

Barreiras percebidas e estratégias de enfrentamento desenvolvidas por portadores do *diabetes mellitus* tipo II para adesão à caminhada

Perceived barriers and coping strategies developed by patients with type 2 *diabetes mellitus* to join to walking

Marco Antonio Vieira da Silva, Giovana Renata Gouvêa, Thaís Moreira São João, Rúbia de Freitas Agondi e Fábio Luiz Mialhe

Recebido 29 novembro 2015 / Enviado para Modificação 22 fevereiro 2020 / Aprovado 15 maio 2020

RESUMO

Objetivo Investigar as barreiras percebidas e as estratégias de enfrentamento para a efetivação da prática de caminhada identificadas entre portadores do diabetes mellitus (DM) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Metodologia Uma amostra de 83 portadores do DM, usuários do SUS, foi inquirida a refletir sobre os obstáculos que os impediam de praticar a caminhada, e formular planos de enfrentamento para superar tais obstáculos. Foram categorizados os obstáculos levantados e os planos desenvolvidos quanto à similaridade e submetidos à análise de frequência.

Resultados O principal obstáculo relatado foi o sentimento de “desânimo” (36,1%). O plano de enfrentamento mais frequente para superar as barreiras encontradas foi o ‘apoio social de familiares’, ‘vizinhos’ e ‘amigos’.

Conclusão Os resultados possibilitaram conhecer as dificuldades e as potencialidades dos sujeitos relativas ao autocuidado para o DM no que se refere à prática da caminhada, conhecimento que pode auxiliar as equipes multidisciplinares do SUS.

Palavras-chaves: *Diabetes mellitus*; exercício físico; atenção primária à saúde; sistema único de saúde (fonte: DeCS; BIREME).

ABSTRACT

Objective To investigate the perceived barriers and coping strategies for the practice of walking identified among patients with diabetes mellitus (DM) in the scope of the Unified Health System (SUS).

Methodology A sample of 83 individuals with DM, SUS users, was asked to reflect on the obstacles that prevented them from walking, as well as to formulate coping plans to overcome them. The obstacles raised and plans developed were categorized for similarity and subjected to frequency analysis.

Results The main obstacle reported was the feeling of “dismay” (36.1%). The most frequent coping plan to overcome the barriers found was 'social support from family members', 'neighbors' and 'friends'.

Conclusion The results made it possible to know the difficulties and potential of the subjects related to self-care for DM regarding the practice of walking, knowledge that can help the multidisciplinary teams of the SUS.

Key Words: *Diabetes mellitus*; exercise, health behavior; primary health care; unified health system (source: MeSH, NLM).

MV: Farmacêutico. Ph.D. Saúde Coletiva. Curso de Farmácia. Universidade Paulista (UNIP). Bauru/SP, Brasil. marcovieira.fop@hotmail.com
GG: Cirurgião-Dentista. Ph.D. Saúde Pública. Fundação Hermínio Ometto (FHO). Araras/SP, Brasil. gigouvea@hotmail.com
TS: Enfermeira. Ph.D. Enfermagem. Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas/SP, Brasil. thaisms@gmail.com
RA: Enfermeira. M. Sc. Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Campinas/SP, Brasil. rubia.agondi@gmail.com
FM: Cirurgião-Dentista. Ph. D. Saúde Coletiva. Faculdade de Odontologia. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Piracicaba/SP, Brasil. mialhe@unicamp.br

RESUMEN

Barreras percibidas y estrategias de afrontamiento desarrolladas por pacientes con diabetes mellitus tipo II para la adherencia a la marcha

Objetivo Investigar las barreras percibidas y las estrategias de afrontamiento para la práctica de la marcha identificadas en pacientes con diabetes mellitus (DM) en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS).

Metodología Se solicitó a 83 personas con DM, usuarias del SUS, que reflexionaran sobre los obstáculos que les impedían caminar, así como que formularan planes de afrontamiento para superarlos. Los obstáculos planteados y los planes desarrollados se clasificaron por similitud y se sometieron a análisis de frecuencia.

Resultados El principal obstáculo reportado fue el sentimiento de “consternación” (36,1%). El plan de afrontamiento más frecuente para superar las barreras encontradas fue el “apoyo social de familiares”, “vecinos” y “amigos”.

Conclusión Los resultados permitieron conocer las dificultades y potencialidades de los sujetos relacionados con el autocuidado de la DM con respecto a la práctica de la marcha, conocimiento que puede ayudar a los equipos multidisciplinares del SUS.

Palabras Clave: *Diabetes mellitus*; ejercicio físico; atención primaria de salud; sistema único de salud (fuente: DeCS, BIREME).

O diabetes é considerado um dos principais problemas mundiais de saúde pública em razão da sua alta taxa de morbimortalidade e pelo elevado custo para o seu controle metabólico, bem como para o tratