American Diabetes Association Professional Practice Committee et al., 2024).

No Brasil, estima-se que cerca de 16,6 milhões de adultos de 20 a 79 anos vivam com diabetes, o que corresponde a uma prevalência de 10,6% nessa faixa etária. Como o DM2 responde por mais de 90% dos casos (IDF, 2025), a condição alcança cerca de 15 milhões de adultos brasileiros. O acompanhamento dessas pessoas ocorre prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com frequência por meio de atividades coletivas, como os grupos de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes vinculados ao Programa Hiperdia. Essa população é heterogênea quanto à situação clínica, à escolaridade e às condições de vida (Brasil, Ministério da Saúde, 2013). O modelo aqui proposto dirige-se, dentro dela, aos adultos com DM2 acompanhados na APS que apresentam sofrimento emocional relacionado ao convívio com a doença e às exigências do autocuidado; os critérios de indicação e de encaminhamento são detalhados na seção 4.2.

Contudo, esse cuidado não se limita às condutas clínicas instituídas, pois exige do paciente engajamento diário e contínuo em práticas de autocuidado, como monitorar a glicemia, adequar a alimentação, praticar atividade física regularmente e cuidar dos pés, ações fundamentais para prevenir complicações, favorecer a qualidade de vida e a estabilidade metabólica (Amerzadeh et al., 2024; American Diabetes Association

Professional Practice Committee et al., 2025). Os resultados do tratamento dependem não somente do tratamento medicamentoso e da dieta, mas também das condições sob as quais essas práticas são executadas no cotidiano, entre elas a disponibilidade de insumos, o custo de resposta das tarefas, o repertório verbal do paciente a respeito da doença (isto é, o que ele sabe descrever sobre a própria condição e seu tratamento), o apoio social e familiar à rotina de cuidados (Hao et al., 2025; León-Hernández et al., 2023).

Em consonância, as diretrizes para o tratamento da diabetes recomendam a integração de intervenções psicossociais ao manejo clínico padrão, reconhecendo que o sofrimento emocional deve ser abordado de forma articulada às demandas médicas (American Diabetes Association Professional Practice Committee et al., 2024). Essas intervenções abrangem estratégias voltadas tanto a fatores psicológicos, como emoções, pensamentos e comportamentos, quanto a fatores sociais, incluindo apoio familiar, recursos comunitários e estigma, todos reconhecidos como influências relevantes sobre o autocuidado e o controle da DM2. Tais intervenções têm como propósito reduzir o sofrimento emocional, fortalecer a adesão terapêutica, ampliar redes de apoio e favorecer práticas consistentes de autocuidado (Bhat et al., 2020; Gonzalez et al., 2016). Entre essas intervenções, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) destaca-se por não tomar como alvo a eliminação do sofrimento, mas a relação entre o sofrimento e a execução das tarefas de autocuidado, o que a torna pertinente às equipes que acompanham pacientes com DM2.

Ao contrário de abordagens que visam modificar diretamente o conteúdo cognitivo (e.g., reestruturar o pensamento “vou falhar com a dieta”), a ACT opera sobre a função do comportamento. Flexibilidade psicológica, aqui, não designa uma capacidade do indivíduo, mas um padrão de responder no qual a execução de uma ação permanece sob controle das consequências de longo prazo formuladas pelo próprio paciente, ainda que ocorra na presença de pensamentos e emoções que antes ocasionavam sua interrupção (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022).

A função de um comportamento é definida pela consequência que sua ocorrência produz, e não por sua topografia (Moreira & Medeiros, 2019). Na DM2, duas classes de consequências mantêm comportamentos que concorrem com o autocuidado. Na primeira, o comportamento remove uma estimulação aversiva já presente ou adia sua ocorrência, sendo mantido por reforçamento negativo. Por exemplo, adiar a medição da glicemia capilar evita a dor da punção e o contato com um possível resultado glicêmico indesejado. Na segunda, o comportamento é mantido por reforçamento positivo: ingerir alimentos

ricos em carboidratos produz efeito palatável imediato, muitas vezes em contextos sociais (e.g., festas, refeições em grupo, encontros familiares) nos quais comer é também reforçado socialmente (e.g., pela inclusão e pelo pertencimento ao grupo). Em ambas as condições, a consequência que mantém o padrão é imediata e certa (Sarafino, 2020), ao passo que as consequências favoráveis do autocuidado sobre a saúde são atrasadas em meses ou anos e clinicamente silenciosas.

Se o que sustenta esses padrões é essa diferença entre consequências imediatas e consequências atrasadas, e não a veracidade dos pensamentos que os acompanham (Hayes et al., 2021), a intervenção não precisa tornar esses pensamentos mais ou menos verdadeiros, nem eliminar o desconforto ou o prazer envolvido (Zhang et al., 2018). Em vez disso, a ACT atua sobre o contexto em que essas consequências operam, com um objetivo diferente para cada classe. No caso do reforçamento negativo, busca que os comportamentos de autocuidado ocorram mesmo na presença do desconforto que antes levava a adiá-los. No caso do reforçamento positivo, busca que consequências verbais formuladas pelo próprio participante, relacionadas ao que ele valoriza, acompanhem a execução da tarefa e reduzam funcionalmente o atraso entre a ação e seus benefícios (Hayes et al., 2021; Zhang et al., 2018).

Considere-se o seguinte caso clínico ilustrativo: uma paciente que havia planejado preparar refeições saudáveis durante a semana recorre, ao fim de um dia cansativo, a alimentos de preparo rápido e alta densidade calórica (*fast food*). Ela relata frustração e formula o pensamento “vou falhar com a dieta”. Duas consequências, que operam simultaneamente, podem manter esse padrão: (1) abandonar o plano remove de imediato o esforço de executá-lo e a frustração de não conseguir cumpri-lo (reforçamento negativo); e (2) o alimento consumido produz efeito palatável igualmente imediato (reforçamento positivo). Trata-se, portanto, de um padrão que não se reduz à esquiva.

Nesse caso, o terapeuta conduz a paciente a descrever o que ocorre nessas ocasiões, o que antecede a desistência, o que ela faz e o que se segue. Em seguida, ele a ajuda a identificar o que lhe é importante (e.g., estar bem para participar da rotina da família). Só a partir desse valor estabelece-se com ela um compromisso específico e verificável, como preparar o jantar três vezes na semana, enunciado ao final da sessão.

Com isso, o preparo das refeições passa a ser descrito pela própria paciente como parte daquilo que ela valoriza (e.g., preparar o jantar é uma forma de estar bem para a minha família). Essa descrição acompanha a ação no momento em que ela ocorre e lhe confere um sentido imediato, ainda que o benefício metabólico só apareça meses depois.

Assim, a frustração e a vontade de comer algo pronto podem continuar presentes, mas deixam de determinar, sozinhas, se a tarefa será feita.

Embora a ACT disponha de evidências de eficácia (Sakamoto et al., 2021; Wang et al., 2024), a transposição de seus construtos teóricos para a prática diária exige adaptações contínuas, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Caracterizada por alta demanda populacional, tempo de consulta restrito, infraestrutura limitada e grande heterogeneidade clínica (Brasil, Ministério da Saúde, 2013; Shrestha et al., 2022), a APS distancia-se da realidade das intervenções psicoterápicas tradicionais. Protocolos conduzidos em contextos especializados, com múltiplas sessões e amostras altamente selecionadas, não refletem a dinâmica dos serviços de base comunitária e enfrentam taxas relevantes de abandono (Hanevik et al., 2023; Giber et al., 2026). Torna-se necessário, portanto, desenvolver intervenções breves, estruturadas e flexíveis, capazes de integrar processos emocionais e comportamentais ao fluxo assistencial da saúde pública.

No contexto da DM2, intervenções baseadas em ACT já foram descritas em diferentes formatos (Gregg et al., 2007a; Lipsett & Berkman, 2025; Stefanescu et al., 2024; Whitehead et al., 2017). Contudo, a literatura concentra-se majoritariamente na avaliação de eficácia dessas intervenções, oferecendo pouca descrição operacional dos procedimentos clínicos aplicados. A escassez de protocolos detalhados, que explicitem a sequência terapêutica, as instruções para manejo profissional, os exercícios experienciais e os critérios de adaptação à APS, dificulta tanto a replicação científica quanto a implementação de tais procedimentos em larga escala.

Diante dessa lacuna, este estudo teórico-propositivo apresenta um modelo de intervenção de sessão única baseado em ACT, construído a partir de revisão narrativa da literatura e no protocolo de Gregg et al. (2007a, 2007b). Sua contribuição é sistematizar esse protocolo para um novo contexto assistencial e cultural em modelo passível de replicação, e não propor mecanismo terapêutico inédito nem avaliar eficácia, o que caberá a investigações empíricas futuras.

O texto está organizado em quatro seções, além desta introdução. A seção 2 reúne as considerações teóricas acerca da intervenção: descreve como a fusão cognitiva e a esquivas experienciais participam das barreiras ao autocuidado na DM2 e define os processos da ACT mobilizados pelo modelo (2.1), sintetiza a revisão narrativa das intervenções breves em ACT aplicadas a diabetes, apresentada na Tabela 1 (2.2), e demonstra a construção do protocolo para o contexto da APS (2.3). A seção 3 descreve, passo a passo, os objetivos, os materiais e os procedimentos da sessão única, organizada

em quatro blocos: Apresentação, Abertura, Engajamento e Fechamento. A seção 4 reúne considerações importantes acerca da intervenção, a breve experiência de campo que a fundamentou e as dificuldades previstas, as recomendações para sua implementação na APS e a síntese das adaptações, com a agenda de pesquisa para sua avaliação empírica.

2. Considerações teóricas acerca da intervenção

2.1 Fusão cognitiva e esquiva experiencial no manejo da DM2

O diagnóstico da DM2 e a exigência ininterrupta de um regime de autocuidado eliciam sofrimento psicológico em parte considerável dos pacientes. Esse sofrimento, manifestado por meio de emoções como medo, angústia, sensação de sobrecarga e pensamentos de falta de controle, contribui para um pior controle glicêmico (Gregg et al., 2007a; Ngan et al., 2023). Na prática da APS, o baixo autocuidado ainda é frequentemente atribuído a déficit de conhecimento ou falta de força de vontade, leitura que as próprias diretrizes recomendam superar (Brasil, Ministério da Saúde, 2013). Sob a ótica da ACT, entretanto, essas dificuldades descrevem um padrão de responder mantido por uma contingência identificável. Esse padrão, cuja análise funcional foi apresentada na Introdução, é descrito na ACT por meio de dois processos, a fusão cognitiva e a esquiva experiencial, que nomeiam classes de resposta participantes do padrão, e não suas causas. Esta seção descreve as particularidades que esses processos assumem na DM2.

A ameaça persistente de complicações de longo prazo (e.g., retinopatia e neuropatia) gera, na pessoa com DM2, emoções aversivas, como a preocupação frequente (Roberts et al., 2025). Nesse contexto, a fusão cognitiva designa o padrão em que formulações verbais catastróficas ou avaliações negativas passam a exercer controle predominante sobre a ação, em detrimento das consequências diretas e das consequências de longo prazo (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022). Assim, quando formulações como “o remédio faz mais mal que bem” passam a ocasionar sistematicamente o adiamento da aplicação de insulina, seguido de alívio imediato, o padrão se mantém independentemente da informação clínica de que o paciente dispõe.

A esquiva experiencial, por sua vez, corresponde, no vocabulário da ACT, ao padrão mantido por reforçamento negativo descrito na Introdução (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022), com uma particularidade na DM2, a estimulação evitada não é apenas verbal ou emocional. Além da frustração com as restrições impostas ao estilo de vida e do desconforto que o assunto da doença ocasiona, as próprias tarefas de manejo produzem custos físicos diretos, como a dor da punção repetida, a dor das aplicações

subcutâneas de insulina e os efeitos adversos do tratamento farmacológico, entre eles o desconforto gastrointestinal associado ao início do uso de metformina. Somam-se a esses os custos práticos de execução, que envolvem tempo, deslocamento à unidade, disponibilidade de insumos, planejamento e preparo das refeições.

Os episódios de hipoglicemia em pacientes em uso de insulina constituem caso particular e de especial relevância clínica, pois a consequência aversiva segue-se à execução adequada do regime e pune o desempenho que se pretende estabelecer. A esquiva subsequente, expressa em subdosagem deliberada, em consumo adicional de carboidratos ou na manutenção da glicemia em faixas mais altas do que a recomendada, não decorre de fusão com pensamentos catastróficos, mas de uma contingência direta de punição, e associa-se a pior controle metabólico (Przezak et al., 2022; Wild et al., 2007). Nas demais formas de esquiva descritas, como deixar de aferir a glicemia, adiar a insulina, interromper a medicação ou deixar de planejar a refeição, opera o reforçamento negativo já descrito, e cada omissão subtrai um dos comportamentos que mantêm a glicemia na faixa-alvo. O que deteriora o controle metabólico não é a emoção nem a tentativa de suprimi-la, mas a redução acumulada na frequência das tarefas de manejo, expressa na elevação sustentada da HbA1c e no consequente risco de complicações (Wang et al., 2024). Porém, cabe uma delimitação de escopo, uma vez que parte desses custos é passível de manejo clínico, e não psicológico. O ajuste de dose ou a troca de classe farmacológica reduzem efeitos adversos. A intervenção psicológica opera sobre a execução das tarefas na presença dos custos que permanecem após esse ajuste e não substitui a avaliação médica, que deve ser acionada sempre que o relato do participante indicar efeitos adversos ou episódios recorrentes de hipoglicemia (American Diabetes Association Professional Practice Committee et al., 2025; Przezak et al., 2022).

Os quatro processos que o modelo de intervenção mobiliza diretamente podem ser descritos em termos funcionais. A aceitação corresponde ao contato com eventos privados aversivos (emoções, sensações e pensamentos) sem que esse contato seja seguido de respostas de fuga ou esquiva que interrompam a tarefa em curso. A defusão cognitiva designa procedimentos que reduzem o controle exercido pelas funções literais de formulações verbais (e.g., "não adianta me cuidar") sobre a ação, sem que seja necessário alterar sua forma ou sua frequência (Assaz et al., 2023; Hayes et al., 2021). Os valores são descrições verbais, formuladas pelo próprio indivíduo, de consequências de longo prazo que ele considera importantes (Zhang et al., 2018; Hayes et al., 2021). A ação comprometida, por fim, consiste em padrões de comportamento especificados quanto à

ação, à frequência e à ocasião, emitidos em direção a esses valores, inclusive na presença de eventos privados aversivos (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022). No protocolo, a ação comprometida é acompanhada de enunciação pública, o que acrescenta uma contingência social à execução, a declaração diante do grupo torna o compromisso observável e verificável por terceiros. Metáforas e exercícios experienciais são os procedimentos por meio dos quais esses processos são estabelecidos em sessão, uma vez que permitem transferir para a situação do paciente relações aprendidas em domínios familiares (Törneke, 2017).

Em contraposição a essas barreiras, a ACT busca ampliar a FP, no sentido definido na Introdução (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022). A questão que orienta a próxima subseção é se esse objetivo pode ser alcançado em formatos breves, compatíveis com a rotina da APS.

2.2 Intervenções breves em ACT aplicadas a diabetes: estudos empíricos

A primeira etapa de construção do modelo consistiu em uma revisão narrativa da literatura, de finalidade construtiva, e não avaliativa, pois não buscou estimar a eficácia da ACT, já examinada em revisões anteriores (Sakamoto et al., 2021; Wang et al., 2024), mas mapear os componentes e os procedimentos clínicos empregados em formatos breves. A busca foi realizada nas bases PubMed, PsycINFO e Scopus, com os descritores *Acceptance and Commitment Therapy*, *diabetes*, *brief intervention* e *psychological intervention*, além de seus equivalentes em português. Foram incluídos estudos publicados até 2025 que descrevessem suas intervenções como “breves”, fossem baseados em ACT e envolvessem adultos com diabetes tipo 1 (DM1), DM2 ou em risco de desenvolver DM2. Os estudos incluídos foram analisados quanto ao contexto de aplicação, ao formato, à duração, aos processos centrais da ACT enfatizados e aos procedimentos clínicos adotados (Tabela 1).

Tabela 1. Características das intervenções breves baseadas na ACT aplicadas a populações com diabetes

Autor (Ano)	Contexto, formato e duração	Componentes da ACT abordados	Procedimentos e estratégias clínicas
Gregg et al. (2007a)	<p>Contexto: Adultos com Diabetes Tipo 2 em centro de saúde comunitário de baixa renda.</p> <p>Formato: Workshop educacional em grupo presencial.</p> <p>Tempo: 1 dia (aprox. 7h), com acompanhamento (<i>follow-up</i>) aos 3 meses.</p>	<p>Aceitação</p> <p>Contato com o Momento Presente</p> <p>Desfusão Cognitiva</p> <p>Valores</p> <p>Ação comprometida</p>	Ensino de estratégias para vivenciar emoções, em oposição à esquiva experiencial. Exercícios de desfusão focados no distanciamento do processo de pensar. Conexão direta entre valores pessoais e ações de manejo e autocuidado em DM2.
Whitehead et al. (2017)	<p>Contexto: Adultos com Diabetes Tipo 2 e controle glicêmico inadequado (HbA1c > 7% há ≥ 12 meses) em centro de saúde comunitário.</p> <p>Formato: Workshop em grupo facilitado por enfermeiro de saúde mental.</p> <p>Tempo: 1 dia (7,5h), com avaliações no início, aos 3 e aos 6 meses.</p>	<p>Aceitação</p> <p>Contato com o Momento Presente</p> <p>Valores</p> <p>Ação comprometida</p>	Uso de material de apoio estruturado (apostilas, apresentações visuais). Exercícios práticos de observação plena (<i>mindfulness</i>) voltados aos sentimentos negativos e barreiras relacionadas a DM2.
Stefanescu et al. (2024)	<p>Contexto: Adultos com Diabetes Tipo 1 recrutados via redes sociais e grupos online romenos.</p> <p>Formato: Sessões individuais síncronas (online via Zoom).</p> <p>Tempo: 4 semanas (1 sessão semanal de 45 minutos).</p>	<p>Aceitação</p> <p>Desfusão Cognitiva</p> <p>Valores</p> <p>Contato com o Momento Presente</p> <p>Self-como-contexto</p> <p>Ação comprometida</p>	Uso de metáforas da ACT (e.g., "nuvens no céu", "folhas no lago"). Prática de ancoragem ("lançar a âncora") para regulação da ansiedade. Utilização do modelo "Ponto de Escolha" (<i>Choice Point</i>) para mapeamento de comportamentos alinhados aos valores. Uso da linguagem como desfusão e exercícios somáticos/respiratórios.
Lipsett e Berkman (2025)	<p>Contexto: Adultos com alto risco de desenvolver Diabetes Tipo 2 (pré-diabetes) recrutados por meio de plataforma online de trabalho por <i>crowdsourcing</i> (<i>Amazon's Mechanical Turk/CloudResearch</i>).</p> <p>Formato: Intervenção digital/virtual assíncrona individual.</p> <p>Tempo: Sessão única (aprox. 45 minutos).</p>	<p>Aceitação</p> <p>Contato com o Momento Presente</p> <p>Valores</p> <p>Ação comprometida</p>	Utilização de vídeos interativos e apostilas digitais. Emprego de linguagem contramoralizadora (descentralizando o foco do peso e tamanho corporal). Exercícios de clarificação de valores para guiar escolhas e estratégias de enfrentamento.

A análise dos procedimentos e das estratégias descritos nos estudos reunidos na Tabela 1 revela aspectos metodológicos relevantes da aplicação do modelo da ACT a populações com diabetes. Embora todos compartilhem os fundamentos teóricos centrados na FP, a operacionalização clínica diverge quanto ao objetivo, ao formato, ao foco de atuação e às táticas empregadas.

O estudo seminal de Gregg et al. (2007a) foi conduzido em um centro de saúde comunitário de baixa renda nos Estados Unidos e teve por objetivo verificar se o acréscimo de componentes da ACT à educação em diabetes melhoraria o autocuidado e o controle glicêmico de adultos com DM2. A intervenção foi estruturada em um workshop intensivo de um dia, no qual aproximadamente quatro horas foram dedicadas às práticas de ACT, conjugadas de forma abreviada ao conteúdo educacional padrão. A estratégia nuclear contrasta com os pressupostos cognitivo-comportamentais tradicionais de controle de sintomas, pois os pacientes foram instruídos a vivenciar pensamentos e sentimentos limitantes em vez de tentar interrompê-los ou alterá-los. Para operacionalizar essa aceitação, os facilitadores empregaram procedimentos de desfusão e ensinaram os participantes a se desengajarem do conteúdo literal de suas crenças e a observarem o próprio processo de pensar. O componente de aceitação foi vinculado à ação, uma vez que se solicitou aos participantes que explorassem seus valores pessoais no contexto da doença e formassem metas coerentes com esses valores, mesmo diante de sentimentos difíceis.

Whitehead et al. (2017) delinearam uma estrutura terapêutica na qual a ACT atuou de forma complementar e segmentada, com o objetivo de avaliar os efeitos de uma intervenção conduzida por enfermeiros sobre o controle glicêmico de adultos com DM2 não controlado. O tempo total do workshop, de 7,5 horas, foi dividido de maneira equitativa. Para preservar a integridade técnica, a educação fisiopatológica e nutricional coube a enfermeiros da atenção primária, enquanto o componente específico da ACT foi conduzido por um enfermeiro de saúde mental com proficiência no modelo, sob supervisão de um psicólogo. A intervenção demandou engajamento ativo por meio de treinamentos de observação plena dirigidos aos sentimentos negativos e às barreiras associadas à doença. Quanto ao rigor metodológico, o estudo destacou-se pelo uso de manuais derivados do protocolo de Gregg et al. (2007a, 2007b) e pela gravação em áudio de todas as sessões para revisão posterior por pesquisadores seniores.

O estudo de Stefanescu et al. (2024) teve por objetivo avaliar a viabilidade e os efeitos preliminares de uma intervenção breve em ACT sobre o sofrimento emocional de

adultos com DM1, e organizou-se de modo a abarcar os seis processos centrais da abordagem em teleatendimento síncrono, distribuído em quatro sessões individuais de 45 minutos. A execução ocorreu de maneira progressiva. A primeira sessão introduziu o modelo e o papel da FP, com exercícios de contato com o momento presente e psicoeducação sobre a estratégia de lançar a âncora para a regulação de episódios de ansiedade. A segunda dirigiu-se ao distanciamento em relação ao conteúdo verbal por meio de técnicas de desfusão cognitiva, com o emprego de metáforas clássicas da ACT, como nuvens no céu e folhas no lago, associadas a práticas de contato com o momento presente focadas na respiração e em sons. A terceira introduziu a exploração de sentido e de valores a partir do modelo do Ponto de Escolha, o que permitiu aos pacientes mapear atitudes alinhadas ou em conflito com seus propósitos; nessa etapa, a linguagem foi instrumentalizada como técnica de desfusão, com o treino de distinções semânticas, como converter a afirmação “Eu estou triste” em “Eu tenho o pensamento de que estou triste”. A quarta concentrou-se na ação comprometida e conectou-a a comportamentos promotores de saúde, como a alimentação consciente e a caminhada com atenção ao momento presente.

O ensaio de Lipsett e Berkman (2025) oferece um precedente direto para intervenções curtas. Em delineamento randomizado com 298 adultos em risco de DM2, os autores testaram se o acréscimo de componentes de ACT à educação em diabetes reduziria a vergonha corporal e o sofrimento relacionado à condição, comparativamente à educação isolada. Além de vídeos interativos e apostilas que integravam treinamento de enfrentamento de estresse e clarificação de valores, a inovação principal incidiu sobre a estrutura instrucional e a formulação linguística. Os autores partiram da constatação de que os próprios materiais dos programas convencionais de prevenção operam como fonte de estimulação aversiva, pois descrevem a condição em termos de atributos da pessoa, como tamanho corporal, peso e disciplina alimentar, e ocasionam autoavaliações de fracasso e vergonha que favorecem o afastamento do programa. Denomina-se contramoralizadora a estratégia de retirar do material os elementos que evocam essa autoavaliação moral, com deslocamento da descrição dos atributos da pessoa para a função das ações. Como procedimento de redução da vergonha corporal, a equipe evitou termos focados no tamanho ou peso (e.g., "perda de peso"), optando por enquadrar os desafios com descrições baseadas na função, como "alimentos que fornecem nutrientes importantes". Os objetivos clínicos deixaram, assim, de ser orientados por imperativos estéticos ou biomédicos rígidos e passaram a ser guiados pelos valores identificados pelo

participante. O grupo que recebeu a intervenção com ACT apresentou redução da vergonha corporal e do sofrimento relacionado a diabetes em comparação ao grupo com educação isolada.

Os estudos identificados (Gregg et al., 2007a; Lipsett & Berkman, 2025; Stefanescu et al., 2024; Whitehead et al., 2017) indicam que intervenções curtas baseadas em ACT são viáveis e clinicamente diversificadas, e variam de treinamentos imersivos a aplicações em telessaúde. À exceção de Gregg et al. (2007a, 2007b), as demais investigações funcionam apenas como evidências corroborativas da exequibilidade de formatos reduzidos, e não como fontes dos procedimentos, da estrutura de sessão ou das estratégias terapêuticas que integram o protocolo aqui proposto.

Apesar dessa diversidade, os quatro estudos compartilham um núcleo comum de componentes (Tabela 1): todos trabalharam aceitação, contato com o momento presente, valores e ação comprometida, e dois deles (Gregg et al., 2007a; Stefanescu et al., 2024) incluíram exercícios específicos de desfusão cognitiva. Em todos, os valores enunciados pelos participantes serviram de referência para a formulação de metas de autocuidado, e o contato com emoções difíceis foi vinculado à execução dessas metas, e não à sua eliminação. Como se descreve a seguir, o contato com o momento presente, embora presente nos quatro estudos, não recebeu exercício dedicado, em razão dos critérios de seleção adotados.

2.3 Construção do protocolo ao contexto da APS

Na segunda etapa, o protocolo de intervenção em sessão única foi construído a partir do estudo seminal de Gregg et al. (2007a, 2007b), adotado como matriz construtiva por razões metodológicas e clínicas. Do ponto de vista metodológico, entre os quatro estudos revisados (Tabela 1), é o único cujos procedimentos foram publicados com detalhamento suficiente (Gregg et al., 2007b), com exercícios e metáforas descritos passo a passo, e o único que serviu de base a outro protocolo (Whitehead et al., 2017). Do ponto de vista clínico, seu contexto de aplicação, já descrito, aproxima-se da realidade sociodemográfica e assistencial da APS brasileira.

Definida a matriz, a seleção dos componentes não buscou reproduzir os seis processos do modelo *Hexaflex*, e sim atender a três critérios complementares, cada um relativo a um aspecto distinto da adequação: pertinência clínica, fidelidade à fonte e viabilidade no tempo disponível. O primeiro foi a correspondência com a análise do problema. Seguindo a lógica do Mapeamento de Intervenções (Bartholomew et al., 2016),

priorizaram-se os procedimentos que operam sobre os dois padrões mais documentados como barreiras ao autocuidado na DM2, que seria a esquiva das tarefas de autocuidado e o controle exercido por formulações verbais restritivas, isto é, a fusão cognitiva descrita na seção anterior. O segundo critério, decorrente da própria escolha da matriz, foi a restrição aos componentes com roteiro documentado no material original, condição sem a qual o embasamento deixaria de ser transposição de um protocolo testado e passaria a constituir construção original não avaliada. O terceiro foi a densidade de ensaio (isto é, o número de exercícios que cada processo pode receber no tempo disponível), pois, em um contato único, incluir os seis processos produziria exposição apenas nominal a cada um, ao passo que a literatura sobre ACT de sessão única em condições crônicas descreve a concentração em subconjuntos de componentes (Dochat et al., 2021). Essa concentração é compatível com a evidência de que o *Hexaflex* organiza descrições parcialmente sobrepostas de um mesmo padrão de responder, e não seis mecanismos internos independentes (Macri & Rogge, 2024). Os dois processos restantes não receberam exercício dedicado, pois supõe-se que eles sejam mobilizados pelos exercícios de aceitação, que exigem contato com a experiência em curso, e que o self-como-contexto seja mobilizado pela formulação pública de valores, que requer que o participante se descreva a partir de uma perspectiva distinta do conteúdo de suas autoavaliações. Trata-se de hipótese a ser verificada empiricamente, conforme proposto na seção 4.6.

A aplicação desses critérios ao material original resultou em quatro componentes procedimentais, distribuídos em dois dos quatro blocos que estruturam a sessão, seguindo três passos: (1) identificação, no material de Gregg et al. (2007b), dos exercícios e metáforas correspondentes a cada componente; (2) seleção de uma vivência representativa por componente; e (3) reescrita das instruções e falas em linguagem coloquial, com substituição das metáforas segundo os critérios descritos adiante. O bloco de Abertura reúne os exercícios de contato ativo com emoções aversivas sem interrupção da tarefa, correspondentes à aceitação, e os procedimentos que reduzem o controle exercido por formulações verbais literais, correspondentes à desfusão cognitiva. O bloco de Engajamento centra-se na formulação e no registro público das consequências de longo prazo enunciadas pelo próprio participante, correspondentes aos valores, e em sua conversão em metas de execução especificadas quanto à ação, à frequência e à ocasião, correspondentes à ação comprometida. O bloco de Apresentação cumpre função de enquadre, mas antecipa a elicitación de valores, que é retomada e formalizada no bloco de Engajamento; o bloco de Fechamento cumpre função de encerramento e não contém

componentes procedimentais específicos da ACT. Os módulos de psicoeducação fisiopatológica e nutricional do workshop original foram excluídos, por não constituírem componentes procedimentais específicos da abordagem e por já integrarem as atribuições da equipe multiprofissional na APS.

Definidos os componentes, o passo seguinte consistiu na compressão do tempo de aplicação. O formato original previa sete horas, das quais quatro dedicadas às práticas de ACT, e foi adaptado para uma sessão única grupal de 90 a 120 minutos, cujos limites decorrem de critérios distintos. O limite superior responde a uma restrição observada em campo, pois a aproximação prévia da autora junto a usuários do programa Hiperdia em unidade básica de saúde de Sonora, Mato Grosso do Sul, no âmbito de sua pesquisa de mestrado (Ruiz, 2024), indicou que a permanência dos participantes na unidade costuma não ultrapassar duas horas, de modo que um protocolo mais extenso não seria concluído, independentemente de sua adequação teórica. O limite inferior decorre da natureza dos componentes selecionados, uma vez que os quatro procedimentos operam por vivência e cada bloco requer instrução, execução e retomada coletiva. Uma duração menor exigiria substituir os exercícios por exposição verbal, o que descaracterizaria a intervenção, dado que a literatura conceitual descreve os procedimentos de desfusão como dependentes de exercícios experienciais e de metáforas, e não da transmissão didática de conteúdo (Assaz et al., 2023; Mueller & Silvestre-López, 2026).

A definição desse intervalo constitui escolha pragmática, compatível com práticas coletivas já incorporadas à APS, e não parâmetro padronizado pelos estudos reunidos. A literatura descreve os grupos operativos como ações frequentes e efetivas na atenção primária, que abrem espaço para escuta e promoção do autocuidado e favorecem a incorporação de intervenções grupais breves (Favaro et al., 2016; Menezes & Avelino, 2016). Há também relatos de viabilidade e aceitabilidade de intervenções breves em ACT em serviços de rotina, embora a literatura sobre sessão única permaneça emergente e tenha utilizado, em condições crônicas, formatos mais longos, com média de 5,5 horas (Dindo et al., 2017; Dochat et al., 2021; Johns et al., 2016; Waters et al., 2018). A duração proposta corresponde, portanto, a cerca de um terço dessa média, o que constitui limitação do modelo, a ser examinada nos estudos de viabilidade (seção 4.6). Diante dessa diferença, adotou-se, como pressuposto de trabalho, que a identidade da intervenção reside nos componentes selecionados e na sequência em que ocorrem, e não no número de ensaios de cada um; trata-se de pressuposto a ser testado, pois a relação entre a quantidade de ensaios e o efeito não foi estabelecida para esse formato. A compressão

recaiu, portanto, sobre as repetições de exercícios previstas no formato original, substituídas por uma vivência representativa por componente, com preservação dos quatro componentes, de sua função e de sua ordem.

Esse protocolo eliminou o acompanhamento longitudinal de três meses presente no estudo de Gregg et al. (2007a), o que constitui divergência estrutural em relação à fonte. A escolha decorre de necessidade operacional, dado que um acompanhamento padronizado e obrigatório para todos os participantes é inviável na rotina da maior parte das unidades, e não da premissa de que os ensaios de manutenção sejam dispensáveis. Em seu lugar, prevê-se um seguimento flexível, na forma de contatos individuais breves oferecidos conforme a disponibilidade do serviço (ver seção 4.4). Por essa razão, o modelo deve ser compreendido como intervenção de contato único, com efeito esperado de curto prazo sobre a execução das tarefas de manejo na presença de desconforto; a manutenção desses efeitos dependerá desses recursos complementares, e não se deve esperar a reprodução integral dos resultados relatados no estudo original.

Algumas metáforas clássicas da ACT foram substituídas por analogias ancoradas em atividades cotidianas reconhecíveis pela população atendida na APS brasileira, como a metáfora de andar de bicicleta empregada no Bloco 2. A substituição seguiu três critérios aplicados pela autora na seleção das analogias: a familiaridade da situação descrita para adultos com escolaridade variada, a possibilidade de enunciá-la em linguagem coloquial e a preservação da relação funcional visada pela metáfora original, isto é, a demonstração de que a tentativa de controlar rigidamente a experiência produz o efeito oposto ao pretendido (Törneke, 2017). Esses critérios derivam das recomendações para intervenções breves em atenção primária, que orientam o uso de linguagem coloquial, o abandono do jargão psicoterápico e o recurso a exemplos do repertório cotidiano do paciente, dado o tempo restrito e a heterogeneidade dos usuários atendidos (Robinson et al., 2010; Strosahl et al., 2012).

No entanto, delimita-se o alcance dessa escolha. A seleção das analogias não decorreu de um processo formal de adaptação cultural (com comitê de juízes, e teste de compreensão junto a usuários), mas de uma seleção fundamentada nos critérios descritos; sua compreensão e ressonância junto à população-alvo permanecem, portanto, por verificar. Por essa razão, as analogias propostas devem ser entendidas como sugestões clínicas plausíveis, e não como versões validadas, cabendo ao terapeuta verificar sua compreensão a cada aplicação e a estudos futuros, sua validação formal junto a pacientes e equipes brasileiras.

3. Descrição passo a passo da intervenção

O modelo foi delineado em formato grupal, e embora o cuidado ao paciente com DM2 seja multiprofissional, a condução, nesta fase, é atribuída a psicólogos das equipes da APS, por razões metodológicas discutidas na seção 4.6. A sessão, estruturada nos quatro blocos sequenciais detalhados a seguir, permite otimizar o tempo e ampliar o alcance do cuidado psicológico na APS. Os exercícios descritos a seguir tem como base o material de Gregg et al. (2007b). São adaptações da autora: a metáfora da bicicleta, as falas reescritas em linguagem coloquial, as perguntas sobre valores do Bloco 1, a folha de compromisso, as orientações de manejo de recusas e barreiras do Bloco 3. As falas dirigidas a cada participante, em sequência, são redigidas no singular; as dirigidas ao grupo, no plural.

3.1 Estrutura geral, participantes e materiais

Recomenda-se que cada grupo reúna entre 6 e 10 participantes, número que permite a participação verbal de todos nos exercícios de valores e de compromisso dentro do tempo previsto. A sessão ocorre em sala da própria unidade, com cadeiras dispostas em círculo. São necessários: (a) cartaz ou folha impressa com as três frases do Bloco 2; (b) folhas de compromisso impressas, uma por participante, divididas em dois campos ("O que vou fazer: ação, quantas vezes na semana e a partir de quando" e "O que pode aparecer e dificultar"); (c) canetas; (d) lista de presença; e (e) formulário breve de registro da aplicação, preenchido pelo terapeuta ao término do encontro (seção 4.5). Não são necessários recursos audiovisuais, o que favorece a aplicação em unidades com infraestrutura limitada.

3.2 Roteiro da sessão

1º bloco – Apresentação: a intervenção e a escolha de se cuidar (aproximadamente 20 a 25 min)

Objetivos: estabelecer vínculo com os participantes; apresentar a intervenção e suas etapas; destacar a importância de escolher ativamente cuidar da diabetes.

Materiais: lista de presença.

a. Apresentação dos participantes e enquadre

Inicie pelas informações introdutórias, o que inclui a apresentação de todos os membros do grupo, inclusive do terapeuta e de eventuais estagiários presentes. Nas apresentações, peça a cada participante que informe:

1. Nome
2. Há quanto tempo sabe que tem diabetes;
3. O que é mais importante na sua vida (não precisa ter relação com a saúde).

O exercício cumpre três propósitos. Primeiro, oferece a cada paciente a oportunidade de falar sobre si e favorece sua participação ao longo do encontro. Segundo, permite que os participantes identifiquem semelhanças entre suas experiências. Terceiro, direciona o foco do trabalho para o que cada um valoriza e para o modo como isso se articula ao tratamento em diabetes. Os pacientes costumam indicar a família ou outros relacionamentos próximos, e essa informação é retomada ao longo de todo o encontro.

Na sequência, esclareça questões importantes, como:

- a) o objetivo geral do programa de intervenção
- b) a importância do sigilo, da participação, do respeito à decisão de cada um de falar ou não, bem como a duração do encontro.

<i>Você tem uma escolha!</i>

Em seguida, retome os valores trazidos nas apresentações e relacione-os à escolha de cuidar de si e à presença no encontro, conforme o roteiro abaixo.

Terapeuta: "Antes de falar sobre diabetes, quero voltar ao que você disse quando se apresentou, sobre o que é importante na sua vida. Pode ser uma pessoa, uma atividade, um jeito de estar no mundo; não precisa ter nada a ver com saúde. Conta um pouco mais sobre isso?"

Pausa para resposta do participante – elicitación de valores.

Terapeuta: "Isso que você trouxe... a diabetes, do jeito que ela tem funcionado hoje, ela te aproxima ou te afasta disso?"

Espaço para contato com a discrepância entre valor e comportamento atual, sem que o terapeuta a nomeie pelo paciente.

Terapeuta: "Eu não estou aqui para te dizer o que você deve fazer, nem para te assustar com o que pode dar errado se você não fizer nada; a gente sabe que isso não sustenta mudança nenhuma no longo prazo, só sustenta a vontade de não pensar no assunto. E eu também não consigo te seguir para casa e garantir que você vai fazer isso ou aquilo. Isso nunca estive nas minhas mãos, sempre estive nas suas. O que eu posso te oferecer é isso: algumas ferramentas para lidar com o sofrimento que às vezes vem junto com a diabetes. O que fazer com isso é uma escolha sua, a cada dia. Você ter vindo

até aqui hoje já é uma ação; e eu quero te perguntar: essa ação, de vir aqui, ela te aproxima daquilo que você me disse que importa para você, ou te afasta?"

Novamente, deixe que o participante nomeie; a função reforçadora vem do próprio valor dele, e não da aprovação do terapeuta.

Terapeuta: "Se, ao longo deste encontro, você perceber que algumas das coisas que vamos praticar aqui te aproximam do tipo de vida que você quer ter - com mais tempo com quem você ama, mais disposição para fazer o que gosta, o que quer que você tenha trazido –, essas ações vão fazer sentido por si, não porque alguém está te cobrando isso. O que você acha disso?"

2º bloco – Abertura: aceitação e desfusão cognitiva (aproximadamente 30 min)

Objetivo: modificar o modo como o participante se relaciona com as emoções aversivas (aceitação) e ensiná-lo a se distanciar de pensamentos literais paralisantes a respeito da diabetes (desfusão cognitiva), de modo que possa seguir com os cuidados com a doença.

Materiais: cartaz ou folha impressa com as três frases a seguir.

a. Discussão sobre o problema

Se houver sujeira no chão... nós nos livramos dela varrendo

Se houver uma maçã podre na geladeira... nós nos livramos dela jogando-a fora

Se tivermos uma dor... nós nos livramos dela tomando remédio.

Após a leitura das frases acima, discuta com o grupo por que aplicar essa mesma estratégia aos sentimentos relacionados a diabetes não produz o efeito esperado, pensamentos, sentimentos e sensações indesejados não desaparecem por esforço deliberado. O resultado costuma ser tempo consumido em tentativas sem êxito e a ocorrência de comportamentos que agravam o sofrimento.

Terapeuta: "Então, é muito comum que pessoas com diabetes tenham, em relação à doença, emoções como angústia, tristeza e raiva, e pensamentos como: 'eu prefiro pensar que sou pré-diabético(a) porque assim diminui o impacto de ter a diabetes'; 'Não gosto de ficar pensando muito na diabetes e no tratamento, Deus vai tomar conta de mim, e só isso basta'. Quando nos fundimos com esses pensamentos, ou seja, quando os tomamos como verdades absolutas, eles nos afastam do tratamento da diabetes. O objetivo não é apagar o que a mente diz, mas aprender a notar esses pensamentos apenas

como pensamentos, sem deixar que eles guiem nossas ações. Vou contar uma metáfora que pode ajudar a exemplificar. ”

b. Metáfora para entendimento da Aceitação e Desfusão Cognitiva

Metáfora sobre andar de bicicleta

Vocês já andaram de bicicleta? Já repararam como, quando você está andando de bicicleta e está com medo de ir muito rápido, a tendência natural é se inclinar para trás para frear ou segurar o guidão com muita força? O problema é que, assim que você faz isso, você perde o controle da direção em que está indo e, na verdade, aumenta a chance de cair no chão. Ou, ao segurar o guidão com força demais e diminuir a pedalada, ele começa a tremer, a insegurança aumenta e a chance de cair também. Nessas situações, a resposta natural – se inclinar para trás, lutar contra o medo ou ficar preso aos pensamentos de perigo – não funciona muito bem.

E se com os pensamentos e sentimentos sobre a diabetes acontecer algo parecido? E se a reação mais natural – brigar com esses pensamentos, tentar se afastar do que sentimos – for, na verdade, parte do que mantém a dificuldade? E se o que precisamos aqui for praticar a inclinação para frente: notar esses pensamentos sem brigar com eles e nos inclinarmos para os cuidados básicos com diabetes, para que você tenha mais controle sobre a direção do seu tratamento?

Pedir que os participantes verbalizem, com suas próprias palavras, o que entenderam da metáfora.

Perguntas de amarração (escolher uma das duas, conforme o tempo disponível):

- 1) "No seu caso, qual é o 'segurar forte no guidão'? O que você costuma fazer quando o medo ou o desânimo com a diabetes aparecem?"
- 2) "E o que seria, para você, 'inclinar para frente' — continuar pedalando mesmo com o pensamento ruim junto?"

c. Exercício de desfusão

Terapeuta: "Pense em uma frase que a sua cabeça costuma dizer sobre a diabetes, como 'não adianta' ou 'eu não consigo'. Agora repita essa frase em voz baixa, começando com 'Eu estou tendo o pensamento de que...'. Repare se muda alguma coisa quando você a escuta assim."

Pedir que um ou dois participantes compartilhem o que notaram.

3º bloco – Engajamento: ação comprometida em relação a diabetes (aproximadamente 30 a 50 min)

Objetivo: estabelecer ações específicas consistentes com autocuidado em diabetes.

Materiais: folhas de compromisso e canetas.

a. Exercício prático

Terapeuta: “Então, vamos pensar nas experiências que tivemos ao longo do nosso encontro. Minha sugestão é que vocês encontrem uma maneira de manter essas reflexões depois de hoje. Cada pessoa vai encontrar a sua própria maneira de trazer isso para o dia a dia. Dediquem um tempo a essas questões e façam pequenos planos de como vão continuar se movendo na direção daquilo que é importante para vocês, por meio de ações de autocuidado com diabetes.”

EXERCÍCIO

Peça aos participantes que pensem e respondam verbalmente às questões:

- Retomando o que você disse no início: o que é mais importante para você?
- Que ação, mesmo pequena, relacionada ao cuidado com a diabetes, te aproximaria disso que é mais importante para você?
- Que pensamentos ou sentimentos costumam aparecer quando você tenta fazer isso? E o que você costuma fazer quando eles aparecem: segura firme no guidão ou consegue continuar pedalando?
- Se esses mesmos pensamentos ou medos aparecerem nesta semana, você estaria disposto a dar esse passo mesmo assim, com eles junto – e não só depois que eles passarem?
- E se, em algum dia desta semana, você notar que se afastou do que combinou consigo mesmo, como planeja lidar com isso? (Prevenção de recaída: não fazer julgamentos nem cobranças; incentivar a retomada.)

Feedback do terapeuta

Retome brevemente o que foi trabalhado no encontro, com destaque para dois ou três relatos trazidos pelos próprios participantes e para as estratégias que surgiram na discussão. Afirme ao grupo que deixar de executar as tarefas de manejo em determinados dias é esperado e não indica falha pessoal.

Terapeuta: "Todo mundo aqui já deixou de fazer alguma coisa que sabia que precisava fazer. Isso não é falta de vontade nem preguiça. É que fazer incomoda agora e o resultado só aparece muito depois. A gente não veio aqui tirar esse incômodo. Veio ver o que dá para fazer mesmo com ele."

Em seguida, conduza o exercício final, denominado “Levante-se e comprometa-se”, no qual cada participante enuncia diante do grupo uma ação específica de manejo que executará na semana. O exercício estabelece uma contingência social, pois, ao declarar publicamente e registrar por escrito o compromisso, o participante torna sua execução verificável por si mesmo e pelos demais. A participação é opcional, e o manejo das recusas está descrito adiante.

EXERCÍCIO

Cada participante recebe uma folha de compromisso dividida em dois lados. Em um, o terapeuta registra o compromisso enunciado, nas palavras do próprio participante; no outro, o participante anota as dificuldades que prevê encontrar ao realizá-lo. A instrução é que essas dificuldades provavelmente estarão presentes quando a ação for realizada, mas não precisam impedir que ele faça o que importa. A folha é entregue ao participante ao final do encontro.

Terapeuta: "Agora eu vou pedir uma coisa diferente. Cada um de vocês vai se levantar, um por vez, e dizer para o grupo uma coisa que vai fazer nesta semana pela sua diabetes. Não precisa ser grande. O que importa é que seja uma ação que te aproxime daquilo que você disse, no início do encontro, que é importante para sua vida. Precisa ser uma coisa concreta: o que você vai fazer, quantas vezes na semana e a partir de quando. Depois me diga também o que você pretende fazer nos dias em que estiver difícil, porque vai haver dias assim. Eu vou anotar do jeito que você falar e entregar para você levar."

Diante de enunciados vagos ("vou me cuidar melhor", "vou tentar"), o terapeuta solicita especificação:

Terapeuta: "Entendi. Me ajuda a deixar mais concreto: o que exatamente você vai fazer? Quantas vezes? Começando que dia?"

Diante de metas desproporcionais ao repertório atual, o terapeuta negocia a menor versão executável:

Terapeuta: "Essa é uma meta grande. Vamos fazer diferente: qual é a menor parte disso que você tem certeza de que consegue fazer nesta semana, mesmo numa semana ruim? É com essa que vamos ficar."

Ao final de cada compromisso:

Terapeuta: "Para quem, fora daqui você vai contar isso nesta semana?"

Caso alguns participantes se recusem a se levantar, permaneçam em silêncio ou respondam de forma evasiva, essas respostas não devem ser tratadas como falta de motivação, resistência ou desinteresse, pois essa leitura não indica ao terapeuta o que fazer e conduz à insistência, que transforma o exercício em pressão social e reproduz o modelo de cobrança que a intervenção busca evitar.

A recusa fornece informação sobre as condições daquele participante. Entre as possibilidades mais frequentes estão a de que a ação envolva custo que ele não tem como assumir no momento, por falta de insumo, tempo, transporte ou apoio em casa; a de que declarações públicas tenham sido seguidas, em outras ocasiões, de cobrança ou constrangimento; e a de que ele ainda não tenha identificado, em sua vida, uma consequência que torne aquela tarefa relevante.

O terapeuta acolhe e não insiste:

Terapeuta: "Tudo bem, você não precisa se comprometer com nada hoje. Ninguém aqui precisa prometer o que não pretende fazer. Se quiser, tem outra coisa que você pode levar para esta semana: só reparar. Nos dias em que você deixar de fazer alguma dessas tarefas, observe o que estava acontecendo naquela hora. Não precisa mudar nada, só reparar."

Se o participante descrever uma barreira concreta, como falta de tiras reagentes, medicamento em falta, ausência de condições de transporte ou falta de apoio em casa, o terapeuta registra a barreira e a encaminha à equipe, uma vez que barreiras estruturais não se resolvem por procedimento psicológico:

Terapeuta: "Isso que você falou não é uma questão de vontade, é uma dificuldade real. Vou anotar e passar para a equipe daqui da unidade, para verem o que dá para fazer."

Ao término do encontro, o terapeuta retoma a conversa individualmente com esse participante, fora do grupo, e, quando indicado, o encaminha conforme os critérios descritos na seção 4.2.

4º bloco – Fechamento da intervenção (aproximadamente 10 a 15 min)

Objetivos: finalizar a intervenção e registrar o feedback dos participantes.

Materiais: formulário de registro da aplicação (preenchido pelo terapeuta).

Solicite comentários sobre o grupo, referentes ao conteúdo, à estrutura, ao que foi útil e ao que pode ser alterado em aplicações futuras, e agradeça a participação e o comprometimento com a intervenção.

Para orientar o feedback, o terapeuta pode fazer três perguntas ao grupo, dirigidas à compreensão, e não à antecipação de resultados:

Terapeuta: "O que ficou mais claro para vocês hoje? Teve alguma parte, alguma comparação ou exercício, que ficou confuso ou que não fez sentido? E o que vocês mudariam para os próximos grupos?"

Após a saída dos participantes, o terapeuta preenche o formulário de registro da aplicação descrito na seção 4.5.

4. Considerações importantes acerca da intervenção

A operacionalização do modelo grupal de sessão única exige pragmatismo clínico para adequar-se ao cenário dinâmico e de alta demanda da APS. O formato de 90 a 120 minutos amplia o alcance ao atender múltiplos usuários simultaneamente, mas sua execução depende de três condições. A indicação adequada dos participantes; o ajuste da linguagem e da condução ao repertório do grupo; e a integração do grupo à rotina da unidade, incluindo o seguimento e o monitoramento. Antes dessas recomendações, descreve-se a experiência de campo que fundamentou o modelo e as dificuldades previstas para sua aplicação.

4.1 Relato da experiência e dificuldades previstas

Por se tratar de estudo teórico-propositivo, o modelo ainda não foi aplicado, de modo que as dificuldades aqui descritas são previstas, e não observadas. A principal fonte empírica dessas previsões é a aproximação da autora a usuários do programa Hiperdia em unidade básica de saúde de Sonora, Mato Grosso do Sul, no âmbito de sua pesquisa de mestrado (Ruiz, 2024), da qual derivou o limite de duração da sessão (seção 2.3). Com base nessa experiência e na literatura revisada, anteciparam-se quatro dificuldades principais, cujas formas de manejo são detalhadas a seguir: (1) a indicação de participantes cujo sofrimento exceda o alcance da intervenção (seção 4.2); (2) a compreensão desigual das metáforas e a recusa ou o silêncio diante dos exercícios de

exposição pública (seção 4.3); (3) a manutenção dos compromissos após o contato único (seção 4.4); e (4) a integração do grupo ao fluxo da unidade e o monitoramento de sua execução (seção 4.5).

4.2 Indicação da intervenção e encaminhamentos

Como delimitado na Introdução, o modelo destina-se a adultos com DM2 acompanhados na APS que apresentem sofrimento emocional relacionado à doença, população heterogênea quanto à situação clínica, à escolaridade e às condições de vida; o modelo não pressupõe homogeneidade entre os participantes. A heterogeneidade que importa para a indicação é outra, a natureza do sofrimento apresentado, pois dela depende o encaminhamento adequado.

Duas condições devem ser distinguidas. A primeira é o sofrimento emocional específico da diabetes, expresso em preocupação com complicações, frustração com as restrições, sensação de sobrecarga diante do regime de cuidados, medo de hipoglicemia e culpa diante de resultados glicêmicos. Frequente entre pessoas com DM2, esse sofrimento distingue-se da depressão por estar vinculado às demandas da própria doença (Perrin et al., 2017; Poole & Hackett, 2024) e constitui o alvo principal do protocolo, uma vez que corresponde aos padrões de esQUIVA e de fusão descritos na seção 2.1. A segunda é o quadro depressivo como condição primária, no qual o humor deprimido, a perda de interesse, as alterações de sono e apetite e a desesperança se estendem a diferentes áreas da vida, independentemente das demandas da diabetes. Como sintomas depressivos também se relacionam ao autocuidado e à flexibilidade psicológica em pessoas com DM2 (Wang et al., 2025), sua presença não exclui, por si só, a participação no grupo; o que orienta o encaminhamento é a gravidade do quadro.

A identificação pode ocorrer em momentos já existentes na rotina do serviço, como as consultas médicas e de enfermagem de acompanhamento da DM2, os encontros do Hiperdia e as visitas dos agentes comunitários de saúde, que sinalizam ao psicólogo os usuários com dificuldades persistentes de autocuidado associadas a sofrimento emocional. Antes do grupo, recomenda-se um contato breve de acolhimento com o psicólogo, orientado por três perguntas: (1) o sofrimento relatado está ligado principalmente a diabetes e ao seu tratamento, ou está presente em várias áreas da vida, independentemente da doença?; (2) há sinais de gravidade, como ideação suicida, desesperança acentuada ou prejuízo importante no funcionamento diário?; e (3) o usuário tem disponibilidade e condições para participar de uma atividade em grupo?

A partir dessas respostas, delineiam-se três encaminhamentos. Quando o sofrimento está predominantemente relacionado a diabetes e não há sinais de gravidade, indica-se o grupo, que constitui o público principal do modelo. Quando há sintomas depressivos ou ansiosos leves a moderados, ou diagnóstico psiquiátrico estabilizado e em acompanhamento, o usuário pode participar do grupo como complemento ao cuidado em curso, com seguimento pelo psicólogo nos contatos breves descritos adiante. Quando há sintomas depressivos graves, risco de suicídio ou outra condição cuja gravidade exceda a capacidade resolutive da APS, o encaminhamento é feito a serviço especializado (e.g., Centro de Atenção Psicossocial [CAPS], ambulatório de saúde mental ou psiquiatria), e a participação no grupo é reavaliada após a estabilização, sem ser descartada. Paralelamente, usuários com descompensação metabólica grave devem ter o manejo clínico priorizado, e aqueles para quem o formato grupal represente barreira podem ser direcionados ao atendimento individual.

Esses critérios constituem orientação clínica derivada da literatura e da lógica do protocolo, e não pontos de corte validados; sua aplicabilidade deverá ser verificada nos estudos de viabilidade propostos na seção 4.6.

4.3 Manejo da linguagem e condução do grupo

Na condução da intervenção em grupo, o primeiro desafio é o manejo da linguagem, entendido como o ajuste das instruções, dos exemplos e das metáforas ao vocabulário e às experiências cotidianas dos participantes, para que o protocolo não opere como roteiro rígido, desconectado da realidade deles. Em contextos vulneráveis, a aceitabilidade das intervenções tende a depender de participação comunitária, ajuste de conteúdo e correspondência com as condições concretas de vida das pessoas, sobretudo quando limitações do sistema de saúde impõem barreiras adicionais ao autocuidado (Bautista-Gomez et al., 2024; Cipta et al., 2024). Os exercícios devem permanecer sob controle das contingências que operam no cotidiano do participante, e não apenas das regras enunciadas em sessão.

Na ACT, metáforas e exercícios experienciais são os procedimentos por meio dos quais a intervenção opera, e sua execução requer linguagem simples, culturalmente ressonante e conectada ao cotidiano do paciente (Lyons & Zettle, 2025; Perry et al., 2024). Nem toda metáfora, porém, será compreendida por todos os grupos. Por isso, o roteiro prevê que os participantes expliquem a metáfora com suas próprias palavras (Bloco 2); quando essa explicação indicar que a relação pretendida não foi apreendida,

recomenda-se substituí-la por uma analogia extraída das experiências relatadas pelo próprio grupo. O critério para a substituição é o descrito por Törneke (2017), no qual a metáfora opera pela relação que estabelece entre o domínio de origem e a situação do paciente, de modo que a nova analogia deve preservar essa relação, e não a imagem original. Esse é o mesmo critério que orientou a substituição da metáfora original de Gregg et al. (2007b) pela metáfora da bicicleta (seção 2.3).

Outras analogias podem ser construídas com o mesmo critério, com a mesma ressalva de validação feita na seção 2.3. A imagem dos passageiros no ônibus, já consagrada na ACT, pode ser enunciada em referência ao transporte coletivo local. Os passageiros dizem para onde ir e falam alto, mas quem permanece ao volante é o motorista. Em grupos com trabalhadores rurais, a imagem de preparar a terra e plantar mesmo na presença de ervas daninhas cumpre função equivalente à das metáforas de aceitação, na medida em que a tarefa é executada sem que a remoção prévia do que incomoda seja condição para iniciá-la (Perry et al., 2024; Stefanescu et al., 2024).

Essa linguagem coloquial e contextualizada pode auxiliar no manejo de um dos principais obstáculos do tratamento da DM2 na APS, que seria a baixa adesão ao autocuidado e à medicação em longo prazo. Mensagens amedrontadoras sobre infarto, amputações ou outras complicações, embora amplamente utilizadas na comunicação em saúde, têm efetividade controversa e podem ocasionar reações defensivas, como a supressão, associada a menor intenção de mudar o comportamento (Moussaoui et al., 2021). Em coerência com a ACT, a condução psicológica vincula o autocuidado a valores pessoais e a ações concretas (Hayes et al., 2021; Zhang et al., 2018). No Bloco 3 (Engajamento), o psicólogo pode favorecer que o paciente explicita de que modo comportamentos como usar insulina, organizar horários e monitorar a glicemia se conectam ao que mais importa em sua vida, já que intervenções em diabetes parecem funcionar melhor quando combinam apoio social e estratégias aplicáveis ao cotidiano (Shahabi et al., 2024; Teo et al., 2024). Essa substituição, contudo, não deve diluir a comunicação de gravidade clínica em situações que exijam ação imediata, como sinais de pé diabético ou hipoglicemias recorrentes. Nesses casos, o profissional reserva a comunicação direta de risco a essas situações pontuais, sem incorporá-la ao discurso do grupo, o que preserva a coerência da abordagem sem comprometer a segurança clínica do paciente.

No contexto grupal, a evidência também favorece formatos participativos em relação a modelos exclusivamente expositivos, pois intervenções grupais em saúde

mostram melhor sustentação quando promovem participação frequente, apoio entre pares e senso de utilidade prática (Bautista-Gomez et al., 2024; Cañón et al., 2023; Perry et al., 2024). Recomenda-se, assim, que o psicólogo atue menos como expositor e mais como facilitador de trocas entre usuários, promovendo validação mútua, resolução compartilhada de barreiras e compromisso público com ações viáveis.

Esse formato pressupõe, contudo, que os participantes disponham de repertório para falar diante de desconhecidos, relatar dificuldades pessoais e discordar sem constrangimento, condição que nem sempre se verifica. Participantes com repertório social restrito tendem a permanecer em silêncio, e a insistência do facilitador pode produzir esquiva do próprio grupo (Barkowski et al., 2016; Franco et al., 2024), pelas razões já expostas no manejo das recusas (Bloco 3). Recomenda-se, portanto, que a participação em cada discussão seja explicitamente facultativa, que se admitam formas de participação de menor exigência, como responder por escrito ou apenas ouvir, e que a disponibilidade para o formato grupal seja verificada no contato de acolhimento descrito na seção 4.2.

4.4 Seguimento após o grupo

Além do encontro grupal, a consolidação das ações comprometidas pode exigir que o psicólogo realize contatos individuais subsequentes, em formato breve e focalizado (Schleider et al., 2025; Strosahl et al., 2012). A função desses contatos é verificar se o compromisso enunciado no grupo foi executado, identificar o que ocorreu nas ocasiões em que não foi e reformular a meta quando necessário. Um contato dessa natureza pode consistir em retomar a folha de compromisso entregue ao participante no Bloco 3 e percorrer três perguntas: o que foi feito na semana; o que estava acontecendo nos dias em que a ação não ocorreu; e qual a menor versão da ação que ele executará até o próximo contato. Um participante que se comprometeu a caminhar três vezes na semana e caminhou uma pode relatar, por exemplo, que as tentativas ocorreram após o horário de trabalho, quando já estava escuro; a reformulação passa a incidir sobre o horário, e não sobre a frequência. Por se dirigir a uma única ação de manejo, esse seguimento pode ocorrer em janelas curtas, à semelhança de intervenções breves e de sessão única descritas em contextos de saúde (Dindo et al., 2017; Perreault et al., 2023).

A adoção de janelas curtas como formato padrão não implica descartar contatos mais extensos, mas escaloná-los conforme indicação. Dado o volume de usuários com DM2 acompanhados por equipe na APS e a disponibilidade de agenda do psicólogo

(Brasil, Ministério da Saúde, 2013; Neves et al., 2021), o seguimento longitudinal em sessões prolongadas para todos os participantes reduziria proporcionalmente quantos deles teriam algum acompanhamento, de modo que a alternativa concreta não se coloca entre contato breve e contato extenso para o mesmo usuário, mas entre seguimento breve para muitos e seguimento extenso para poucos. Janelas mais longas permanecem indicadas quando, ao longo do seguimento, o participante apresentar agravamento do sofrimento, sintomas que passem a atender aos critérios de gravidade descritos na seção 4.2 ou não execução reiterada dos compromissos apesar da reformulação das metas. Nesses casos, a conduta é o encaminhamento ao atendimento psicológico individual continuado ou, havendo sinais de gravidade, ao serviço especializado (Robinson et al., 2010; Schleider et al., 2025). Barreiras estruturais ao autocuidado, por sua vez, são encaminhadas à equipe da unidade, conforme descrito no Bloco 3.

4.5 Integração à rotina e monitoramento

O modelo de sessão única grupal não deve operar como agenda separada de saúde mental, pois intervenções integradas às linhas de cuidado de condições crônicas, como diabetes e hipertensão, apresentam melhor acesso, qualidade de cuidado e resultados clínicos, além de alta aceitabilidade em cenários reais (Esperat et al., 2023). A sustentabilidade desse formato depende de monitoramento sistemático, que não deve restringir-se a medidas indiretas de aceitabilidade.

Entre as medidas indiretas, recomenda-se a coleta de *feedback* dos participantes no Bloco 4, dirigida à compreensão das metáforas e à clareza das instruções, e não à antecipação de resultados, uma vez que os compromissos acabaram de ser assumidos e ainda não houve oportunidade de execução. Igualmente, sugere-se registrar a percepção da equipe quanto ao impacto do grupo no fluxo da unidade. Essas medidas devem ser complementadas por indicadores diretos, extraídos da observação e dos registros já produzidos pelo próprio serviço. Quanto à execução da intervenção, sugere-se registrar, em formulário breve preenchido pelo terapeuta ao término de cada encontro, o número de participantes convocados e presentes, a permanência até o fechamento, com anotação dos horários de saída antecipada, o número de participantes que enunciaram compromisso no exercício final e o número dos que recusaram ou permaneceram em silêncio, a duração efetiva de cada bloco e os componentes previstos que não puderam ser executados, com o respectivo motivo. Esses dados permitem verificar se a duração estimada se sustenta na rotina real e se algum bloco concentra evasão.

Quanto ao efeito, a medida direta mais imediatamente disponível é a comparação entre o compromisso registrado por escrito no Bloco 3 e sua execução, verificada no contato breve subsequente. Trata-se de um dado sobre comportamento, e não sobre satisfação, que não exige instrumento adicional, pois o registro já integra o protocolo. Recomenda-se, ainda, acompanhar os indicadores que a unidade já produz para essa população: comparecimento às consultas agendadas, retirada de medicação na farmácia e resultados de HbA1c, comparando os períodos anterior e posterior à participação. São dados de registro administrativo, obtidos sem novo procedimento de coleta. Esses indicadores destinam-se ao monitoramento da implantação e não substituem os estudos de viabilidade e os ensaios controlados previstos na seção 4.6, já que registros de serviço não permitem controlar variáveis concorrentes nem estabelecer relação causal.

4.6 Síntese das adaptações e agenda de pesquisa

A principal contribuição deste estudo não reside na criação de um novo modelo teórico de ACT nem na demonstração de eficácia clínica inédita, e sim na tradução metodológica do protocolo de Gregg et al. (2007a, 2007b) para um formato operacionalmente compatível com a realidade da APS brasileira, com descrição suficientemente detalhada para replicação e avaliação empírica futura. Foram mantidos do material original quatro componentes procedimentais, com sua função e sua ordem de aplicação (o contato ativo com emoções aversivas sem interrupção da tarefa; os procedimentos que reduzem o controle exercido por formulações verbais literais; a formulação pública de valores; e a conversão desses valores em compromissos específicos), além de elementos estruturais como o formato grupal e o exercício de compromisso público que encerra a sessão.

Em relação ao protocolo original, foram introduzidas cinco alterações, justificadas na seção 2.3: redução da duração de sete horas para 90 a 120 minutos; compressão das repetições de exercícios, e não dos componentes; exclusão dos módulos de psicoeducação; substituição de metáforas por analogias locais; e supressão do acompanhamento de três meses, a divergência mais relevante, que delimita o modelo como intervenção de contato único.

Na pesquisa voltada à transposição do conhecimento científico para a prática, a adaptação sistemática de intervenções constitui etapa metodológica própria, distinta da investigação básica e dos ensaios de eficácia, e é condição necessária para que intervenções potencialmente efetivas sejam incorporadas aos serviços reais de saúde.

(Bartholomew et al., 2016). As recomendações operacionais apresentadas nas seções 4.2 a 4.5 orientam o manejo do protocolo em sua forma atual. Cabe agora delinear a agenda de pesquisa que permitirá testar empiricamente essas escolhas e ampliar a evidência que sustenta o modelo.

A continuidade desta pesquisa deve seguir trajetória progressiva de investigações empíricas. Recomenda-se iniciar por estudos de viabilidade em unidades reais da APS, capazes de testar se o monitoramento de indicadores clínicos e de aceitabilidade sugerido na seção 4.5 é exequível na rotina do serviço, antes de avançar para ensaios clínicos controlados que avaliem desfechos metabólicos. Esses estudos devem examinar também se a duração de 90 a 120 minutos, inferior à média das intervenções de sessão única em condições crônicas (Dochat et al., 2021), permite executar os quatro componentes com a vivência prevista, e se a redução do número de ensaios por componente compromete seus efeitos, o que testaria o pressuposto de trabalho enunciado na seção 2.3.

Com vistas à sustentabilidade e ao alcance, estudos futuros devem avaliar adaptações que permitam a capacitação supervisionada de enfermeiros ou de outros profissionais de nível superior como cofacilitadores, com verificação de que a fidelidade aos componentes procedimentais se mantém quando a condução deixa de ser exclusiva de psicólogos. Comparações entre grupos conduzidos por psicólogos e por profissionais de outras formações, incluindo indicadores clínicos e de fidelidade, podem mitigar a escassez de psicólogos nas equipes e ampliar a capilaridade da intervenção.

Essa agenda exige uma delimitação, dado o debate em curso no Brasil sobre o escopo das práticas em saúde mental e sobre a regulamentação da psicoterapia, objeto de proposições legislativas e de manifestações dos conselhos profissionais envolvidos (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2025). O protocolo não se configura como processo psicoterápico continuado, trata-se de intervenção grupal breve, de contato único, estruturada por roteiro e integrada à linha de cuidado de uma condição crônica, cujos critérios de indicação direcionam ao cuidado especializado os casos com sintomas graves ou risco e cuja função declarada é complementar ao cuidado psicológico continuado, e jamais substitutiva dele. A discussão sobre atos privativos, portanto, não incide diretamente sobre ele.

A recomendação de que a condução permaneça, nesta fase, a cargo de psicólogos não decorre de entendimento sobre competência legal, mas da posição do protocolo em seu desenvolvimento. As exigências técnicas de condução descritas na seção 3 ainda não foram testadas em outras formações, o que caberá aos estudos de cofacilitação propostos

acima. Trata-se de recomendação metodológica, revisável por evidência, e não de delimitação de escopo profissional. Em qualquer hipótese, a implementação do modelo nos serviços deverá observar a legislação vigente e as normativas dos conselhos profissionais aplicáveis no momento de sua aplicação.

Recomendam-se ainda análises de custo-efetividade sobre a incorporação do protocolo aos encontros do Programa Hiperdia, para subsidiar decisões de gestão em saúde pública, e a testagem da aplicabilidade do modelo em grupos com maior heterogeneidade clínica, como pacientes com outras condições crônicas concomitantes, bem como a verificação empírica dos critérios de indicação e encaminhamento aqui propostos.

5. Referências bibliográficas

- Amerzadeh, M., Shafiei Kisomi, Z., Senmar, M., Khatooni, M., Hosseinkhani, Z., & Bahrami, M. (2024). Self-care behaviors, medication adherence status, and associated factors among elderly individuals with type 2 diabetes. *Scientific Reports*, 14(1), 19118. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-70000-w>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee, ElSayed, N. A., Aleppo, G., Bannuru, R. R., Bruemmer, D., Collins, B. S., Ekhlaspour, L., Hilliard, M. E., Johnson, E. L., Khunti, K., Lingvay, I., Matfin, G., McCoy, R. G., Perry, M. L., Pilla, S. J., Polsky, S., Prahalad, P., Pratley, R. E., Segal, A. R., ... Gabbay, R. A. (2024). 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: *Standards of Care in Diabetes—2024*. *Diabetes Care*, 47(Supplement_1), S11–S19. <https://doi.org/10.2337/dc24-S001>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee, ElSayed, N. A., McCoy, R. G., Aleppo, G., Balapattabi, K., Beverly, E. A., Briggs Early, K., Bruemmer, D., Echouffo-Tcheugui, J. B., Eichorst, B., Ekhlaspour, L., Garg, R., Hassanein, M., Khunti, K., Lal, R., Lingvay, I., Matfin, G., Middelbeek, R. J. W., Pandya, N., ... Bannuru, R. R. (2025). 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Supplement_1), S86–S127. <https://doi.org/10.2337/dc25-S005>
- Assaz, D. A., Tyndall, I., Oshiro, C. K., & Roche, B. (2023). A process-based analysis of cognitive defusion in acceptance and commitment therapy. *Behavior Therapy*, 54(6), 1020-1035. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.06.003>
- Barkowski, S., Schwartz, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., Barth, J., & Rosendahl, J. (2016). Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 44-64. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.005>
- Bartholomew, L. K. B., et al. (2016). Planning health promotion programs: an intervention mapping approach. (4th ed.). Jossey-Bass.
- Bautista-Gomez, M. M., Zuluaga, L. S., & Medina-Tabares, M. F. (2024). Cultural adaptation of health interventions for ethnic communities in vulnerable settings: a qualitative data synthesis. *New Trends in Qualitative Research*, 20(3), e920-e920. <https://doi.org/10.36367/ntqr.20.3.2024.e920>
- Bhat, N. A., Muliya, K. P., & Kumar, S. (2020). Psychological aspects of diabetes. *Diabetes*, 8(1), 90-8. <https://www.emjreviews.com/wp-content/uploads/2020/11/Psychological-Aspects-of-Diabetes.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus* (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Ministério da Saúde. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/138329/000965983.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Cañón, L. F., Gould, E. R., Sandoz, E. K., Moran, O., & Grimaldi, M. A. (2023). Cultural adaptation of ACT to support caregivers of autistic Latino children: A pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.003>
- Cipta, D. A., Andoko, D., Theja, A., Utama, A. V. E., Hendrik, H., William, D. G., ... & Lumbuun, N. (2024). Culturally sensitive patient-centered healthcare: a focus on health behavior modification in low and middle-income nations—insights from Indonesia. *Frontiers in Medicine*, 11, 1353037. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1353037>
- Conselho Federal de Psicologia. (2025, 3 de junho). *CFP envia ao Senado parecer em defesa do exercício da psicoterapia exclusivamente por profissionais de Psicologia e psiquiatria*. <https://site.cfp.org.br/cfp-envia-ao-senado-parecer-em-defesa-do-exercicio-da-psicoterapia-exclusivamente-por-profissionais-de-psicologia-e-psiquiatria/>
- Dindo, L., Liew, J. R., & Arch, J. (2017). Acceptance and commitment therapy: A transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3), 546–553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
- Dochat, C., Wooldridge, J., Herbert, M., Lee, M. W., & Afari, N. (2021). Single-session acceptance and commitment therapy (ACT) interventions for patients with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 52–69. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.03.003>
- Esperat, M. C., Hust, C., Song, H., Garcia, M., & McMurry, L. J. (2023). Interprofessional collaborative practice: management of chronic disease and mental health issues in primary care. *Public Health Reports*, 138(1_suppl), 29S-35S. <https://doi.org/10.1177/00333549231155469>
- Favaro, D. T. L., Sasaki, N. S. G. M., Vendramini, S. H. F., Castiglioni, L., & Santos, M. L. S. G. (2016). Impact of educational group strategy to improve clinical and metabolic control in people with hypertension and diabetes. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(2), 201-210. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a04>
- Franco, R. S., Sabino, E. de S. J., Barros, A. C. de T., Mesadri, I. R., Santos, M. R. dos, & Borba, N. A. (2024). Vivência de grupo de apoio em saúde mental na atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 19, e3710. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3901](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3901)
- Gonzalez, J. S., Tanenbaum, M. L., & Commissariat, P. V. (2016). Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice. *American Psychologist*, 71(7), 539–551. <https://doi.org/10.1037/a0040388>

- Giber, B., Sharma, A., Broadie, D., McCoy Jr, T. H., Gunning, F. M., Perlis, R. H., ... & Solomonov, N. (2026). Identifying Patients at Risk for Psychotherapy Dropout in Community Settings. *JAMA Network Open*, 9(8), e2631565. [10.1001/jamanetworkopen.2026.31565](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.31565)
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007a). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336–343. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.336>
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., & Hayes, S. C. (2007b). *The diabetes lifestyle book: Facing your fears and making changes for a long and healthy life*. New Harbinger Publications.
- Hao, L.-N., Ma, X. W., Kang, L., Wang, Y. Y., & Shi, H. (2025). Beyond glycemic control: A holistic perspective on psychosocial support in outpatient diabetes management. *Frontiers in Endocrinology*. <https://doi.org/10.3389/FENDO.2025.1708620>
- Hanevik, E., Røvik, F. M. G., Bøe, T., Knapstad, M., & Smith, O. R. F. (2023). Client predictors of therapy dropout in a primary care setting: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 23, 358. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04878-7>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente*. (2ª ed.). Artmed.
- International Diabetes Federation. (2025). *IDF Diabetes Atlas 11th Edition* (11th ed.). International Diabetes Federation. <https://diabetesatlas.org>
- Johns, L. C., Oliver, J. E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., ... & Morris, E. M. (2016). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The ‘ACT for life’ study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 257-263. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.10.001>
- León-Hernández, R., Rodríguez-Pérez, A. C., Pérez-González, Y. M., De Córdova, M. I. P., De León-Escobedo, R., Gómez-Gutiérrez, T., & Toledano-Toledano, F. (2023). Psychosocial Factors Associated with Self-Management in Patients with Diabetes. *Healthcare*, 11(9), 1284. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091284>
- Lipsett, M., & Berkman, E. (2025). A randomized controlled trial of an acceptance and commitment therapy-informed diabetes prevention program reduces body shame and distress. *Health Psychology*, 44(5), 549-559. <https://doi.org/10.1037/hea0001434>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2022). *Aprendendo ACT: manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas*. (2ª ed.) Sinopsys Editora.

- Lyons, G. A., & Zettle, R. D. (2025). The Role of Dispositional Rule-Following and Metaphors About Psychological Flexibility on Operant Schedule Control. *Behavioral Sciences*, 15(12), 1609. <https://doi.org/10.3390/bs15121609>
- Macri, J. A., & Rogge, R. D. (2024). Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: A comprehensive systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 110, 102432. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102432>
- Menezes, K. K. P. D., & Avelino, P. R. (2016). Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24, 124-130. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010162>
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2019). Princípios básicos de análise do comportamento (2ª ed.). Artmed.
- Moussaoui, L. S., Claxton, N., & Desrichard, O. (2021). Fear appeals to promote better health behaviors: an investigation of potential mediators. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 9(1), 600-618. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.1947290>
- Mueller, C. M., & Silvestre-López, A. J. (2026). Between the subject and the self: Force dynamics and the divided-person metaphor in acceptance and commitment therapy. *Review of Cognitive Linguistics*. <https://doi.org/10.1075/rcl.00249.mue>
- Neves, R. G., Tomasi, E., Duro, S. M. S., Saes-Silva, E., & Saes, M. O. (2021). Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: comparação de equipes segundo participação no PMAQ-AB. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24, e210046. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210046>
- Ngan, H. Y., Chong, Y. Y., Loo, K. M., & Chien, W. T. (2023). Preliminary efficacy of an acceptance-based diabetes education (ACT-DE) programme for people with type 2 diabetes on diabetes distress and self-care behaviours: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 30, 50–60. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.09.002>
- Perreault, K., Breton, M., & Berbiche, D. (2023). An innovative model of psychological service delivery in primary healthcare: the Single-Session Intervention. *BMC Primary Care*, 24(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01949-8>
- Perrin, N., Davies, M. J., Robertson, N., & Skinner, T. C. (2017). The prevalence of diabetes-specific emotional distress in people with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 34(11), 1508-1520. <https://doi.org/10.1111/dme.13448>
- Perry, A., Gardener, C., Shieh, J., Hò, Q. T., Doan, A., & Bhui, K. (2024). Investigating the acceptability of a culturally adapted acceptance and commitment therapy group for UK Vietnamese communities: A practice-based feasibility study. *Transcultural Psychiatry*, 61(4), 626-651. <https://doi.org/10.1177/13634615241228071>

- Poole, L., & Hackett, R. A. (2024). Diabetes distress: the psychological burden of living with diabetes. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 12(7), 439-441.
[https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00126-8](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00126-8)
- Przezak, A., Bielka, W., & Molęda, P. (2022). Fear of hypoglycemia: An underestimated problem. *Brain and Behavior*, 12(7), e2633.
<https://doi.org/10.1002/brb3.2633>
- Roberts, M. Z., Scheiber, F., Moskovich, A. A., & Merwin, R. M. (2025). A Scoping Review of the Relationship Between Psychological (In)flexibility and Living with and Managing Type 1 and Type 2 Diabetes. *Behavioral Sciences*, 15(6), 792. <https://doi.org/10.3390/bs15060792>
- Robinson, P. J., Gould, D. A., & Strosahl, K. (2010). *Real behavior change in primary care: Improving patient outcomes and increasing job satisfaction*. New Harbinger Publications.
- Ruiz, P. H. G. de M. (2024). *Autocuidado, flexibilidade psicológica, ansiedade e depressão em adultos com diabetes tipo 2: Um estudo de correlação* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco]. Repositório Institucional da UCDB. <https://site.ucdb.br/mestrado-e-doutorado/mestrado-em-psicologia-584/dissertacoes-teses>
- Sakamoto, R., Ohtake, Y., Kataoka, Y., Matsuda, Y., Hata, T., Otonari, J., Yamane, A., Matsuoka, H., & Yoshiuchi, K. (2021). Efficacy of acceptance and commitment therapy for people with type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes Investigation*, 13(2), 262–270.
<https://doi.org/10.1111/jdi.13658>
- Sarafino, E. P. (2020). Autogerenciamento. In S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Orgs.), *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: ciência e competências clínicas* (pp. 184-192). Artmed.
- Schleider, J. L., Zapata, J. P., Rapoport, A., Wescott, A., Ghosh, A., Kaveladze, B., ... & Ahuvia, I. L. (2025). Single-session interventions for mental health problems and service engagement: umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Annual Review of Clinical Psychology*, 21(1), 279-303.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081423-025033>
- Shahabi, N., Javdan, G., Hosseini, Z., Aghamolaei, T., Ghanbarnejad, A., & Behzad, A. (2024). A health promotion model-based intervention to enhance treatment adherence in patients with type 2 diabetes. *BMC Public Health*, 24(1), 1943.
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-19452-3>
- Shrestha, R., Yadav, U. N., Shrestha, A., Paudel, G., Makaju, D., Poudel, P., Iwashita, H., Harada, Y., Shrestha, A., Karmacharya, B., Koju, R., Sugishita, T., & Rawal, L. (2022). Analyzing the Implementation of Policies and Guidelines for the Prevention and Management of Type 2 Diabetes at Primary Health Care Level in Nepal. *Frontiers in Public Health*, 10, 763784.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.763784>

- Stefanescu, C., Tatu, A. L., Nechita, A., Iacob, C. I., Secara, E., Nicolescu, S., & Huiu, G. A. (2024). Brief online acceptance and commitment therapy for adults with type 1 diabetes: A pilot study. *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare*, 5, 1378946. <https://doi.org/10.3389/fcdhc.2024.1378946>
- Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Teo, V., Weinman, J., & Yap, K. Z. (2024). Systematic review examining the behavior change techniques in medication adherence intervention studies among people with type 2 diabetes. *Annals of Behavioral Medicine*, 58(4), 229-241. <https://doi.org/10.1093/abm/kaae001>
- Törneke, N. (2017). *Metaphor in practice: A professional's guide to using the science of language in psychotherapy*. New Harbinger Publications.
- Wang, C., Zheng, Y., Wang, X., Wang, M., & Yang, X. (2025). Psychological Flexibility and Diabetes Self-Management: The Mediating Roles of Depressive Symptoms and Self-Efficacy. *Western Journal of Nursing Research*, 47(8), 698–707. <https://doi.org/10.1177/01939459251336042>
- Wang, M., Liu, Q., Zhu, Z., Guo, X., Hu, X., & Cheng, L. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in people with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 21(4), 454–466. <https://doi.org/10.1111/wvn.12719>
- Waters, C. S., Frude, N., Flaxman, P. E., & Boyd, J. (2018). Acceptance and commitment therapy (ACT) for clinically distressed health care workers: Waitlist-controlled evaluation of an ACT workshop in a routine practice setting. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 82-98. <https://doi.org/10.1111/bjc.12155>
- Whitehead, L. C., Crowe, M. T., Carter, J. D., Maskill, V. R., Carlyle, D., Bugge, C., & Frampton, C. M. A. (2017). A nurse-led education and cognitive behaviour therapy-based intervention among adults with uncontrolled type 2 diabetes: A randomised controlled trial. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(4), 821–829. <https://doi.org/10.1111/jep.12725>
- Wild, D., von Maltzahn, R., Brohan, E., Christensen, T., Clauson, P., & Gonder-Frederick, L. (2007). A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: Implications for diabetes management and patient education. *Patient Education and Counseling*, 68(1), 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.05.003>
- Zhang, C.-Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P.-K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for Health Behavior Change: A Contextually-Driven Approach. *Frontiers in Psychology*, 8, 2350. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>

ARTIGO 3

**INTERVENÇÃO BREVE BASEADA NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E
COMPROMISSO PARA O AUTOCUIDADO NA DIABETES TIPO 2:
RESULTADOS DE UM ESTUDO PILOTO**

RESUMO

A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) exige engajamento diário em práticas de autocuidado, o que frequentemente gera esgotamento emocional, além de barreiras cognitivas e emocionais para a adesão ao tratamento do paciente. A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) atua no desenvolvimento da flexibilidade psicológica para transformar o padrão de evitação diante do desconforto inerente à doença. Contudo, os protocolos tradicionais da ACT, por exigirem de 8 a 16 sessões, tornam-se operacionalmente inviáveis para a realidade e as demandas da Atenção Primária à Saúde (APS). O presente estudo piloto, de caráter exploratório e delineamento quase-experimental, teve como objetivos verificar, junto aos participantes, a aceitabilidade e avaliar os resultados preliminares de uma intervenção de ACT breve (sessão única), direcionado à promoção do autocuidado em adultos com DM2 no contexto da APS. A amostra de conveniência foi constituída por 18 participantes, distribuídos em Grupo Intervenção (GI; $n = 8$), que participou de uma sessão presencial de ACT com duração de aproximadamente 120 minutos, e em Grupo Controle (GC; $n = 10$), que seguiu apenas no tratamento de rotina. A coleta de dados ocorreu em dois momentos: na linha de base (T0) e no seguimento de 15 dias após a intervenção (T1), utilizando o Questionário de Aceitação e Ação (AAQ-II), o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). Os resultados indicaram aceitabilidade: todos os participantes do GI atribuíram a pontuação máxima de satisfação aos cinco itens avaliados, resultado que deve ser interpretado considerando a possível influência da desejabilidade social. Nas comparações intergrupos no seguimento, o GI apresentou escores significativamente mais favoráveis que o GC na flexibilidade psicológica ($p = 0,023$), na alimentação geral ($p = 0,029$) e na adesão à medicação ($p = 0,011$); nesta última, a diferença decorreu da redução dos escores no GC, uma vez que o GI se manteve estável. De forma inesperada, os escores do monitoramento da glicemia foram significativamente menores no GI no pós-teste, diferença associada sobretudo ao aumento dos escores no GC, e não houve diferenças significativas entre os grupos quanto à ansiedade e depressão. Conclui-se que o protocolo de ACT breve (sessão única) é aceito pelos participantes que o receberam e associou-se a sinais preliminares de melhora de curto prazo na flexibilidade psicológica e em comportamentos de autocuidado específicos da DM2 no fluxo da APS. Os achados sugerem o potencial das intervenções breves nesse contexto e indicam a necessidade de ensaios clínicos randomizados de maior porte e com acompanhamento prolongado para validar esses sinais preliminares de benefício.

Palavras-chave: Terapia de Aceitação e Compromisso; Diabetes Mellitus tipo 2; Autocuidado; Atenção Primária à Saúde; Estudo piloto.

ABSTRACT

Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) requires daily engagement in self-care practices, which often leads to emotional exhaustion and creates cognitive and emotional barriers to treatment adherence. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) fosters psychological flexibility to transform patterns of avoidance regarding the discomfort inherent to the disease. However, traditional ACT protocols—requiring 8 to 16 sessions—are operationally unfeasible given the realities and demands of Primary Health Care (PHC). This exploratory pilot study, using a quasi-experimental design, aimed to assess participant acceptability and evaluate preliminary outcomes of a brief (single-session) ACT intervention designed to promote self-care among adults with T2DM within the

PHC context. The convenience sample consisted of 18 participants divided into an Intervention Group (IG; $n = 8$), which attended a single in-person ACT session lasting approximately 120 minutes, and a Control Group (CG; $n = 10$), which continued with routine care only. Data collection took place at two time points: baseline (T0) and a 15-day follow-up (T1), using the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), the Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) questionnaire, and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Results indicated acceptability: all IG participants assigned the maximum satisfaction score to the five items evaluated—a result that should be interpreted with consideration for the potential influence of social desirability. In intergroup comparisons at follow-up, the intervention group (IG) showed significantly more favorable scores than the control group (CG) regarding psychological flexibility ($p = 0.023$), general diet ($p = 0.029$), and medication adherence ($p = 0.011$); regarding the latter, the difference stemmed from a score reduction in the CG, as the IG remained stable. Unexpectedly, blood glucose monitoring scores were significantly lower in the IG at post-test—a difference driven primarily by an increase in scores in the CG—and no significant differences were found between the groups regarding anxiety and depression. It is concluded that the brief ACT protocol (single session) is accepted by participants and was associated with preliminary signs of short-term improvement in psychological flexibility and T2DM-specific self-care behaviors within the primary care setting. The findings suggest the potential of brief interventions in this context and indicate the need for larger randomized clinical trials with long-term follow-up to validate these preliminary signs of benefit.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; Type 2 Diabetes Mellitus; Self-care; Primary Health Care; Pilot study.

1. Introdução

A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) configura-se hoje como um problema de saúde pública, caracterizado por crescimento global da incidência, aumento da morbimortalidade e impacto marcante na qualidade de vida dos acometidos (International Diabetes Federation [IDF], 2025). O controle glicêmico e a prevenção de complicações dependem diretamente do comportamento do paciente, principal agente na gestão cotidiana de sua saúde. Por isso, o manejo da DM2 vai além da intervenção farmacológica e exige engajamento sustentado em práticas de autocuidado, que compreendem a adesão ao tratamento medicamentoso, monitoramento sistemático da glicemia, reeducação alimentar e prática regular de exercícios (Associação Americana de Diabetes [ADA], 2024a; Genitsaridi et al., 2025). Quando essas demandas do autocuidado não são atendidas podem ocorrer alterações no metabolismo do paciente, o que aumenta a probabilidade de complicações à saúde (e.g., retinopatia e nefropatia) e aumento de custos com tratamentos nos sistemas de saúde (World Health Organization [WHO], 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2019), a administração cotidiana dos cuidados representa um dos principais desafios no manejo da DM2. O diagnóstico e as exigências contínuas do tratamento frequentemente precipitam o chamado sofrimento relacionado a diabetes, caracterizado por frustração, sobrecarga e desesperança diante da responsabilidade pelo tratamento, construto que a literatura distingue de sintomas gerais de ansiedade e depressão (Hoogendoorn et al., 2024; Roberts et al., 2025). Esse sofrimento associa-se a barreiras emocionais e cognitivas que tendem a reduzir o autocuidado (Ngan et al., 2023).

No que se refere às barreiras emocionais, observa-se, por exemplo, o medo de episódios de hipoglicemia associado a esquiva da prática de exercícios físicos (Gonzalez et al., 2016; Roberts et al., 2025), bem como a culpa subsequente a transgressões alimentares, seguida do abandono temporário do plano nutricional (Ngan et al., 2023). As barreiras cognitivas, por sua vez, podem assumir a forma de autorregras rígidas, frequentemente em formulações do tipo "tudo ou nada" (e.g., "já que comi um doce e arruinei a dieta de hoje, posso seguir comendo livremente até o fim do dia e depois compensar o excesso com doses adicionais de insulina de ação rápida").

Cabe, contudo, delimitar o estatuto explicativo dessas relações. Afirmar que pensamentos e sentimentos aversivos controlam o autocuidado equivale a enunciar uma relação comportamento-comportamento, descritivamente útil, mas incompleta como explicação, pois seus dois termos pertencem ao mesmo domínio e ambos ainda demandam explicação (Hayes & Brownstein, 1986). O medo da hipoglicemia, a culpa associada à alimentação (pelo consumo de calorias) e as autorregras rígidas são, eles próprios, respostas do organismo, de modo que tanto sua ocorrência quanto sua relação com o comportamento público demandam a identificação das contingências que as instalam e as mantêm.

Nessa formulação, o padrão descrito é mais bem compreendido em termos de reforçamento negativo (Skinner, 1953/2003). O autocuidado produz estimulação aversiva imediata, como a ansiedade antecipatória diante do exercício, o desconforto da punção e a culpa após a refeição, ao passo que seus efeitos sobre a saúde são remotos, probabilísticos e cumulativos. Esquivar-se do exercício, interromper o monitoramento glicêmico ou suspender o plano alimentar remove essa estimulação de forma imediata, consequência que compete com os benefícios distantes do autocuidado. As autorregras rígidas participam desse arranjo como comportamentos controladores, e não como causas, o que exige explicar tanto a história socioverbal que as originou quanto o contexto que as

tornou reguladoras da ação em detrimento do contato com as contingências diretas (Hayes & Brownstein, 1986). Essa precisão analítica fundamenta a estratégia terapêutica apresentada a seguir, dirigida ao contexto que confere função a esses eventos privados, e não ao seu conteúdo (Hayes & Hofmann, 2021; Hayes et al., 2021).

Nessa perspectiva, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) constitui uma abordagem teórico-prática que compreende os desafios associados a DM2 não apenas como um déficit de habilidades ou de informação, mas, fundamentalmente, como um padrão de evitação diante do desconforto inerente à doença. Seu objetivo é o desenvolvimento da flexibilidade psicológica, isto é, a capacidade de entrar em contato com o momento presente e com eventos privados aversivos, sem tentar suprimi-los e sem que restrinjam o repertório comportamental, persistindo ou ajustando comportamentos de autocuidado alinhados aos valores pessoais (Gregg et al., 2007a; Hayes et al., 2021). Assim, ao contrário de metodologias convencionais que visam a reestruturação ou a modificação do conteúdo de pensamentos considerados negativos (como tentar persuadir o paciente de sua capacidade de aderir a uma dieta), a ACT direciona seu foco para a alteração da função e da maneira como o indivíduo se relaciona com essas experiências internas desafiadoras (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022).

A literatura aponta que a ACT opera através de mecanismos específicos que se mostram particularmente relevantes para o manejo da DM2. Dentre esses processos, destaca-se a desfusão cognitiva, que consiste em observar pensamentos que contribuem para limitar comportamentos em saúde como, por exemplo, o pensamento "eu nunca vou conseguir controlar essa doença" na condição de evento verbal transitório, e não de fato que autorize a interrupção do cuidado (Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022). Outro aspecto fundamental é a aceitação, que se refere à disposição de vivenciar desconfortos, sejam eles físicos (e.g., a fadiga inicial ao começar uma rotina de exercícios) ou emocionais (e.g., a ansiedade que antecede uma consulta médica), sem recorrer a estratégias de esquiva experiencial, que, no contexto da DM2, pode ser observada em comportamentos como a negligência na medição regular da glicemia, seja para evitar o desconforto da picada e a ansiedade associada ao resultado, seja para evitar o próprio contato com lembretes da condição diagnosticada (Ho et al., 2024).

Estudos prévios que investigaram a aplicação da ACT na DM2, como as pesquisas conduzidas por Gregg et al. (2007a), Abdollahi et al. (2020), Ngan et al. (2023) e Wang et al. (2024), demonstram melhora no controle glicêmico mesmo quando a intervenção não tem como alvo a redução de respostas emocionais associadas à condição, como

tristeza, irritação e medo. Esses achados sugerem que o efeito da ACT não decorre da alteração do estado emocional do paciente, mas de mudanças no próprio repertório de autocuidado. Dito de outro modo, o que se modifica é a relação entre os eventos privados e a ação, pois à medida que a pessoa passa a aceitar a presença, por exemplo, da culpa após a refeição, sem precisar removê-la antes de agir, esse evento deixa de ocasionar esquiva, e o engajamento em comportamentos como manter a prática de exercícios torna-se mais provável. Nessa direção, Gregg et al. (2007a) observaram que as mudanças na aceitação e no autocuidado mediaram o efeito da intervenção sobre a hemoglobina glicada (HbA1c), o que sugere que seja o aumento das respostas de autocuidado, e não a melhora do humor, o que responde pelo efeito metabólico.

No entanto, o formato das intervenções que produziram essas evidências apresenta limitação relevante para a Atenção Primária à Saúde (APS). Na revisão sistemática de Ruiz et al. (2025), quinze dos dezesseis estudos incluídos empregaram protocolos de oito a dezesseis sessões. Abdollahi et al. (2020), por exemplo, avaliaram os efeitos da ACT sobre o autocuidado em pacientes com DM2 ao longo de oito sessões, enquanto Zandi et al. (2023), compararam a ACT à terapia da realidade tomando a hemoglobina glicada como desfecho, em protocolo de dezoito sessões. Shayeghian et al. (2016), por sua vez, conduziram dez encontros consecutivos em um ensaio clínico randomizado no qual os estilos de enfrentamento do paciente atuaram como variável moderadora, ou seja, a magnitude do efeito da intervenção sobre o controle glicêmico variou conforme o modo habitual de o paciente lidar com situações estressoras. De modo geral, tais protocolos pressupõem condições próprias de centros especializados de saúde mental ou de clínicas universitárias, com profissionais especialistas e tempo disponível para intervenções de longa duração.

Essa exigência estrutural torna a transposição direta do modelo tradicional da ACT logisticamente inviável no cenário da APS. A Política Nacional de Atenção Básica estabelece que cada equipe de Saúde da Família seja responsável por uma população adscrita de 2.000 a 3.500 pessoas (Brasil, 2017), parâmetro que se combina, na rotina dos serviços, com a organização do cuidado pela demanda espontânea (Brasil, 2013). No plano empírico, a revisão sistemática de Irving et al. (2017), que analisou a duração da consulta em 67 países, situa o Brasil entre os sistemas de consulta breve, com médias inferiores às observadas em países de renda equivalente, condição que restringe estruturalmente o espaço destinado a intervenções comportamentais durante o

atendimento. Esse panorama é corroborado pela literatura clínica sobre a inserção de práticas psicológicas no cuidado primário (Robinson et al., 2010; Shoesmith et al., 2025).

Cabe ressaltar, contudo, que tais parâmetros não se distribuem homogeneamente entre as regiões brasileiras. Em Mato Grosso do Sul, estado composto por 79 municípios, estudo sobre a capital, Campo Grande, documentou que a ampliação do número de equipes de saúde da família, de saúde bucal e multiprofissionais entre 2013 e 2023 foi impulsionada pela conversão de unidades tradicionais em unidades de saúde da família, em 2018, e pela criação das residências em saúde da família, em 2020, alcançando cobertura de 100% nas áreas de maior exclusão social (Resende et al., 2024). Nos municípios de pequeno porte do interior, contexto em que o presente estudo foi conduzido, esse arranjo não se reproduz, pois as equipes são reduzidas e generalistas. Nessas unidades, o acompanhamento de pessoas com DM2 tende a ocorrer de forma episódica, em encontros mensais do programa Hiperdia voltados prioritariamente à aferição de parâmetros clínicos e à renovação de prescrições. Trata-se, portanto, de um cenário em que a adaptação da ACT a formatos breves, com preservação da fidelidade aos seus processos centrais, constitui condição para qualquer incorporação à rotina assistencial.

Essa necessidade encontra resposta no modelo de ACT breve, formalizado para contextos de contato breve e alta rotatividade, como a APS, no qual a aplicação da ACT é condensada em intervenções pontuais orientadas à ação comprometida (Strosahl et al., 2012). A produção empírica subsequente sustenta a plausibilidade dessa condensação. Dochat et al. (2021), em revisão sistemática e metanálise dedicada a intervenções de sessão única da ACT para condições crônicas de saúde, documentaram aceitabilidade e sinais preliminares de eficácia desse modelo. Na mesma direção, Kroska et al. (2020) compararam diretamente, em ensaio clínico randomizado, intervenções de sessão única da ACT com durações de 90 minutos, 3 horas e 6 horas. O formato mais breve de 90 minutos reduziu os sintomas depressivos de maneira sustentada ao longo de seis meses, sem apresentar inferioridade de eficácia em relação às versões de maior duração.

No ambiente específico da APS, Glover et al. (2016) avaliaram um protocolo de ACT breve em grupo, aplicado a veteranos de guerra atendidos em um serviço integrado de cuidados primários e saúde mental, ao longo de quatro sessões. Os participantes apresentaram mudança clinicamente significativa em estresse, depressão e ansiedade. Resultados convergentes foram descritos por Johns et al. (2024), que avaliaram um grupo virtual breve de ACT, estruturado em quatro encontros, voltado a pessoas com sintomas

de ansiedade e depressão atendidas na APS. Os autores observaram reduções clinicamente relevantes nos sintomas depressivos e ansiosos, além de aumento da flexibilidade psicológica e melhora da qualidade de vida, sustentadas em seguimento de três meses. Em conjunto, esses achados alinham-se às conclusões de revisões sistemáticas sobre a ACT em condições crônicas de saúde, que identificam efeitos consistentes sobre qualidade de vida e sintomatologia mesmo em protocolos de menor duração (Dochat et al., 2021; Konstantinou et al., 2023).

No domínio específico da mudança de comportamentos de saúde, Barreto et al. (2019) avaliaram uma sessão única de ACT, com 60 minutos de duração. No seguimento de 30 dias, os participantes relataram mudanças específicas no domínio comportamental escolhido e, sobretudo, aumento das ações emitidas em direção ao valor de autocuidado, este com a maior magnitude de efeito observada no estudo; imediatamente após a sessão, registrou-se ainda elevação da confiança relatada para iniciar a mudança. O efeito mais expressivo da intervenção breve incidiu sobre o repertório de ação orientado por valores, e não sobre a avaliação que o participante fazia da própria capacidade.

Entre os estudos que aplicaram formatos breves de ACT especificamente a pacientes com DM2, destaca-se o ensaio de Gregg et al. (2007a). Os autores aplicaram, em centros de saúde comunitários, uma intervenção de ACT em sessão única de oito horas, articulando aceitação, atenção plena e clarificação de valores; o protocolo produziu melhorias nos comportamentos de autocuidado e elevou a proporção de participantes que atingiram a meta de controle glicêmico. Em formato ainda mais condensado (45 minutos), Lipsett e Berkman (2025) avaliaram a aplicação da ACT a populações sob alto risco de desenvolver DM2. Em comparação ao grupo controle, os participantes do grupo ACT apresentaram redução estatisticamente significativa da vergonha corporal, desfecho primário do estudo, redução que se associou a menor ansiedade, a menor percepção de ameaça relacionada à condição clínica, a menor sofrimento ligado a diabetes e a maior autoeficácia relatada para o engajamento futuro em práticas de prevenção e autocuidado. Os benefícios de intervenções breves estendem-se, ainda, a outros tipos de diabetes, como demonstrado por Stefanescu et al. (2024) que implementaram quatro sessões individuais por telessaúde com adultos com diabetes tipo 1 e observaram redução do estresse associado à cronicidade, acompanhada de ganhos em aceitação da doença e em flexibilidade psicológica. Cabe registrar que os estudos de Gregg et al. (2007a), Lipsett e Berkman (2025) e Stefanescu et al. (2024) empregam operacionalizações heterogêneas

dos processos de mudança, incluindo construtos de matriz cognitivo-social, como a autoeficácia, adotada como desfecho por Lipsett e Berkman (2025).

Apesar desse embasamento e das recomendações de revisões sistemáticas recentes para a ampliação de estudos sobre ACT breve em populações médicas (Dochat et al., 2021), são escassos os dados sobre a transposição dessas adaptações para pessoas com DM2 acompanhadas na APS brasileira, sobretudo quanto ao modo como os próprios usuários avaliam uma intervenção condensada em sessão única, lacuna que justifica a realização de um estudo piloto. Diante disso, este estudo teve como objetivos verificar, junto aos participantes, a aceitabilidade e os resultados preliminares de intervenção breve em ACT (sessão única), direcionado à promoção do autocuidado em adultos com DM2 no contexto da APS. As perguntas de pesquisa que nortearam este trabalho foram: (1) o protocolo é aceitável para os participantes, considerando a avaliação que fazem, ao término da sessão, da intervenção como um todo, de sua duração, da clareza das explicações, da segurança para aplicar as orientações no cotidiano e da relevância do tema, bem como indicadores comportamentais de aceitação, como a disponibilidade para participar da sessão, a permanência até o seu término e a conclusão do seguimento?; (2) que mudanças de curto prazo, aferidas no seguimento de 15 dias, são observadas na flexibilidade psicológica dos participantes, mensurada pelo AAQ-II?; e (3) que mudanças de curto prazo são observadas nos comportamentos de autocuidado e nos sintomas de ansiedade e depressão? Dado o caráter preliminar desse estudo, as perguntas (2) e (3) têm natureza exploratória e geradora de hipóteses, não se destinando a estabelecer relações causais entre a intervenção e os desfechos avaliados.

2. Método

2.1 Delineamento do estudo

O presente estudo piloto, de caráter exploratório, adotou delineamento quase-experimental, contemplando um grupo intervenção (GI) e um grupo controle não equivalente em condição de tratamento habitual (GC). A coleta integrou projeto guarda-chuva desenvolvido no mesmo laboratório de pesquisa, que abrigou dois estudos de doutoramento independentes, conduzidos de forma concomitante na mesma unidade e junto à mesma população, com objetivos, instrumentos e desfechos distintos. Os usuários que compareceram à unidade foram distribuídos entre os dois protocolos de forma consecutiva, conforme a ordem de chegada, sem que a distribuição considerasse características sociodemográficas ou clínicas dos participantes, tampouco qualquer

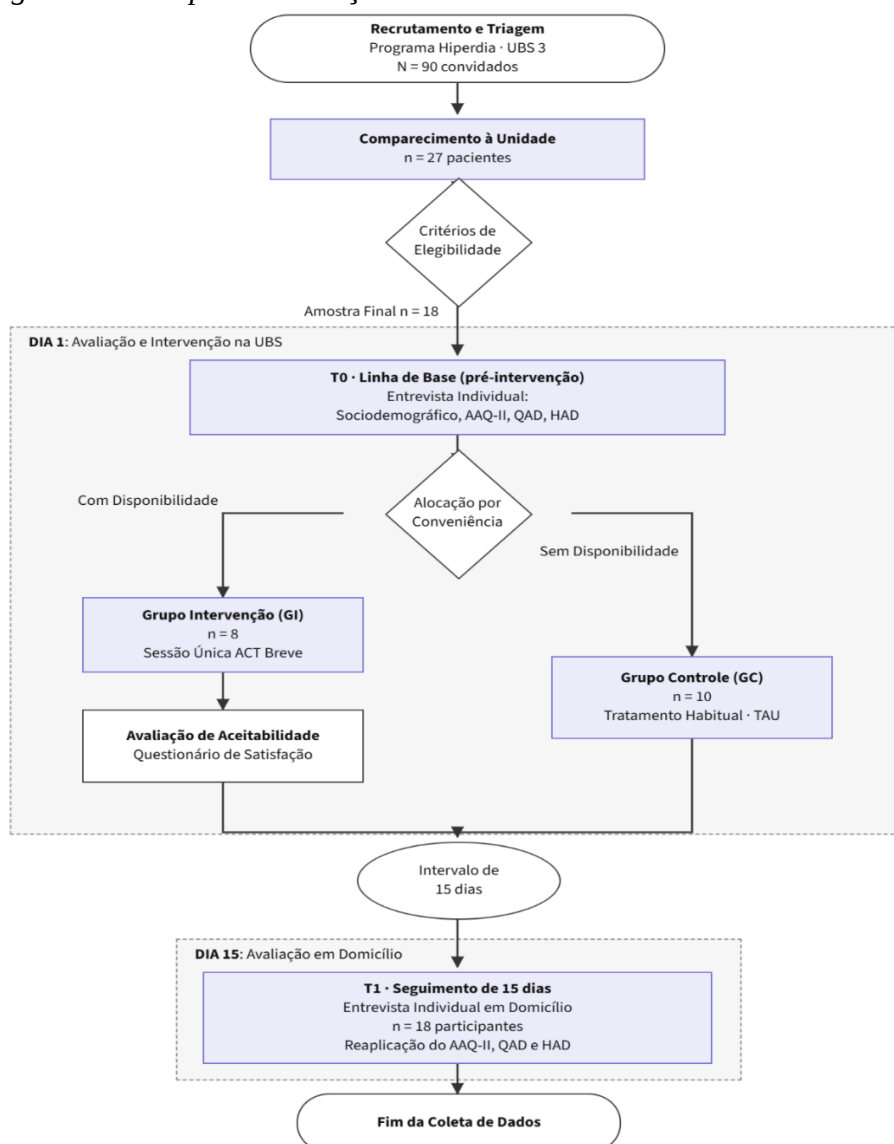
variável relacionada aos desfechos de um ou de outro estudo. Os dados aqui apresentados referem-se exclusivamente aos participantes vinculados a esse estudo.

A coleta de dados foi organizada nos seguintes tempos metodológicos:

- T0 (Linha de base / Pré-teste): Avaliação inicial para ambos os grupos.
- Aferição imediata de aceitabilidade: Realizada exclusivamente com o GI, logo após o término da sessão única, para medir a aceitabilidade do protocolo.
- T1 (seguimento de 15 dias após a intervenção): Avaliação realizada por visita domiciliar para ambos os grupos.

O fluxo dos participantes, desde a captação inicial até a conclusão da coleta de dados, seguiu as etapas de recrutamento, triagem, alocação e seguimento, conforme detalhado na Figura 1.

Figura 1.
Fluxograma do tempo de avaliação do estudo



2.2 Aspectos éticos do estudo

O presente estudo foi conduzido em estrita observância às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto de pesquisa, que contempla os estudos vinculados ao projeto guarda-chuva do qual esta investigação faz parte, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica Dom Bosco, sob o Parecer Consubstanciado nº 7.274.944 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 84659824.6.0000.5162. A participação no estudo foi estritamente voluntária. Todos os indivíduos recrutados foram devidamente informados sobre os objetivos, procedimentos, riscos mínimos e benefícios da pesquisa, formalizando sua anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, previamente ao início de qualquer procedimento de coleta de dados ou alocação nos grupos. Foram garantidos o sigilo e a confidencialidade da identidade dos participantes em todas as etapas da investigação.

Por fim, como contrapartida ética e social, estabeleceu-se que, ao término do processamento e da análise dos dados, as pesquisadoras disponibilizarão devolutiva geral dos achados, em formato de vídeo explicativo, aos participantes de ambos os grupos (GI e GC) e à equipe de saúde da unidade parceira. Fica igualmente assegurada aos participantes do GC a oferta do protocolo de ACT breve, em sessão presencial conduzida na unidade, nas mesmas condições e com o mesmo conteúdo aplicado ao GI. Essa aplicação foi programada, em articulação com a equipe da unidade, para momento posterior à análise dos dados.

2.3 Participantes e Local

O estudo foi conduzido entre os meses de março e abril de 2025 em uma Unidade Básica de Saúde de Sonora – MS, município de pequeno porte do interior do estado com 14.516 mil habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], s.d.). À época da coleta de dados, o sistema de monitoramento municipal da APS contabilizava 504 pessoas formalmente cadastradas com diagnóstico de DM2 em todo município. A seleção da referida UBS justificou-se por critérios estritamente operacionais e logísticos. Em decorrência da transição de mandato da gestão executiva municipal e das consequentes reformulações nos serviços locais, a unidade configurou-se como a única unidade disponível e com estrutura de pessoal plenamente operacional na data proposta.

O suporte institucional da unidade materializou-se pela atuação articulada de uma enfermeira coordenadora e de uma equipe completa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essa equipe foi indispensável para a realização da pesquisa, encarregando-se do levantamento nominal e mapeamento territorial dos pacientes diabéticos, do recrutamento por busca ativa e da sugestão de horários compatíveis com a rotina da comunidade, além de disponibilizar as salas físicas para a condução das intervenções.

Na referida unidade, o atendimento a esses pacientes ocorria de forma concentrada, uma vez ao mês, por meio do Programa Hiperdia (sistema do Ministério da Saúde para acompanhamento de hipertensão e diabetes) (Brasil, 2001). As ações desse programa refletiam o tratamento habitual da rede, compreendendo a aferição da pressão arterial e da glicemia em jejum, a verificação de peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e a renovação de receitas de uso contínuo.

Foram definidos critérios de elegibilidade destinados a delimitar a população-alvo e a reduzir fontes previsíveis de heterogeneidade entre os participantes, aspecto particularmente relevante na ausência de randomização. Constituíram critérios de inclusão: (a) idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos; (b) diagnóstico médico de DM2 autorrelatado pelo participante no momento da triagem, com tempo de evolução e de tratamento de, no mínimo, seis meses; (c) cadastro ativo e acompanhamento regular no Sistema Único de Saúde (SUS) do município; (d) suficiência na compreensão da língua portuguesa; e (e) comparecimento à unidade na data agendada para a coleta. Constituíram critérios de exclusão: (a) diagnóstico autorrelatado de Diabetes Mellitus tipo 1 ou de diabetes gestacional; (b) incapacidade cognitiva grave que impossibilitasse a compreensão das atividades propostas ou a resposta aos instrumentos; (c) engajamento simultâneo em psicoterapia intensiva fundamentada em preceitos análogos aos da ACT; e (d) intercorrências médicas agudas que inviabilizassem a participação presencial. Registra-se que a verificação do diagnóstico, do tempo de evolução e das condições de saúde associadas baseou-se exclusivamente no autorrelato dos participantes, no contexto do acompanhamento pelo programa Hiperdia da unidade, sem consulta a prontuário ou a exames confirmatórios.

Participaram do estudo 18 adultos com DM2 (GI: n = 8; GC: n = 10). A média de idade foi de 55,0 anos (DP = 7,4) no GI e de 58,8 anos (DP = 9,7) no GC. Quanto ao sexo, houve predominância feminina no GI (75,0%) e distribuição equitativa entre mulheres e homens no GC (50,0% cada). As variáveis sociodemográficas e clínicas não foram submetidas a testes de comparação em razão do reduzido tamanho amostral, de modo que

as assimetrias descritivas observadas entre os grupos, notadamente quanto à escolaridade, ao tempo de diagnóstico e à distribuição por sexo, não puderam ser controladas estatisticamente. Essa condição é retomada na seção de limitações.

Quanto às características sociodemográficas, a categoria de escolaridade mais frequente foi ensino fundamental (50,0%) no GI e ensino médio (50,0%) no GC. Em ambos os grupos, a maior parte dos participantes era casada (75,0% e 50,0%, respectivamente). Em relação à ocupação, predominou atividade remunerada no GI (62,5%) e no GC (40,0%).

No que se refere às características clínicas, metade dos participantes do GI (50,0%) tinha entre 16 e 25 anos de diagnóstico de DM2, enquanto no GC predominou a faixa de 6 a 10 anos (40,0%). A presença de complicações relacionadas à DM2 foi relatada por 62,5% dos participantes do GI e por 80,0% dos participantes do GC. As características sociodemográficas e clínicas dos participantes são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos participantes (N = 18)

Variável Sociodemográfica	Grupo intervenção (n = 8)	Grupo controle (n = 10)
	média ± DP	média ± DP
Idade (anos)	55,0 ± 7,4	58,8 ± 9,7
Sexo	n (%)	n (%)
Feminino	6 (75,0)	5 (50,0)
Masculino	2 (25,0)	5 (50,0)
Escolaridade		
Analfabeto	0 (0,0)	2 (20,0)
Ensino Fundamental	4 (50,0)	2 (20,0)
Ensino Médio	2 (25,0)	5 (50,0)
Ensino Superior	2 (25,0)	1 (10,0)
Estado civil		
Solteiro (a)	1 (12,5)	3 (30,0)
Casado (a)	6 (75,0)	5 (50,0)
Divorciado (a)	1 (12,5)	0 (0,0)
Viúvo (a)	0 (0,0)	2 (20,0)
Ocupação		
Atividade remunerada	5 (62,5)	4 (40,0)
Do Lar	3 (37,5)	2 (20,0)
Aposentado (a)	0 (0,0)	3 (30,0)
Desempregado (a)	0 (0,0)	1 (10,0)
Variável Clínica	Grupo intervenção (n = 8)	Grupo controle (n = 10)
	n (%)	n (%)
Tempo de diagnóstico		
≤ 5 anos	2 (25,0)	2 (20,0)

6–10 anos	2 (25,0)	4 (40,0)
11–15 anos	0 (0,0)	3 (30,0)
16–25 anos	4 (50,0)	1 (10,0)
Presença de complicações		
Sim	5 (62,5)	8 (80,0)
Não	3 (37,5)	2 (20,0)
Tipo de complicação		
Neuropatia	2 (25,0)	3 (30,0)
Retinopatia	2 (25,0)	2 (20,0)
Triglicerídeos	1 (12,5)	0 (0,0)
Nenhuma	3 (37,5)	4 (40,0)
Mais de uma listada	0 (0,0)	1 (10,0)

Nota. DP = desvio-padrão.

2.4 Instrumentos

Para a operacionalização das variáveis de interesse e a avaliação dos desfechos propostos, o protocolo de pesquisa foi composto por um conjunto de instrumentos padronizados, além de formulários desenvolvidos especificamente para este estudo. A aplicação ocorreu mediante os seguintes instrumentos:

Questionário Sociodemográfico e Clínico: Foi elaborado um instrumento estruturado especificamente para esta pesquisa, com a finalidade de caracterizar a amostra e coletar variáveis sociodemográficas e clínicas relevantes ao estudo. O questionário contemplou informações sociodemográficas (e.g., idade, sexo, escolaridade e estado civil) e clínicas potencialmente relacionadas ao manejo da DM2, incluindo tempo de diagnóstico, presença de comorbidades, complicações relacionadas à doença e outras características do histórico de saúde dos participantes. Essas informações possibilitaram a caracterização contextual da amostra e subsidiaram as análises descritivas do estudo. A versão completa do instrumento encontra-se apresentada no Apêndice A.

Questionário de Aceitação e Ação (AAQ-II): Para a mensuração da esQUIVA experiencial e da flexibilidade psicológica, empregou-se o AAQ-II. Desenvolvido originalmente por Bond et al. (2011), o instrumento foi traduzido e adaptado para o Brasil por Barbosa e Murta (2015), cuja amostra de validação apresentou coeficiente alfa de Cronbach de 0,87. Trata-se de um instrumento unifatorial composto por sete itens, cujas respostas são organizadas em uma escala do tipo *Likert* de sete pontos, variando de 1 ("nunca verdadeira") a 7 ("sempre verdadeira"). Conforme descrito por Barbosa e Murta (2015), os escores totais possíveis variam entre 7 e 49 pontos. Em termos de interpretação clínica, pontuações mais baixas indicam maior aceitação psicológica e maior probabilidade de agir em consonância com valores pessoais, mesmo na presença de

emoções e pensamentos aversivos. A versão completa do instrumento encontra-se apresentada no Anexo I.

Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD): Versão traduzida e adaptada transculturalmente para o Brasil por Michels et al. (2010), a partir do instrumento original *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (SDSCA). A ferramenta afere a frequência do autocuidado executado por pacientes com DM2 nos últimos sete dias, distribuída em 15 itens organizados em seis dimensões fundamentais do manejo da doença. Na validação brasileira, Michels et al. (2010) reportaram os seguintes coeficientes alfa de *Cronbach*: alimentação geral (dois itens; $\alpha = 0,61$), alimentação específica (três itens; $\alpha = 0,23$), atividade física (dois itens; $\alpha = 0,69$), monitorização da glicemia (dois itens; $\alpha = 0,86$), cuidado com os pés (três itens; $\alpha = 0,28$) e uso da medicação (três itens; $\alpha = 0,09$). A versão completa do instrumento encontra-se apresentada no Anexo II.

Cabe destacar que algumas subescalas do QAD apresentam consistência interna limitada na amostra de validação brasileira. Embora esses índices sejam uma característica conhecida e documentada do instrumento em sua versão original (Toobert et al., 2000) e reflitam a heterogeneidade comportamental das dimensões avaliadas, os resultados referentes a essas subescalas devem ser interpretados com cautela, sendo considerados como indicadores exploratórios e não como medidas psicometricamente robustas. A inclusão dessas dimensões nas análises foi mantida para fins de caracterização ampla do perfil de autocuidado da amostra. Quanto à terminologia, "autocuidado" designa o construto amplo mensurado pelo QAD como um todo, correspondente às seis dimensões comportamentais avaliadas pelo instrumento. "Adesão" é reservado à dimensão de uso da medicação, conforme a nomenclatura do próprio instrumento. Em ambos os casos, os termos referem-se à frequência autorrelatada de comportamentos específicos nos sete dias precedentes à aplicação do questionário, sem implicar atribuição de traço de personalidade ou de postura geral de obediência ao tratamento aos participantes.

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD): O rastreio de sintomas afetivos foi conduzido por meio da escala HAD. O instrumento é composto por 14 itens pontuados em formato *Likert* (variando de 0 a 3 pontos cada), estruturados em duas subescalas independentes: sete questões direcionadas à investigação de sintomas e comportamentos relacionados à ansiedade, e sete destinadas ao mapeamento de sintomas de depressão. O escore global em cada subescala pode variar de 0 a 21 pontos. As

propriedades psicométricas deste instrumento demonstram adequação para o uso clínico, corroboradas por estudo de validação prévio com população diabética conduzido por Pais-Ribeiro et al. (2007), que reportou coeficientes Alfa de *Cronbach* consistentes, sendo 0,76 para a subescala de ansiedade e 0,81 para a subescala de depressão. A versão completa do instrumento encontra-se apresentada no Anexo III.

Questionário de Satisfação com a Intervenção: Para aferir a aceitabilidade e a adequação do protocolo de ACT breve, aplicou-se um questionário estruturado de satisfação, imediatamente após a conclusão da intervenção. O instrumento foi composto por cinco questões avaliativas, categorizadas em dois eixos temáticos: *I) Satisfação com a intervenção:* Avaliada por meio de três itens que investigaram a satisfação geral do paciente com o programa, a adequação da duração da intervenção e a clareza das explicações fornecidas pelo terapeuta durante a condução dos assuntos. *II) Melhoria da intervenção:* Composto por dois itens direcionados à percepção de aplicabilidade prática, questionando o nível de satisfação do indivíduo para aplicar as orientações propostas em seu cotidiano, bem como a sua satisfação em relação à relevância do tema abordado (diabetes e cuidados necessários). As respostas de todos os itens foram estruturadas e mensuradas por meio de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, cujas opções abrangeram: "Completamente satisfeito", "Satisfeito", "Razoavelmente satisfeito", "Pouco satisfeito" e "Nada satisfeito". O questionário foi desenvolvido especificamente para este estudo, com base em instrumentos de avaliação de satisfação empregados em pesquisas de intervenção semelhantes (Ngan et al., 2023), sendo utilizado com o propósito de caracterizar a aceitabilidade e a adequação do protocolo de ACT breve. A versão completa do instrumento encontra-se apresentada no Apêndice B.

2.5 Descrição da intervenção

2.5.1 Condição do Grupo de Intervenção ACT breve

O protocolo de intervenção consubstanciou-se em uma aplicação breve da ACT, baseada no modelo descrito por Gregg et al. (2007a, 2007b), já testado em pacientes com DM2, e adaptada ao contexto da APS brasileira. A intervenção foi conduzida em formato de grupo, estruturada em um encontro único, com duração de 120 minutos.

Conforme apresentado na Tabela 2, o protocolo foi organizado em torno de quatro dos seis processos do modelo de flexibilidade psicológica, representado pelo *Hexaflex* (Luoma et al., 2022), valores, aceitação, desfusão cognitiva e ação comprometida. O primeiro bloco articulou o estabelecimento do contrato terapêutico. O segundo introduziu

aceitação e desfusão cognitiva, empregando metáforas destinadas a alterar a função de pensamentos restritivos associados à cronicidade da DM2. O terceiro operacionalizou a ação comprometida por meio da construção de metas de autocuidado exequíveis. O quarto consistiu em encerramento e avaliação de reação. Os processos de contato com o momento presente e de eu-como-contexto não foram objeto de trabalho direto, opção consistente com a lógica das intervenções de dose reduzida, que priorizam os processos mais proximamente relacionados ao desfecho comportamental visado (Strosahl et al., 2012).

A intervenção foi conduzida pela pesquisadora principal, psicóloga (CRP-14/05512-8; Mestre em Psicologia), com cinco anos de experiência em ACT. Sua formação na abordagem, construída ao longo do mestrado e do doutorado, compreendeu o estudo sistemático da literatura de referência da abordagem, incluindo Hayes et al. (2021), Luoma et al. (2022) e Hofmann et al. (2023); participação em cursos, workshops e grupo de estudos na área, além da orientação recebida ao longo do desenvolvimento da tese. O roteiro estruturado de condutas, com as instruções verbais correspondentes a cada bloco da sessão, foi elaborado pela pesquisadora principal na etapa precedente do percurso investigativo, a partir do modelo de Gregg et al. (2007a, 2007b), e submetido à apreciação da orientadora do trabalho, pesquisadora da área da ACT, e de outro pesquisador do mesmo laboratório, igualmente dedicado ao estudo dessa abordagem. As contribuições resultantes dessa apreciação foram incorporadas à versão final, empregada como guia em todas as aplicações. O uso do roteiro e a estrutura sequencial dos blocos destinaram-se a reduzir a variabilidade entre as aplicações, mas não permitem, por si sós, atestar a fidelidade da implementação. As sessões não foram gravadas nem avaliadas por observador independente.

Tabela 2. Estrutura e conteúdo do protocolo de intervenção breve em ACT (Sessão Única)

Blocos	Objetivos	Procedimentos
1º Bloco: Apresentação e Escolha	Estabelecer vínculo com os participantes; apresentar a intervenção e suas etapas; enfatizar a importância de escolher ativamente a disposição para o autocuidado da diabetes.	Discussão sobre o problema: apresentação dos membros e dos objetivos do encontro; introdução do conceito "você tem uma escolha".
2º Bloco: Abertura e Aceitação	Propiciar a mudança na forma como o indivíduo se relaciona com pensamentos aversivos sobre a doença; promover a escolha de seguir em direção aos cuidados.	Discussão: pensamentos, sentimentos e sensações indesejadas relacionadas ao diabetes. Exercício: Metáfora sobre andar de bicicleta.
3º Bloco: Ação Comprometida	Estabelecer ações específicas, consistentes e exequíveis com as demandas de autocuidado na diabetes.	Exercícios práticos: Construção de planos para o autocuidado em diabetes; Dinâmica "Levante-se e comprometa-se".
4º Bloco: Fechamento	Finalizar a intervenção de forma integrativa e registrar o <i>feedback</i> imediato dos participantes.	<i>Feedback</i> verbal e aberto dos participantes sobre a experiência na intervenção.

2.5.2 Condição do Grupo Controle

Os participantes alocados no Grupo Controle (condição de tratamento habitual) não receberam intervenção psicológica estruturada no âmbito deste estudo, tampouco sessão de contato equiparada em duração e atenção profissional. Foi-lhes assegurada a manutenção integral do tratamento habitual, consistente na assistência médica e de enfermagem rotineira oferecida pelo programa Hiperdia da unidade, conforme descrito na subseção Participantes e Local. A ausência de condição de atenção equiparada decorreu do critério de alocação (disponibilidade de tempo para permanecer na unidade), descrito na subseção Recrutamento e alocação.

2.6 Procedimentos

2.6.1 Recrutamento e alocação

A etapa de identificação dos potenciais participantes foi conduzida de forma colaborativa com os profissionais da APS (enfermeira coordenadora e ACS), mediante rastreio prévio de prontuários e das listas de usuários adscritos à unidade. O recrutamento ocorreu por busca ativa, mediante convite direto e presencial realizado pelos ACS durante as visitas domiciliares de rotina. Para os pacientes não localizados em suas residências, encaminhou-se convite digital (card em formato de imagem) por meio do aplicativo WhatsApp, contendo data, horário e informações básicas sobre o estudo, via de comunicação já habitual na atuação dos ACS para a convocação dos encontros do programa Hiperdia. Não foi registrada a modalidade de convite pela qual cada participante foi efetivamente captado.

Em observância às recomendações da equipe de saúde e visando preservar a naturalidade do fluxo do serviço, todos os convites foram emitidos com exatamente uma semana de antecedência à data estipulada. Os convites distribuíram-se entre os períodos matutino e vespertino, a fim de evitar concentração de comparecimentos em um único horário. Foram convidados 90 usuários, dos quais 27 compareceram à unidade (taxa de comparecimento de 30,0%). Conforme descrito na subseção de delineamento, esses participantes foram distribuídos entre os dois estudos vinculados ao projeto guarda-chuva, segundo a ordem de chegada, tendo 18 integrado ao presente estudo e 9 ao estudo paralelo. Não houve, portanto, perda amostral entre o comparecimento e a inclusão: a diferença entre os 27 usuários presentes e os 18 participantes deste estudo decorre exclusivamente da distribuição entre os dois estudos.

No dia agendado, os usuários acolhidos nas dependências da UBS passaram por contato inicial presencial, que compreendeu a triagem definitiva de elegibilidade e o processo de consentimento. Ambos os procedimentos foram conduzidos pelos próprios pesquisadores responsáveis (a autora principal e pesquisadores vinculados ao mesmo laboratório, todos orientandos da mesma docente) pela aplicação subsequente dos instrumentos. Após a assinatura do termo de consentimento, deu-se início à avaliação de linha de base (pré-teste), com duração aproximada de 30 a 50 minutos por participante. Para mitigar potenciais vieses atrelados a limitações de escolaridade, a aplicação dos instrumentos operou-se em formato de entrevista individualizada, na qual um pesquisador conduzia a leitura das questões e auxiliava o participante no registro adequado de suas respostas. Em decorrência desse formato e do atendimento individual, os participantes

aguardaram em sala de espera até a realização da entrevista; aqueles que haviam declarado disponibilidade para permanecer na unidade aguardaram, em seguida, o início da sessão de intervenção.

Os participantes que finalizaram a entrevista de pré-teste (Apêndice A), mas manifestaram indisponibilidade para permanecer na unidade durante o período exigido pela sessão, foram alocados ao GC (condição de tratamento habitual). Aqueles que dispunham de tempo hábil para permanecer na UBS foram alocados ao GI e imediatamente direcionados às salas de atendimento coletivo, previamente reservadas na própria unidade, para a execução do protocolo de ACT breve.

Imediatamente após a conclusão das ações interventivas, os participantes do GI responderam à medida de satisfação do protocolo (Apêndice B) e foram informados sobre a avaliação de seguimento (T1), aos 15 dias após a intervenção. Essa janela temporal foi estabelecida de modo a permitir que o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes, que afere a frequência dos comportamentos nos sete dias precedentes, incidisse sobre um período integralmente posterior à intervenção, sem sobreposição com o período anterior à sessão. A escolha encontra respaldo direto na literatura de intervenções breves baseadas em ACT, como o estudo de Oravcova-Wheeler et al. (2026) que empregaram seguimento de duas semanas para avaliar os efeitos de uma intervenção única, orientada por valores e fundamentada na ACT, voltada ao autocuidado de jovens adultos com diabetes tipo 1, horizonte temporal equivalente ao adotado neste estudo. Considerou-se, ainda, que a literatura sobre intervenções breves documenta mudanças comportamentais iniciais mesmo em seguimentos mais longos, como os trinta dias adotados por Barreto et al. (2019), o que reforça a plausibilidade de captar sinais de mudança já em uma janela mais curta. Por fim, o intervalo curto constituiu estratégia de preservação da retenção em um contexto marcado por instabilidade administrativa e por dificuldades de deslocamento dos participantes, condições que tornavam elevado o risco de atrito em seguimentos mais extensos.

Na etapa de seguimento (T1, aos 15 dias pós-intervenção), durante as tentativas de agendamento telefônico, observou-se a recusa dos participantes em se deslocar à unidade de saúde com a finalidade exclusiva de avaliação. Com o intuito de mitigar a perda de seguimento e preservar a permanência dos participantes no estudo, a reaplicação dos instrumentos no seguimento foi remanejada para visitas domiciliares previamente agendadas, conduzidas em formato de entrevista individual estruturada pelas pesquisadoras vinculadas ao projeto guarda-chuva, as mesmas responsáveis pela coleta

de linha de base. Registra-se que as pesquisadoras não estavam cegas à condição de alocação dos participantes, limitação inerente ao porte da equipe e ao delineamento adotado.

2.7 Análise de dados

As análises estatísticas foram conduzidas no software JASP (versão 0.97.1). Inicialmente, a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra foi realizada por meio de estatística descritiva. As variáveis categóricas foram reportadas em frequências absolutas e relativas, enquanto as contínuas foram descritas por médias e desvios-padrão (incluindo as avaliações clínicas na linha de base e no seguimento e a variável idade, que apresentou distribuição normal segundo o teste de Shapiro-Wilk). Do mesmo modo, as respostas do Questionário de Satisfação com a Intervenção foram analisadas através das frequências da escala *Likert* de cinco pontos, optando-se por analisar cada item separadamente, em vez de criar um escore composto, para avaliar especificamente a adequação da intervenção a diferentes aspectos. A aceitabilidade foi examinada por meio das respostas expressas ao Questionário de Satisfação, adotando-se como critério escore médio igual ou superior a 4 em cada item. A taxa de comparecimento ao convite foi reportada apenas para caracterizar o processo de captação, uma vez que pode refletir fatores alheios à intervenção, como deslocamento, horário e compromissos de trabalho.

Devido ao delineamento quase-experimental e ao reduzido tamanho amostral (Grupo Intervenção, $n = 8$; Grupo Controle, $n = 10$), a estatística inferencial foi conduzida exclusivamente por meio de testes não paramétricos. A avaliação dos sinais preliminares englobou as dimensões de flexibilidade psicológica (AAQ-II), sintomas de ansiedade e depressão (HAD) e autocuidado em diabetes (QAD). Para as comparações intragrupo, utilizou-se o Teste de Wilcoxon (W), verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a linha de base (T0) e o seguimento aos 15 dias (T1) dentro de cada grupo. Adicionalmente, empregou-se o Teste de Mann-Whitney (U) para as comparações intergrupos, contrastando as pontuações entre o Grupo Intervenção e o Grupo Controle a fim de verificar a existência de diferenças na linha de base e no seguimento.

Para estimar a magnitude das diferenças encontradas em ambos os testes não paramétricos, calculou-se a Correlação Rank-Bisserial (r_{rb}). A classificação do tamanho de efeito baseou-se nos parâmetros propostos por Cohen (1988), sendo categorizado em pequeno (0,125), médio (0,304) e grande (0,465). Em termos práticos, essa métrica

expressa a magnitude da diferença observada, independentemente da significância estatística, sem equivaler, por si só, a relevância clínica, sobretudo em amostras pequenas, nas quais as estimativas são instáveis. Todas as análises adotaram um nível de significância fixado em $p < 0,05$.

Considerando o caráter piloto e exploratório deste estudo, não foi realizado cálculo formal do tamanho amostral com base em poder estatístico para testar hipóteses de eficácia ($1 - \beta = 0,80$), uma vez que esse não constitui o objetivo primário de estudos piloto. Nessa etapa de investigação, o dimensionamento amostral destina-se principalmente a examinar aspectos preliminares do protocolo, como sua aceitabilidade pelos participantes, e a estimar parâmetros, como médias, variâncias e tamanhos de efeito, que subsidiem o planejamento de ensaios clínicos randomizados de maior porte (Eldridge et al., 2016; Thabane et al., 2010). A amostra de 18 participantes mostrou-se adequada a esses propósitos, ainda que insuficiente para produzir estimativas precisas ou sustentar inferências generalizáveis. Por essa razão, os tamanhos de efeito foram reportados ao lado dos valores de p , subsidiando o dimensionamento de estudos subsequentes.

3. Resultados

As comparações intragrupo entre a linha de base (T0) e o seguimento de 15 dias (T1) são apresentadas na Tabela 3. No GC, observou-se uma redução estatisticamente significativa na dimensão de adesão à medicação do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), que declinou de uma média de 14,80 (DP = 3,97) no T0 para 8,70 (DP = 4,00) no T1 ($p = 0,003$, $r_{rb} = 1,000$). As demais variáveis analisadas neste grupo não apresentaram modificações estatisticamente significativas ao longo do tempo. No GI, nenhuma diferença intragrupo alcançou significância estatística ($p < 0,05$), embora três variáveis tenham apresentado valores de p próximos ao limiar adotado, com tamanhos de efeito grandes. A flexibilidade psicológica, mensurada pelo Questionário de Aceitação e Ação (AAQ-II), indicou uma aproximação da significância estatística, com pontuações variando de 30,25 (DP = 12,95) para 22,13 (DP = 11,68) ($p = 0,054$). Tendências semelhantes constam para as dimensões do QAD referentes à alimentação geral ($p = 0,057$) e alimentação específica ($p = 0,058$).

Tabela 3. Estatísticas Descritivas e Comparações Intragrupo (Pré vs. Pós) para os Grupos Controle e Intervenção

Variável	Grupo Controle					Grupo Intervenção				
	Pré M(DP)	Pós M(DP)	W	p	r _{rb}	Pré M(DP)	Pós M(DP)	W	p	r _{rb}
AAQ-II	38.00 (15.56)	36.10 (14.00)	23.00	.147	0.642	30.25 (12.95)	22.13 (11.68)	15.00	.054	1.000
HADS (ansiedade)	6.300 (3.889)	6.300 (3.860)	25.50	.878	-0.072	4.750 (3.151)	4.625 (3.335)	1.000	1.000	1.000
HADS (depressão)	6.300 (3.860)	6.000 (3.621)	30.00	.838	0.090	5.125 (4.941)	4.875 (5.167)	1.000	1.000	1.000
QAD (Alimentação Geral)	7.800 (4.962)	8.000 (5.375)	17.00	.944	-0.055	9.000 (4.629)	13.63 (0.7440)	0.000	.057	-1.000
QAD (Alimentação Específica)	12.40 (3.978)	13.80 (4.826)	22.50	.646	-0.181	14.50 (3.854)	17.88 (2.295)	0.000	.058	-1.000
QAD (Medicação)	14.80 (3.967)	8.700 (4.001)	55.00	.003	1.000	15.50 (2.777)	15.75 (3.240)	0.000	.346	-1.000

Variável	Grupo Controle					Grupo Intervenção				
	Pré M(DP)	Pós M(DP)	W	p	r _{rb}	Pré M(DP)	Pós M(DP)	W	p	r _{rb}
QAD (Monitorar Glicemia)	5.900 (6.471)	8.200 (5.329)	1.500	.071	-0.857	5.750 (5.776)	5.000 (2.138)	12.00	.833	0.142
QAD (Cuidado com pés)	15.90 (5.486)	17.60 (4.624)	0.000	.174	-1.000	13.63 (6.567)	18.63 (3.292)	1.500	.136	-0.800
QAD (Atividade física)	5.000 (5.375)	5.100 (4.954)	18.50	1.000	0.027	6.625 (4.565)	8.750 (1.832)	4.500	.246	-0.571

Nota. GC = Grupo Controle (n = 10); GI = Grupo Intervenção (n = 8); Pré = Pré-teste (Linha de base); Pós = Seguimento de 15 dias (T1); M = Média bruto; DP = Desvio Padrão bruto; W = Estatística de Teste de Wilcoxon; p = nível de significância (p-valor); r_{rb} = Correlação Rank-Biserial (Tamanho do Efeito). No AAQ-II, menores escores indicam maior flexibilidade psicológica. Na HADS, escores mais elevados indicam maior intensidade de sintomas de ansiedade ou depressão. No Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), maiores escores indicam maior frequência de autocuidado em cada domínio avaliado.

Na linha de base (T0), as análises não apontaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre o Grupo Intervenção e o Grupo Controle nas variáveis clínicas e comportamentais avaliadas, conforme apresentado na Tabela 4. A flexibilidade psicológica, os sintomas de ansiedade e depressão e as diversas dimensões de autocuidado em diabetes não diferiram estatisticamente entre os grupos antes da aplicação da intervenção.

No seguimento de 15 dias (T1), observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Tabela 4). Em relação à flexibilidade psicológica (AAQ-II), o Grupo Intervenção apresentou pontuações significativamente menores, indicando maior flexibilidade, com média de 22,13 (DP = 11,68) em comparação aos 36,10 (DP = 14,00) do Grupo Controle ($p = 0,023$, $r_{rb} = 0,65$). No âmbito dos comportamentos de autocuidado (QAD), os dados intergrupos evidenciam que o Grupo Intervenção reportou níveis superiores na dimensão de alimentação geral com média de 13,63 (DP = 0,74) frente à média de 8,00 (DP = 5,38) do Grupo Controle ($p = 0,029$, $r_{rb} = -0,59$). A adesão à medicação também foi superior no Grupo Intervenção com média de 15,75 (DP = 3,24) versus a média de 8,80 (DP = 3,97) do Grupo Controle ($p = 0,011$, $r_{rb} = -0,70$). Em direção oposta, os escores relacionados ao monitoramento da glicemia foram estatisticamente menores no Grupo Intervenção, apresentando média de 5,00 (DP = 2,14), quando comparados à média de 8,20 (DP = 5,33) do Grupo Controle ($p = 0,025$, $r_{rb} = 0,63$). Não foram detectadas diferenças significativas para as variáveis de ansiedade, depressão, cuidado com os pés, atividade física e alimentação específica no momento de seguimento.

Embora sem alcançar significância estatística, as dimensões de alimentação específica ($p = 0,068$; $r_{rb} = -0,53$) e atividade física ($p = 0,087$; $r_{rb} = -0,49$) apresentaram, no seguimento, valores de p próximos ao limiar adotado e diferenças favoráveis ao GI, com tamanhos de efeito classificados como grandes segundo os parâmetros adotados. Dado o reduzido tamanho amostral, esses resultados não permitem inferir efeito da intervenção, mas indicam desfechos a serem priorizados no dimensionamento de ensaios futuros.

Tabela 4. *Comparações Intergrupos das Variáveis Clínicas e Comportamentais na Linha de Base (T0) e Seguimento de 15 dias (T1)*

Variável	Momento	GI: M (DP)	GC: M (DP)	U	p	Efeito (r_{rb})
HADS (Ansiedade)	Pré	4,75 (3,15)	6,30 (3,89)	35,00	0,686	0,13
	Pós	4,75 (3,15)	6,30 (3,86)	25,00	0,192	0,38
HADS (Depressão)	Pré	5,13 (4,94)	6,30 (3,86)	30,50	0,419	0,24
	Pós	4,88 (5,17)	6,00 (3,62)	30,00	0,394	0,25
QAD (Alimentação Geral)	Pré	9,00 (4,63)	7,80 (4,96)	46,50	0,588	-0,16
	Pós	13,63 (0,74)	8,00 (5,38)	63,50	0,029*	-0,59
QAD (Alimentação Específica)	Pré	14,50 (3,85)	12,40 (3,98)	55,50	0,179	-0,39

Variável	Momento	GI: M (DP)	GC: M (DP)	U	<i>p</i>	Efeito (<i>r_{rb}</i>)
QAD (Atividade Física)	Pós	17,88 (2,30)	13,80 (4,83)	61,00	0,068	-0,53
	Pré	6,63 (4,57)	5,00 (5,38)	50,50	0,371	-0,26
QAD (Monitorar Glicemia)	Pós	8,75 (1,83)	5,10 (4,95)	59,50	0,087	-0,49
	Pré	5,75 (5,78)	5,90 (6,47)	44,50	0,716	-0,11
QAD (Medicação)	Pós	5,00 (2,14)	8,20 (5,33)	15,00	0,025*	0,63
	Pré	15,75 (3,24)	14,80 (3,97)	42,00	0,873	-0,05
	Pós	15,75 (3,24)	8,80 (3,97)	68,00	0,011*	-0,70
QAD (Cuidado com pés)	Pré	13,63 (6,57)	15,90 (5,49)	33,50	0,587	0,16

Variável	Momento	GI: M (DP)	GC: M (DP)	U	<i>p</i>	Efeito (<i>r_{rb}</i>)
AAQ-II	Pós	18,63 (3,29)	17,60 (4,62)	48,00	0,475	-0,20
	Pré	30,25 (12,95)	38,00 (15,56)	31,00	0,450	0,23
	Pós	22,13 (11,68)	36,10 (14,00)	14,00	0,023*	0,65

Nota. GC = Grupo Controle (n = 10); GI = Grupo Intervenção (n = 8); M = Média; DP = Desvio Padrão; U = Estatística do Teste de Mann-Whitney; *p* = Nível de significância; *r_{rb}* = Correlação Rank-Bisserial (Tamanho de Efeito); T0 = Linha de base; T1 = Seguimento aos 15 dias após a intervenção. No AAQ-II, menores escores indicam maior flexibilidade psicológica. Na HADS, escores mais elevados indicam maior intensidade de sintomas de ansiedade ou depressão. No Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), maiores escores indicam maior frequência de autocuidado em cada domínio avaliado.

* *p* < 0,05.

Quanto à aceitabilidade, os resultados superaram o critério definido a priori (escore médio ≥ 4). A análise do Questionário de Satisfação com a Intervenção, aplicado imediatamente após a sessão, revelou que 100% dos participantes avaliados relataram estar "completamente satisfeitos" (escore máximo de 5). Essa pontuação máxima foi unânime em todos os cinco aspectos contemplados pelo instrumento: satisfação geral com o programa, adequação da duração da intervenção, clareza das explicações fornecidas pelo terapeuta, satisfação/segurança para aplicar as orientações no cotidiano e relevância do tema abordado. Não houve registro nas demais categorias da escala *Likert*.

4. Discussão

O presente estudo piloto teve como objetivos verificar, junto aos participantes, a aceitabilidade e avaliar os resultados preliminares de um protocolo de Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) breve (sessão única), voltado à promoção do autocuidado em adultos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) acompanhados na Atenção Primária à Saúde (APS). Na comparação entre os grupos no seguimento de 15 dias, o GI apresentou escores significativamente mais favoráveis que o GC na flexibilidade psicológica e na alimentação geral, com tamanhos de efeito grandes. A adesão à medicação também foi superior no GI, mas essa diferença decorreu da redução observada no GC, uma vez que o GI manteve escores estáveis. Em direção oposta, o monitoramento glicêmico foi menor no GI, diferença também decorrente sobretudo do aumento observado no GC, e não houve diferenças entre os grupos quanto aos sintomas de ansiedade e depressão. As dimensões de alimentação específica e atividade física apresentaram diferenças favoráveis ao GI, com tamanhos de efeito grandes, porém sem significância estatística. Quanto à aceitabilidade os participantes que receberam a intervenção a avaliaram acima do critério definido a priori em todos os itens e permaneceram até o término da sessão, embora mais da metade dos participantes incluídos tenha declarado indisponibilidade para permanecer pelo tempo que a sessão exigia. O delineamento quase-experimental, o tamanho amostral e o horizonte de aferição situam esses achados como sinais preliminares geradores de hipóteses, sem sustentar conclusões sobre eficácia clínica.

Os resultados observados são consistentes com a literatura que vem demonstrando a aceitabilidade e os efeitos preliminares de intervenções breves baseadas na ACT para condições crônicas de saúde (Dochat et al., 2021; Johns et al., 2024; Konstantinou et al., 2023). Diferentemente dos protocolos extensos que predominam na literatura sobre DM2,

formatos reduzidos têm produzido mudanças iniciais na flexibilidade psicológica e em comportamentos relacionados à saúde (Barreto et al., 2019; Gregg et al., 2007a; Kroska et al., 2020; Stefanescu et al., 2024). O presente trabalho acrescenta a essa produção evidências preliminares quanto à adaptação de tais protocolos à APS brasileira.

Quanto à flexibilidade psicológica, os participantes do GI apresentaram escores mais favoráveis que os do GC no seguimento, aferidos pelo AAQ-II, instrumento em que pontuações menores indicam menor esquivia experiencial. Esse padrão é compatível com o modelo teórico da ACT, que situa a ampliação da flexibilidade psicológica entre os processos envolvidos na mudança comportamental (Hayes et al., 2021; Hofmann et al., 2023; Luoma et al., 2022). No presente estudo, a mudança comportamental foi aferida pela frequência autorrelatada de autocuidado no QAD, de modo que a previsão teórica corresponderia à redução da esquivia experiencial acompanhada do incremento dessas práticas. O exame conjunto das duas medidas revela, contudo, um quadro parcial. A redução dos escores do AAQ-II acompanhou o aumento na dimensão de alimentação geral, mas não se estendeu às demais dimensões do QAD, que permaneceram estáveis ou seguiram direção contrária. Além de a mediação não ter sido testada formalmente, essa distribuição desigual, com convergência em apenas uma das seis dimensões avaliadas, impede atribuir à flexibilidade psicológica papel mediador sobre o autocuidado.

Em relação aos comportamentos de autocuidado, as diferenças entre os grupos concentraram-se em alimentação geral e adesão à medicação, e cada uma exige leitura distinta. Na alimentação geral, o aumento partiu do próprio GI, enquanto o GC permaneceu estável, o que torna plausível a hipótese de efeito da intervenção. Já na adesão à medicação, o GI manteve escores praticamente inalterados entre a linha de base e o seguimento, enquanto o GC apresentou redução estatisticamente significativa, com tamanho de efeito máximo. A diferença entre os grupos decorre, portanto, da queda observada no braço comparador, e não de incremento produzido pela intervenção. Uma hipótese possível é que a sessão tenha operado como fator de preservação de um repertório já estabelecido, em contexto no qual o grupo sem intervenção reduziu a frequência do comportamento. Essa formulação permanece especulativa, uma vez que o delineamento não permite identificar o que produziu a queda no GC. Acrescenta-se que a subescala de medicação apresentou consistência interna muito baixa na validação brasileira ($\alpha = 0,09$; Michels et al., 2010), o que reforça a cautela na interpretação desse resultado.

Os achados convergem parcialmente com Gregg et al. (2007a) e Abdollahi et al. (2020), que identificaram melhorias em comportamentos de manejo da diabetes após intervenções baseadas na ACT, ainda que esses estudos tenham avaliado conjuntos mais amplos de desfechos. Considerando o caráter exploratório do presente trabalho, não é possível afirmar que as diferenças observadas decorreram da intervenção. Fatores não mensurados, examinados adiante entre as limitações, podem ter concorrido para os resultados.

Um achado requer exame específico. No seguimento, os participantes do GI relataram frequência de monitoramento glicêmico inferior à dos participantes do GC ($M = 5,00$ e $M = 8,20$, respectivamente). A comparação intragrupo mostra, contudo, que essa diferença decorreu sobretudo do aumento da frequência no GC, de 5,90 para 8,20 ($p = 0,071$; $rrb = -0,86$), enquanto o GI permaneceu praticamente estável, de 5,75 para 5,00 ($p = 0,833$). O padrão é análogo ao observado na adesão à medicação, em que a diferença entre os grupos também se originou de mudança no braço comparador, e sua interpretação exige responder a duas questões distintas: por que o GI não ampliou o monitoramento e por que o GC o fez.

Quanto à primeira questão, a ausência de incremento no GI é coerente com o escopo do protocolo. A ACT não constitui intervenção comportamental específica para o monitoramento glicêmico, e o protocolo aplicado não teve como alvo a ampliação de comportamentos de vigilância. Soma-se a isso o número restrito de comportamentos que uma sessão única consegue abarcar. Como o tempo disponível obriga a selecionar poucos alvos, os comportamentos contemplados no plano de ação tendem a receber o engajamento do participante, enquanto os demais permanecem sem prescrição de mudança. Durante o terceiro bloco do protocolo, a terapeuta observou, na discussão dos planos com o grupo, que os compromissos se concentraram em alimentação e uso da medicação, sem menção ao monitoramento glicêmico. Como o conteúdo dos planos não foi registrado de forma sistemática, essa observação não constitui dado do estudo e serve apenas para sustentar a hipótese de que o esforço dos participantes possa ter se deslocado para os comportamentos efetivamente planejados.

Dois outros desfechos são compatíveis com essa interpretação, a alimentação específica e a atividade física, que registraram, no GI, elevação entre a linha de base e o seguimento, com tamanhos de efeito classificados como grandes na comparação entre os grupos no seguimento, ainda que sem alcançar significância estatística. Ambas se situam próximas dos comportamentos contemplados nos planos de ação, enquanto o

monitoramento glicêmico, ausente dos compromissos assumidos, seguiu direção contrária. O conjunto é compatível com a hipótese de que o engajamento se concentrou nos alvos selecionados durante a sessão e nos repertórios a eles associados. Em estudo piloto destinado a estimar parâmetros para investigações subsequentes, esses sinais orientam a definição dos desfechos prioritários e o dimensionamento amostral de ensaios futuros, ainda que não sustentem, isoladamente, conclusão sobre efeito da intervenção.

Quanto à segunda questão, o aumento do monitoramento no GC admite interpretação distinta. Em pessoas com DM2, a aferição da glicemia tem como uma de suas funções verificar o impacto de mudanças na alimentação, na atividade física e no uso da medicação sobre os níveis glicêmicos, além de avaliar episódios de hipoglicemia e intercorrências (ADA, 2024b). Sob essa perspectiva, a frequência de aferição pode elevar-se de forma reativa quando esses comportamentos se tornam irregulares, como meio de verificar alterações glicêmicas ou sintomas percebidos. No presente estudo, o aumento do monitoramento no GC coincidiu com a redução estatisticamente significativa da adesão à medicação nesse grupo e com escores de alimentação geral inferiores aos do GI no seguimento, configuração compatível com a hipótese de monitoramento reativo. Sob essa leitura, maior frequência de aferição não indicaria necessariamente melhor autocuidado, podendo sinalizar tentativa de controle diante de um manejo menos regular. A forma como o QAD afere esse comportamento torna essa leitura possível, já que seus dois itens registram apenas o número de dias em que o participante avaliou o açúcar no sangue (Michels et al., 2010; Toobert et al., 2000), sem distinguir a aferição planejada, prevista na rotina de tratamento, de outro tipo de aferição, realizada, por exemplo, após uma refeição mais volumosa ou o consumo de doces, nem especificar se foi feita pelo próprio participante ou por profissional de saúde. O escore informa, portanto, a frequência do comportamento, e não sua função ou adequação ao esquema terapêutico, limitação que diz respeito ao alcance da medida, e não à sua precisão, uma vez que essa dimensão apresentou a maior consistência interna na validação brasileira ($\alpha = 0,86$; Michels et al., 2010). Como o estudo não registrou os valores glicêmicos aferidos nem os motivos das aferições, essa hipótese também não pode ser verificada.

A convergência entre esses achados não confirma essas hipóteses, formuladas após a observação dos resultados, que permanecem especulativas, já que o estudo não avaliou os processos capazes de sustentá-las, como a esquivas experiencial diante do resultado da aferição, o seguimento de regras verbais sobre quando medir ou a reatividade emocional associada a valores glicêmicos elevados. Três explicações alternativas

concorrem com elas: a primeira envolve a instabilidade estatística esperada em amostras pequenas, nas quais o comportamento de poucos participantes altera a média do grupo e produz diferenças que não se sustentariam em amostras maiores; a segunda diz respeito a condições materiais não controladas, uma vez que a aferição domiciliar depende da posse de glicosímetro em funcionamento e da disponibilidade contínua de fitas reagentes e lancetas, itens cujo fornecimento pela rede pública é sujeito a interrupções; a terceira refere-se à orientação clínica recebida por cada participante, pois a frequência recomendada de automonitoramento varia conforme o esquema terapêutico e é maior entre usuários de insulina. Como nenhuma dessas informações foi registrada no formulário de caracterização, as três permanecem sem possibilidade de verificação neste estudo.

Já no que diz respeito aos sintomas de ansiedade e depressão, não foram observadas reduções estatisticamente significativas, em contraste com Kroska et al. (2020) e Lipsett e Berkman (2025). O efeito piso oferece uma primeira explicação plausível, uma vez que ambos os grupos apresentaram, na linha de base, médias abaixo do ponto de corte de oito pontos nas duas subescalas da HADS, faixa que o instrumento classifica como não indicativa de sintomatologia clínica. Com escores iniciais nessa amplitude, a margem para redução era estreita, condição esperada, dado que os critérios de elegibilidade não incluíram sofrimento psicológico elevado e a amostra corresponde aos usuários regularmente acompanhados pelo programa Hiperdia. Uma segunda explicação decorre da distinção entre esse achado e a demanda emocional descrita na fundamentação deste trabalho. A literatura sobre DM2 refere-se ao sofrimento específico associado ao manejo da doença, que envolve o desgaste das exigências diárias de autocuidado, o receio de complicações e a frustração diante do controle glicêmico. Esse construto não se confunde com sintomas gerais de ansiedade e depressão e não foi mensurado neste estudo. A ausência de mudança nos escores sintomáticos não permite concluir que os participantes estivessem livres de demanda emocional relacionada a diabetes, apenas que não apresentavam sintomatologia ansiosa ou depressiva elevada segundo o instrumento adotado. Uma terceira explicação envolve o próprio instrumento, já que a HADS exclui itens somáticos e pode apresentar menor sensibilidade a variações de pequena magnitude nessa faixa de escores.

Quanto à aceitabilidade, superou o critério definido a priori em todos os itens. A concentração unânime das respostas no ponto máximo da escala, contudo, sugere influência de desejabilidade social, dadas as condições de aplicação do instrumento,

respondido logo após a sessão, na própria unidade e na presença da pesquisadora que conduzira a intervenção, além de efeito teto, que reduz a capacidade do instrumento de discriminar diferentes graus de aceitação. Outros indicadores apontam em direção distinta. Mais da metade dos participantes incluídos (55,6%) declarou não dispor de tempo para permanecer na unidade durante a sessão, o que sugere que a demanda de tempo, relacionada à carga e aos custos de oportunidade, pode restringir a aceitabilidade do formato. Como a alocação dependeu justamente dessa disponibilidade, a avaliação máxima da duração reflete a perspectiva de quem já dispunha de tempo, e não necessariamente a dos usuários atendidos pela unidade. A recusa em retornar à unidade com a finalidade exclusiva de avaliação, por sua vez, indica baixa aceitabilidade de procedimentos de pesquisa que impliquem deslocamento adicional, limitação contornada pela realização das entrevistas de seguimento em domicílio. Acrescenta-se que a taxa de comparecimento ao convite (30,0%) sugere que os participantes podem corresponder aos usuários mais engajados no acompanhamento oferecido pela unidade, o que pode ter favorecido avaliações mais positivas. Alguns elementos do formato podem ter contribuído para a boa avaliação relatada, que envolve a realização da sessão em dia de funcionamento do programa Hiperdia, no mesmo turno da avaliação de linha de base e em sala da própria unidade, sem exigir deslocamento suplementar, e a leitura em voz alta dos instrumentos e dos materiais escritos, com auxílio no preenchimento, em atenção à escolaridade da amostra. Em sentido oposto, a sessão transcorreu de forma contínua, sem intervalos, em amostra composta majoritariamente por adultos de meia-idade e idosos com comorbidades, condição que pode ter afetado o engajamento nos blocos finais e que recomenda a previsão de pausas em aplicações subsequentes. Por fim, a aceitabilidade documentada refere-se à intervenção conduzida por pesquisadora externa ao serviço e com formação em ACT, e não permite inferir como os participantes avaliariam a sessão se conduzida pelas próprias equipes da unidade.

As limitações deste estudo concentram-se inicialmente no delineamento adotado, marcado pela ausência de randomização, com alocação determinada pela disponibilidade de tempo no dia da coleta, constituindo fonte potencial de viés de seleção, uma vez que os participantes com maior disponibilidade podem diferir dos demais quanto à organização da jornada de trabalho, ao arranjo de cuidados domésticos, à rede de apoio e à história de reforçamento associada às práticas de autocuidado. Os grupos não diferiram significativamente nas variáveis de desfecho na linha de base, mas apresentaram assimetrias descritivas em características sociodemográficas e clínicas que o tamanho

amostral impediu de controlar por ajuste estatístico. O GC permaneceu apenas no tratamento habitual oferecido pelo programa Hiperdia, restrito ao encontro mensal para aferição de parâmetros clínicos e renovação de receitas, sem receber sessão de duração e atenção profissional equivalentes às do GI. Por isso, não é possível separar o efeito do conteúdo da ACT do efeito de fatores inespecíficos presentes apenas no GI, como o contato com outros participantes em grupo, as cerca de duas horas de atenção profissional dedicada e a expectativa de benefício associada à participação em uma intervenção. Soma-se a isso que o seguimento foi conduzido por pesquisadoras não cegas à alocação, vinculadas à equipe que aplicou a intervenção, o que pode ter favorecido, no GI, o relato de maior frequência de autocuidado, em conformidade com o que os participantes supunham ser esperado (efeito de demanda). O seguimento de 15 dias, por sua vez, atendeu à janela de recordação do instrumento de autocuidado e à preservação da permanência dos participantes no estudo, mas não permite avaliar a manutenção das mudanças, lacuna já identificada por Dochat et al. (2021) na literatura sobre intervenções de sessão única.

A essas restrições somam-se outras relativas à caracterização da amostra. O diagnóstico de DM2, o tempo de evolução da doença e as condições de saúde associadas foram apurados por autorrelato, sem verificação documental. A caracterização clínica restringiu-se às complicações da DM2, sem registro de outras condições que podem interferir no autocuidado, como síndromes de dor crônica, nem de dados relevantes à interpretação do monitoramento glicêmico, como o uso de insulina.

No plano da mensuração, o estudo aferiu um único processo do modelo de flexibilidade psicológica, por meio do AAQ-II, de modo que a desfusão cognitiva e a ação orientada por valores, ambas trabalhadas no protocolo, permanecem sem avaliação específica. Também não se incorporaram medidas de autoeficácia, decisão decorrente do enquadramento teórico adotado, uma vez que a ACT não postula o incremento da confiança percebida como processo de mudança, mas a alteração da função de eventos privados e a ampliação do repertório sob controle de valores e de contingências. Não foram incluídos marcadores biológicos, como a HbA1c, cuja coleta se mostrou inviável em razão do horizonte temporal do estudo e de restrições de financiamento laboratorial no município. A fidelidade de implementação não foi verificada, pois as sessões não foram registradas em áudio ou vídeo nem avaliadas por observadores independentes ou checklists de aderência. A aceitabilidade foi aferida por questionário estruturado em escala *Likert*, elaborado para este estudo, sem propriedades psicométricas estabelecidas e

sem itens abertos, procedimento que fornece avaliação quantitativa da experiência dos participantes, mas não permite acrescentar sugestões de aperfeiçoamento nem compreender as razões das avaliações. O feedback verbal aberto, solicitado no bloco de fechamento da sessão, constituiria fonte qualitativa complementar de aceitabilidade, mas não foi registrado de forma sistemática, assim como o conteúdo dos planos de ação elaborados no terceiro bloco, que poderia indicar o grau de engajamento dos participantes nas atividades propostas. Tampouco foram exploradas as razões da indisponibilidade declarada pelos participantes que não permaneceram para a sessão, informação que permitiria caracterizar a aceitabilidade prospectiva do formato.

Uma ressalva mais ampla atravessa todas essas medidas, uma vez que os desfechos foram aferidos por instrumentos indiretos, nos quais o participante relata retrospectivamente a frequência dos próprios comportamentos. As medidas diretas operam de outro modo, pois incidem sobre a ocorrência do comportamento em seu contexto. Com isso, reduzem a influência de vieses de recordação e de desejabilidade social, permitem quantificar frequência, duração, latência e intensidade e viabilizam o registro repetido ao longo do tempo, condição para a análise funcional. A ressalva alcança diretamente este trabalho, cuja fundamentação analítico-comportamental toma o comportamento do indivíduo em seu contexto como unidade de análise, enquanto o delineamento adotado apoiou-se em comparações entre médias grupais obtidas por autorrelato.

No que tange às lacunas relativas ao registro de processo e à contrapartida ao braço comparador, não foram documentados parâmetros de processo que auxiliaram a interpretação da aceitabilidade, entre eles a modalidade de convite responsável pela captação de cada participante, a distribuição dos convites entre os turnos, a duração da triagem e os tempos de espera na unidade. Tratando-se de estudo que teve a aceitabilidade entre seus objetivos, protocolos futuros devem incorporar instrumento específico de registro de processo. A oferta do protocolo aos participantes do GC, por sua vez, não se efetivou no curso do estudo, tendo sido remanejada para momento posterior à análise dos dados em razão das barreiras logísticas e administrativas enfrentadas em campo. Essa postergação ganha relevo diante da redução observada na adesão à medicação desse grupo entre a linha de base e o seguimento.

O reconhecimento dessas limitações delineia a agenda das investigações subsequentes. Ensaios clínicos randomizados com amostras maiores, seguimentos de 3, 6 e 12 meses e marcadores clínicos objetivos, entre eles a HbA1c, o tempo em faixa

glicêmica, a pressão arterial, o perfil lipídico e indicadores de utilização dos serviços, permitirão verificar se os sinais aqui observados se mantêm e se convertem em benefícios metabólicos. O delineamento deve adotar randomização estratificada com ocultação da alocação e contemplar braços comparadores adicionais, distinguindo duas perguntas que este estudo não separa, a saber, se a intervenção supera uma condição de atenção equiparada, composta por sessão de mesma duração com atividades recreativas neutras, e se supera um comparador ativo de conteúdo, como sessão psicoeducativa sobre autocuidado em diabetes, formato já incorporado à rotina de muitas unidades.

Recomenda-se, ainda, a construção de formulações comportamentais individualizadas, mediante análise funcional dos repertórios de autocuidado de cada participante, de modo a identificar as contingências que mantêm os padrões de esquiva e as condições contextuais associadas ao engajamento nas práticas de manejo. Articuladas a análises formais de mediação, tais formulações esclarecerão em que medida as alterações na flexibilidade psicológica explicam as mudanças no autocuidado e deslocarão a investigação da comparação entre médias grupais para a análise das relações funcionais no comportamento de cada indivíduo. Análises de moderação poderão identificar em que condições e para quais repertórios prévios a intervenção se mostra mais efetiva. Cabe também incorporar o monitoramento glicêmico de modo explícito entre os alvos do plano de ação, registrar na linha de base a posse de equipamento, o acesso aos insumos, o uso de insulina e a prescrição médica de automonitoramento, complementar ao QAD com diário de automonitoramento que registre o horário, o contexto e o valor de cada aferição, empregar medidas específicas de sofrimento relacionado a diabetes e avaliar a aceitabilidade por meio de avaliador independente, aplicação diferida e instrumentos com propriedades psicométricas estabelecidas.

5. Considerações Finais

Este estudo piloto forneceu evidências iniciais de que um protocolo de ACT breve (sessão única) é aceitável para adultos com DM2 acompanhados no programa Hiperdia. Quanto aos desfechos avaliados, o seguimento de 15 dias registrou diferenças favoráveis ao grupo que recebeu a intervenção na flexibilidade psicológica e na alimentação geral, além da manutenção da adesão à medicação diante da queda observada no grupo controle, ausência de mudança nos sintomas de ansiedade e depressão, cujos escores iniciais já se situavam abaixo do ponto de corte clínico, e um resultado em direção contrária no monitoramento glicêmico, associado sobretudo ao aumento da frequência de aferição no

grupo controle, cuja interpretação é limitada pelo fato de o instrumento registrar a frequência, e não o contexto ou a função, das aferições. Esses achados constituem sinais preliminares, cuja confirmação depende de delineamentos com maior controle metodológico.

No plano teórico, o trabalho contribui ao oferecer um exame exploratório, em contexto brasileiro, da proposição de que intervenções orientadas à flexibilidade psicológica incidem sobre comportamentos de manejo de condições crônicas. A adaptação de um modelo desenvolvido em outro sistema de saúde para as condições da APS, com população de escolaridade heterogênea e formato condensado, produz informação sobre os limites dessa transposição. Os resultados desiguais entre as dimensões do autocuidado sugerem a hipótese, formulada a posteriori, de que o efeito de uma sessão única se concentre nos comportamentos incluídos no plano de ação, o que pode reorientar o desenho de protocolos breves e a seleção de desfechos em estudos futuros.

No plano prático, a contribuição situa-se na ampliação do acesso ao cuidado psicológico. Protocolos de baixa complexidade, ajustados ao tempo e aos recursos disponíveis nas unidades básicas, podem integrar-se às ações já existentes de manejo de condições crônicas sem exigir infraestrutura adicional nem contingente de profissionais especializados incompatível com a realidade dos serviços públicos brasileiros. A descrição das condições de aplicação, incluindo a articulação com a equipe local, o acoplamento ao calendário do programa e as adaptações exigidas pela escolaridade dos participantes, oferece referências para equipes que considerem implementar proposta semelhante, desde que atentas à demanda de tempo que o formato impõe aos participantes.

O alcance dessas contribuições depende de investigação orientada pela ciência da implementação, que examine a incorporação do protocolo pelas próprias equipes dos serviços, condição não verificada neste estudo, no qual a aplicação coube a pesquisadores externos. Permanece igualmente em aberto a questão da dose de intervenção em pessoas com DM2, entendida como o ponto a partir do qual os ganhos obtidos deixam de compensar o custo de cada sessão acrescentada, consideração relevante em contextos de recursos limitados.

6. Referências

- Abdollahi, S., Hatami, M., Manesh, F., & Askari, P. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the self-care and adherence to treatment in patients with type 2 diabetes. *International Archives of Health Sciences*, 7(2), 78. https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_13_20
- Ajele, K. W., & Idemudia, E. S. (2025). The role of depression and diabetes distress in glycemic control: A meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 221, 112014. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2025.112014>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee, ElSayed, N. A., Aleppo, G., Bannuru, R. R., Bruemmer, D., Collins, B. S., Ekhlaspour, L., Hilliard, M. E., Johnson, E. L., Khunti, K., Lingvay, I., Matfin, G., McCoy, R. G., Perry, M. L., Pilla, S. J., Polsky, S., Prahalad, P., Pratley, R. E., Segal, A. R., ... Gabbay, R. A. (2024a). 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: *Standards of Care in Diabetes—2024*. *Diabetes Care*, 47(Supplement_1), S11–S19. <https://doi.org/10.2337/dc24-S001>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024b). 7. Diabetes Technology: *Standards of Care in Diabetes—2024*. *Diabetes Care*, 47(Supplement_1), S126–S144. <https://doi.org/10.2337/dc24-S007>
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire—II - versão brasileira. *Psico-USF*, 20(1), 75–85. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200107>
- Barreto, M., Tran, T. A., & Gaynor, S. T. (2019). A Single-Session of Acceptance and Commitment Therapy for Health-Related behavior change: An Open Trial with a nonconcurrent matched comparison group. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.003>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire—II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: Protocolo* (Cadernos de Atenção Básica, 7). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Acolhimento à demanda espontânea* (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: aprova a Política Nacional de Atenção Básica*. Diário Oficial da União.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed., reprint). Lawrence Erlbaum Associates.

- Dochat, C., Wooldridge, J. S., Herbert, M. S., Lee, M. W., & Afari, N. (2021). Single-session acceptance and commitment therapy (ACT) interventions for patients with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 52–69. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.03.003>
- Eldridge, S. M., Chan, C. L., Campbell, M. J., Bond, C. M., Hopewell, S., Thabane, L., & Lancaster, G. A. (2016). *CONSORT 2010 statement: Extension to randomised pilot and feasibility trials*. *BMJ*, 355, i5239. <https://doi.org/10.1136/bmj.i5239>
- Genitsaridi, I., Salpea, P., Salim, A., Sajjadi, S. F., Tomic, D., James, S., Thirunavukkarasu, S., Issaka, A., Chen, L., Basit, A., Luk, A. O. Y., Ma, R. C. W., Mbanya, J.-C., Ramachandran, A., Wild, S. H., Duncan, B. B., Boyko, E. J., & Magliano, D. J. (2025). 11th edition of the IDF Diabetes Atlas: Global, regional, and national diabetes prevalence estimates for 2024 and projections for 2050. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, S2213858725002992. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(25\)00299-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00299-2)
- Glover, N. G., Sylvers, P. D., Shearer, E. M., Kane, M.-C., Clasen, P. C., Epler, A. J., Plumb-Villardaga, J. C., Bonow, J. T., & Jakupcak, M. (2016). The efficacy of Focused Acceptance and Commitment Therapy in VA primary care. *Psychological Services*, 13(2), 156–161. <https://doi.org/10.1037/ser0000062>
- Gonzalez, J. S., Tanenbaum, M. L., & Commissariat, P. V. (2016). Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice. *American Psychologist*, 71(7), 539–551. <https://doi.org/10.1037/a0040388>
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007a). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(2), 336. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.336>
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., & Hayes, S. C. (2007b). *The diabetes lifestyle book: Facing your fears and making changes for a long and healthy life*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175–190. <https://doi.org/10.1007/BF03391944>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021). “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry*, 20(3), 363–375. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente*. (2ª ed.) Artmed.

- Ho, J. K. Y., Williams, K., & Knight, G. (2024). Naturalistic outcomes from a service evaluation of individual acceptance and commitment informed therapy for people with Type 1 and Type 2 diabetes mellitus in Croydon, South London. *The Cognitive Behaviour Therapist*. <https://doi.org/10.1017/S1754470X24000461>
- Hofmann, S. G., Hayes, S.C. & Lorscheid, D.N. (2023). *Aprendendo a terapia baseada em processos: treinamento de habilidades para a mudança psicológica na prática clínica*. Artmed.
- Hoogendoorn, C. J., Krause-Steinrauf, H., Uschner, D., Wen, H., Presley, C. A., Legowski, E. A., Naik, A. D., Golden, S. H., Arends, V. L., Brown-Friday, J., Krakoff, J. A., Suratt, C. E., Waltje, A. H., Cherrington, A. L., Gonzalez, J. S., GRADE Research Group, Crandall, J. P., McKee, M. D., Behringer-Massera, S., ... Walker, E. (2024). Emotional Distress Predicts Reduced Type 2 Diabetes Treatment Adherence in the Glycemia Reduction Approaches in Diabetes: A Comparative Effectiveness Study (GRADE). *Diabetes Care*, 47(4), 629–637. <https://doi.org/10.2337/dc23-1401>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (s.d.). *Sonora (MS): Panorama*. IBGE Cidades. Recuperado em 17 de setembro de 2026, de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/sonora/panorama>
- International Diabetes Federation. (2025). *IDF Diabetes Atlas 11th Edition* (11th ed.). International Diabetes Federation. <https://diabetesatlas.org>
- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: A systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 7(10), e017902. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen2017-017902>
- Johns, E. K., Kokokyi, S., Neufeld, D., Krysanski, V., & Meek, B. P. (2024). Taking ACTion for anxiety and depression: A pilot study of a brief virtual Acceptance and commitment therapy group in primary care. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100812. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100812>
- Konstantinou, P., Ioannou, M., Melanthiou, D., Georgiou, K., Almas, I., Gloster, A. T., Kassianos, A. P., & Karekla, M. (2023). The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life and symptom improvement among chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 240–253. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.08.004>
- Kroska, E. B., Roche, A. I., & O'Hara, M. W. (2020). How much is enough in brief Acceptance and Commitment Therapy? A randomized trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 235–244. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.01.009>
- Lipsett, M., & Berkman, E. (2025). A randomized controlled trial of an acceptance and commitment therapy-informed diabetes prevention program reduces body shame and distress. *Health Psychology*, 44(5), 549. <https://doi.org/10.1037/hea0001434>

- Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2022). *Aprendendo ACT: manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas*. (2ª ed.) Sinopsys Editora.
- Michels, M. J., Coral, M. H. C., Sakae, T. M., Damas, T. B., & Furlanetto, L. M. (2010). Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: Tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 54(7), 644–651. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302010000700009>
- Ngan, H. Y., Chong, Y. Y., Loo, K. M., & Chien, W. T. (2023). Preliminary efficacy of an acceptance-based diabetes education (ACT-DE) programme for people with type 2 diabetes on diabetes distress and self-care behaviours: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 30, 50–60. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.09.002>
- Oravcova-Wheeler, Z. et al. (2026). Preliminary outcomes of a brief values-guided self-management intervention to improve glucose levels among emerging adults with type 1 diabetes and above-recommended HbA1c, a pilot study. *Endocrinology, Diabetes & Metabolism*, 9(4), e70255. <https://doi.org/10.1002/edm2.70255>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Resende, A. P. G. L., Geniole, L. A. I., Abdo, T. F. C., Galeano, A. G., Pereira, G. A., & Justino, L. C. L. (2024). Expansão da cobertura de Atenção Primária à Saúde em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil (2013-2023). *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(11), e04032024. <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.04032024>
- Roberts, M. Z., Scheiber, F., Moskovich, A. A., & Merwin, R. M. (2025). A Scoping Review of the Relationship Between Psychological (In)flexibility and Living with and Managing Type 1 and Type 2 Diabetes. *Behavioral Science*. <https://doi.org/10.3390/BS15060792>
- Robinson, P. J., Gould, D. A., & Strosahl, K. (2010). *Real behavior change in primary care: Improving patient outcomes & increasing job satisfaction*. New Harbinger Publ.
- Ruiz, P. H. G. de M., Abreu Junior, D. de C. de, & Kirchner, L. de F. (2025). Terapia de Aceitação e Compromisso para pessoas com diabetes tipo 2: Uma revisão sistemática. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 2025: Volume Especial sobre Terapia de Aceitação e Compromisso, 504–518. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.02447>
- Toober, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care Activities measure: Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23(7), 943–950. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943>

- Shayeghian, Z., Hassanabadi, H., Aguilar-Vafaie, M. E., Amiri, P., & Besharat, M. A. (2016). A Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy for Type 2 Diabetes Management: The Moderating Role of Coping Styles. *PLOS ONE*, 11(12), e0166599. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166599>
- Shoesmith, W. D., Kamu, A., & Pang, N. T. P. (2025). Developmental of a checklist of transdiagnostic therapeutic skills for use in general healthcare appointments. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 37, 100918. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2025.100918>
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov & R. Azzi, Trans.; 11^a ed.). Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953)
- Stefanescu, C., Tatu, A. L., Nechita, A., Iacob, C. I., Secara, E., Nicolescu, S., & Huiu, G. A. (2024). Brief online acceptance and commitment therapy for adults with type 1 diabetes: A pilot study. *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare*, 5, 1378946. <https://doi.org/10.3389/fcdhc.2024.1378946>
- Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger.
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., Robson, R., Thabane, M., Giangregorio, L., & Goldsmith, C. H. (2010). *A tutorial on pilot studies: The what, why and how*. *BMC Medical Research Methodology*, 10, 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-1>
- Wang, M., Liu, Q., Zhu, Z., Guo, X., Hu, X., & Cheng, L. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in people with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 21(4), 454–466. <https://doi.org/10.1111/wvn.12719>
- Whitehead, L. C., Crowe, M. T., Carter, J. D., Maskill, V. R., Carlyle, D., Bugge, C., & Frampton, C. M. A. (2017). A nurse-led education and cognitive behaviour therapy-based intervention among adults with uncontrolled type 2 diabetes: A randomised controlled trial. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(4), 821–829. <https://doi.org/10.1111/jep.12725>
- World Health Organization. (2019). *Classification of diabetes mellitus - 2019*.
- Zandi, A., DinpanahKhoshdarehgi, H., Madahi, M., & Jomehri, F. (2023). Comparing the Effect of Acceptance and Commitment Therapy and Reality Therapy on Hemoglobin A1c in Type 2 Diabetic Patients. *International Journal of Behavioral Sciences*, 16(4). <https://doi.org/10.30491/ijbs.2023.365143.1863>

CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS

Esta tese desenvolveu e avaliou, em três etapas complementares, um modelo breve de intervenção fundamentado na ACT, voltado à promoção do autocuidado de pessoas com DM2 no contexto da APS. Concluído o percurso, cabe retomar o que cada uma das etapas produziu, o que elas constroem quando consideradas em conjunto e os limites que esse conjunto ainda não ultrapassou.

A primeira etapa, correspondente ao artigo conceitual, teve como propósito identificar quais processos psicológicos deveriam orientar a intervenção e de que modo poderiam ser sistematicamente justificados. Ao integrar os processos de flexibilidade psicológica da ACT às Etapas 1 a 4 do MI, esse estudo produziu uma matriz que relaciona os principais comportamentos de autocuidado na DM2 à aceitação, à desfusão cognitiva e à clarificação de valores, tratadas como determinantes modificáveis no vocabulário do MI e, na leitura contextualista-funcional adotada, como relações comportamento-comportamento, e não como causas internas. Esse resultado ofereceu o alicerce teórico-metodológico necessário para que a intervenção desenvolvida na etapa seguinte fosse uma construção rastreável até seus fundamentos conceituais.

A segunda etapa traduziu essa matriz em um protocolo aplicado, uma sessão grupal única de noventa a cento e vinte minutos, descrito com detalhamento suficiente de conteúdos, metáforas e critérios de transposição para permitir sua réplica, o que responde à lacuna de operacionalização das intervenções baseadas na ACT descritas na literatura sobre diabetes. Duas decisões dessa etapa delimitam o alcance do produto e merecem ser retomadas. A duração adotada corresponde a cerca de um terço da média descrita para intervenções de sessão única da ACT em condições crônicas, e a supressão do acompanhamento de três meses previsto no protocolo de origem define o modelo como intervenção de contato único, cuja manutenção de efeitos dependerá de recursos complementares.

A terceira etapa submeteu esse protocolo a uma primeira avaliação empírica. O estudo piloto teve como um de seus objetivos verificar, junto aos próprios participantes, a aceitabilidade da intervenção e indicou elevada aceitabilidade: todos os que receberam a sessão permaneceram até o seu término e a avaliaram com a pontuação máxima quanto à satisfação geral, à duração, à clareza das explicações, à segurança para aplicar as orientações no cotidiano e à relevância do tema, ainda que mais da metade dos participantes incluídos tenha declarado não dispor de tempo para permanecer pelo período exigido pela sessão. No seguimento de quinze dias, o grupo intervenção

apresentou escores mais favoráveis quanto à flexibilidade psicológica e à alimentação geral; na dimensão de uso da medicação, a diferença entre os grupos decorreu da redução observada no grupo controle, e não de ganho no grupo intervenção. Esses achados atendem ao objetivo específico da etapa e sustentam a aceitabilidade do protocolo entre os usuários da APS que dele participaram, mas ainda não conferem sustentação empírica ao mecanismo proposto no primeiro artigo: a convergência entre o aumento da flexibilidade psicológica e o incremento do autocuidado limitou-se a uma das seis dimensões avaliadas, e a mediação não foi testada. O ciclo que parte da teoria, passa pelo desenvolvimento e chega ao campo foi, portanto, percorrido, mas permanece aberto à verificação.

Cabe registrar, ainda, uma condição de campo que contribuiu para a realização do estudo piloto e que deve ser considerada na interpretação de seus resultados envolvendo a inserção profissional da pesquisadora no município em que a pesquisa foi conduzida. Psicóloga vinculada a outra secretaria da administração municipal, a pesquisadora não integrava a equipe da unidade nem mantinha com ela relação hierárquica, mas conhecia previamente seus profissionais e a organização local da APS. Essa posição intermediária, de proximidade com o serviço sem pertencimento a ele, favoreceu a articulação com a enfermeira coordenadora e com os agentes comunitários de saúde, que se encarregaram do levantamento nominal dos usuários, da busca ativa, da sugestão de horários compatíveis com a rotina da comunidade e da cessão das salas, e permitiu que a coleta fosse conduzida em período de transição da gestão municipal, no qual a unidade era a única com estrutura de pessoal plenamente operacional. É plausível que a confiança previamente estabelecida tenha facilitado a adesão da equipe ao estudo e, por intermédio dos agentes comunitários, a receptividade dos usuários ao convite. O mesmo fator, contudo, exige ressalva, pois a familiaridade entre a pesquisadora e a equipe pode ter ampliado o empenho dos profissionais no recrutamento para além do que se observaria em condições habituais, e é possível que parte dos participantes reconhecesse a pesquisadora como profissional da rede municipal, condição que pode ter acentuado a desejabilidade social já apontada nas respostas ao questionário de satisfação, aplicado na presença da pesquisadora que conduziu a sessão. Desse modo, as condições de recrutamento, a permanência dos participantes e a aceitabilidade documentadas neste estudo refletem, em alguma medida, esse vínculo prévio com o serviço, e não apenas as características do protocolo, o que limita sua transferência para contextos em que a intervenção seja conduzida por pesquisadores ou profissionais sem relação anterior com

as equipes locais. Ao mesmo tempo, essa experiência indica que a articulação com a equipe da APS constitui componente relevante para a implementação de intervenções breves nesse nível de atenção, a ser deliberadamente planejado, e não apenas pressuposto, em aplicações futuras.

A contribuição do conjunto reside na articulação entre essas três etapas. A literatura sobre ACT aplicada à DM2 raramente apresenta, em uma mesma linha de pesquisa, o mapeamento conceitual, o protocolo replicável dele derivado e o primeiro teste de campo desse protocolo. É essa articulação, mais do que a magnitude dos efeitos observados, que esta tese oferece como modelo de pesquisa orientada à transposição do conhecimento científico para a prática, capaz de orientar a continuidade deste programa em um campo ainda marcado por heterogeneidade metodológica.

Essas contribuições precisam ser interpretadas à luz de limitações que atravessam o conjunto da tese. Em primeiro lugar, o percurso correspondeu apenas às etapas iniciais de um processo mais amplo de desenvolvimento e avaliação de intervenções, as Etapas 5 e 6 do MI, relativas à implementação em maior escala e à avaliação de efetividade, ainda não foram percorridas, de modo que o conjunto da tese deve ser compreendido como a fundação de um programa de pesquisa, e não como sua conclusão. Em segundo lugar, o estudo piloto não contemplou randomização nem condição de atenção equiparada, o que mantém os sinais observados confundidos com o viés de seleção decorrente do critério de alocação e com fatores inespecíficos comuns a qualquer encontro estruturado. Em terceiro lugar, a evidência empírica apoia-se em uma amostra de conveniência pequena, acompanhada por um período curto de quinze dias e avaliada exclusivamente por instrumentos de autorrelato, alguns com consistência interna reconhecidamente baixa, sem a inclusão de marcadores clínicos objetivos, como a hemoglobina glicada, que permitiriam verificar se os ganhos comportamentais e psicológicos observados se traduzem, a médio prazo, em melhor controle metabólico.

Soma-se a essas uma limitação de ordem prática, o protocolo foi concebido e aplicado por profissional com formação específica em ACT, e sua fidelidade de implementação não foi verificada, uma vez que as sessões não foram gravadas nem avaliadas por observador independente. Permanece, assim, sem resposta a questão de saber se o mesmo modelo manteria sua aceitabilidade e seus efeitos quando conduzido por equipes da APS sem essa formação especializada, cenário mais próximo da realidade da maioria dos serviços públicos brasileiros. Registra-se, por fim, o achado inesperado de redução nos escores de monitoramento glicêmico no grupo intervenção, resultado que a

presente tese não teve condições de explicar e que sinaliza a necessidade de investigações específicas sobre esse comportamento de autocuidado.

Essas limitações demarcam a agenda de pesquisa que se abre a partir deste trabalho. Recomenda-se, em primeiro lugar, a condução de ensaios clínicos randomizados, com amostras de maior porte, acompanhamento prolongado e condição de atenção equiparada, capazes de testar a eficácia do protocolo sobre desfechos clínicos objetivos, como o controle glicêmico. Esses ensaios devem incluir medidas dos demais processos trabalhados na sessão, como a desfusão cognitiva e a ação orientada por valores, e empregar análises de mediação que verifiquem se é o aumento da flexibilidade psicológica que responde pelas mudanças nos comportamentos de autocuidado, o que permitiria testar empiricamente a lógica teórica que fundamentou o primeiro artigo desta tese.

Igualmente sugere-se investigar a capacitação supervisionada de enfermeiros e de outros profissionais das equipes da APS como cofacilitadores do protocolo, verificando se a fidelidade e os efeitos da intervenção se mantêm fora da condução por especialistas em ACT, condição indispensável para que a escalabilidade proposta nesta tese se concretize nos fluxos do SUS. Estudos multicêntricos, conduzidos em diferentes regiões e contextos socioculturais do país, poderiam testar a compreensão das metáforas e dos exercícios propostos, cuja transposição ainda não foi validada junto aos usuários. Investigações qualitativas sobre a experiência dos pacientes, com avaliação independente, diferida e com instrumentos que contemplem os diferentes componentes da aceitabilidade, permitiriam examinar a aceitabilidade para além da satisfação máxima e unânime registrada no estudo piloto, possivelmente influenciada por desejabilidade social, e incluir a perspectiva dos usuários que não dispuseram de tempo para participar da sessão. Por fim, análises de custo-efetividade permitiriam avaliar o potencial de incorporação do modelo às políticas públicas de cuidado à diabetes, e a aplicação da mesma lógica de integração entre a ACT e o MI a outras condições crônicas ampliaria o alcance teórico-metodológico iniciado nesta tese.

Ao final deste percurso, retoma-se a justificativa que abriu esta tese: a de que o cuidado à DM2 não se resolve apenas pela transmissão de informação, mas depende de processos psicológicos que precisam ser compreendidos, sistematizados e traduzidos em ferramentas compatíveis com a realidade dos serviços de saúde e aceitáveis para seus usuários. Os três artigos que compõem este trabalho, lidos em conjunto, percorreram esse caminho, da identificação teórica desses processos à construção de um protocolo

replicável e, finalmente, à primeira evidência de que esse protocolo é aceito pelos usuários a que se destina. Esse percurso, ainda inicial diante da magnitude do problema de saúde pública que motivou esta tese, oferece uma base sobre a qual novas investigações podem se apoiar, com vistas à consolidação de um cuidado psicológico breve, replicável e acessível para as pessoas que convivem diariamente com a diabetes tipo 2 no Brasil.

Referências do Texto Introdutório

- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Acolhimento à demanda espontânea* (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1). Brasília: Ministério da Saúde.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007a). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336–343. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.336>
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., & Hayes, S. C. (2007b). *The diabetes lifestyle book: Facing your fears and making changes for a long and healthy life*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente*. (2ª ed.) Artmed.
- Hofmann, S. G., Hayes, S.C. & Lorscheid, D.N. (2023). *Aprendendo a terapia baseada em processos: treinamento de habilidades para a mudança psicológica na prática clínica*. Artmed.
- International Diabetes Federation. (2025). *IDF Diabetes Atlas 11th Edition* (11th ed.). International Diabetes Federation. <https://diabetesatlas.org>
- León-Hernández, R., Rodríguez-Pérez, A. C., Pérez-González, Y. M., De Córdova, M. I. P., De León-Escobedo, R., Gómez-Gutiérrez, T., & Toledano-Toledano, F. (2023). Psychosocial Factors Associated with Self-Management in Patients with Diabetes. *Healthcare*, 11(9), 1284. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091284>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2022). *Aprendendo ACT: manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas*. (2ª ed.) Sinopsys Editora.
- Ruiz, P. H. G. de M., Abreu Junior, D. de C. de, & Kirchner, L. de F. (2025). Terapia de Aceitação e Compromisso para pessoas com diabetes tipo 2: Uma revisão sistemática. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 2025: Volume Especial sobre Terapia de Aceitação e Compromisso, 504–518. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.02447>
- Ruiz, P. H. G. de M., Kirchner, L. de F., & Kern de Castro, E. (2026). Integrating Acceptance and Commitment Therapy with intervention mapping to enhance self-care in type 2 diabetes: A conceptual framework. *Frontiers in Psychology*, 17, 1822037. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1822037>
- Sakamoto, R., Ohtake, Y., Kataoka, Y., Matsuda, Y., Hata, T., Otonari, J., Yamane, A., Matsuoka, H., & Yoshiuchi, K. (2021). Efficacy of acceptance and commitment therapy for people with type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes Investigation*. <https://doi.org/10.1111/jdi.13658>

- Wang, M., Liu, Q., Zhu, Z., Guo, X., Hu, X., & Cheng, L. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in people with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 21(4), 454–466. <https://doi.org/10.1111/wvn.12719>
- World Health Organization. (2019). *Classification of diabetes mellitus - 2019*.
- World Health Organization. (2024). *Guidance on global monitoring for diabetes prevention and control: framework, indicators and application*. Geneva.
- Zu, W., Zhang, S., Du, L., Huang, X., Nie, W., & Wang, L. (2024). The effectiveness of psychological interventions on diabetes distress and glycemic level in adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 24(1), 660. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06125-z>

APÊNDICES

APÊNDICE A - *Questionário Sociodemográfico e Clínico*

Data de aplicação: _____

1. Dados pessoais

Nome Completo:		
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:
Escolaridade:	Ocupação:	
Endereço:		
Estado Civil:		
Email:	Telefone:	

2. Dados clínicos

Valor da glicemia no dia (DM tipo 2)
Peso: Altura: HbA1C:
Tempo de diagnóstico de diabetes:
Apresenta complicações em decorrência de diabetes? Se sim, qual (is) ?
Com quantas pessoas você reside? Descrever grau de parentesco se for o caso.

APÊNDICE B - Questionário de Satisfação com a Intervenção

Tópico	Questões	Assinale uma das respostas				
Satisfação com a intervenção	1. Você ficou satisfeito com o programa no geral?	Completamente satisfeito	Satisfeito	Razoavelmente satisfeito	Pouco satisfeito	Nada satisfeito
	2. Você ficou satisfeito com a duração da intervenção?	Completamente satisfeito	Satisfeito	Razoavelmente satisfeito	Pouco satisfeito	Nada satisfeito
	3. Você ficou satisfeito com a explicação do terapeuta sobre o assunto abordado?	Completamente satisfeito	Satisfeito	Razoavelmente satisfeito	Pouco satisfeito	Nada satisfeito
Melhoria da intervenção	1. No geral, o quanto você está satisfeito para aplicar as orientações propostas dessa intervenção no seu dia a dia?	Completamente satisfeito	Satisfeito	Razoavelmente satisfeito	Pouco satisfeito	Nada satisfeito
	2. Qual foi a sua satisfação sobre o assunto de diabetes e cuidados necessários?	Completamente satisfeito	Satisfeito	Razoavelmente satisfeito	Pouco satisfeito	Nada satisfeito

Anexo I
Questionário de Aceitação e Ação (AAQ-II)

Abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Avalie cada uma delas e marque sua escolha, de acordo com a escala abaixo:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca a verdadeiro	Raramente verdadeiro	Poucas vezes verdadeiro	Algumas vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro	Sempre verdadeiro
1. Não há nenhum problema quando me lembro de algo que seja desagradável.					1 2 3 4	5 6 7
2. Minhas experiências e lembranças dolorosas tornam difícil eu viver de acordo com meus valores.					1 2 3 4	5 6 7
3. Tenho medo dos meus sentimentos.					1 2 3 4	5 6 7
4. Preocupa-me não ser capaz de controlar as minhas preocupações e sentimentos.					1 2 3 4	5 6 7
5. Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena.					1 2 3 4	5 6 7
6. Estou no controle da minha vida.					1 2 3 4	5 6 7
7. As emoções causam problemas a minha vida.					1 2 3 4	5 6 7
8. Preocupações atravessam-se no caminho do meu sucesso.					1 2 3 4	5 6 7
9. Parece-me que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu.					1 2 3 4	5 6 7
10. Os meus pensamentos e sentimentos não interferem no modo como quero viver minha vida.					1 2 3 4	5 6 7

Anexo II

Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD)

As perguntas que se seguem questionam sobre seus cuidados com diabetes durante os últimos sete dias. Se você esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente:

1. Alimentação Geral										
1.1.Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7		
1.2.Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar dada por um profissional de saúde pública (médico, enfermeiro, nutricionista)?	0	1	2	3	4	5	6	7		
2. Alimentação específica										
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	0	1	2	3	4	5	6	7		
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?	0	1	2	3	4	5	6	7		
2.3 Em quantos dos últimos sete dias comeu doces?	0	1	2	3	4	5	6	7		
3. Atividade Física										
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)?	0	1	2	3	4	5	6	7		
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7		
4. Monitorização da glicemia										
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7		
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	0	1	2	3	4	5	6	7		
5. Cuidados com os pés										
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7		
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los?	0	1	2	3	4	5	6	7		
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-	0	1	2	3	4	5	6	7		

los?

6. Medicação

- | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos de diabetes, conforme foi recomendado? OU (se insulina e comprimidos): | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos de diabetes? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

7. Tabagismo

- 7.1 Você fumou um cigarro – ainda que só uma tragada – durante os últimos sete dias? ☐ Não
☐ Sim
- 7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____
- 7.3 Quando fumou o seu último cigarro?
- ☐ Nunca fumou
 - ☐ No último mês
 - ☐ Há mais de dois anos atrás
 - ☐ Hoje
 - ☐ Um a dois anos atrás
 - ☐ Quatro a doze meses atrás
 - ☐ Um a três meses atrás

Anexo III
Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)

1	Eu me sinto tensa (o) ou contraído (o)	A maior parte do tempo (3)	Boa parte do tempo (2)	De vez em quando (1)	Nunca (0)
2	Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes	Sim, do mesmo jeito que antes (0)	Não tanto quanto antes (1)	Só um pouco (2)	Já não consigo ter prazer em nada (3)
3	Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer	Sim, de jeito muito forte (3)	Sim, mas não tão forte (2)	Um pouco, mas isso não me preocupa (1)	Não sinto nada disso (1)
4	Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas	Do mesmo jeito que antes (0)	Atualmente um pouco menos (1)	Atualmente bem menos (2)	Não consigo mais (3)
5	Estou com a cabeça cheia de preocupações	A maior parte do tempo (3)	Boa parte do tempo (2)	De vez em quando (1)	Raramente (0)
6	Eu me sinto alegre	Nunca (3)	Poucas vezes (2)	Muitas vezes (1)	A maior parte do tempo (0)
7	Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado	Sim, quase sempre (0)	Muitas vezes (1)	Poucas vezes (2)	Nunca (3)
8	Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas	Quase sempre (3)	Muitas vezes (2)	Poucas vezes (1)	Nunca (0)
9	Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago	Nunca (0)	De vez em quando (1)	Muitas vezes (2)	Quase sempre (3)
10	Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência	Completamente (3)	Não estou mais me cuidando como eu deveria (2)	Talvez não tanto quanto antes (1)	Me cuido do mesmo jeito que antes (0)
11	Eu sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum	Sim demais (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Não me sinto assim (0)
12	Fico animada (o) esperando animada as coisas boas que estão por vir	Do mesmo jeito que antes (0)	Um pouco menos que antes (1)	Bem menos do que antes (2)	Quase nunca (3)
13	De repente, tenho a sensação de entrar em pânico	A quase todo momento (3)	Várias vezes (2)	De vez em quando (1)	Não senti isso (0)
14	Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa	Quase sempre (0)	Várias vezes (1)	Poucas vezes (2)	Quase nunca (3)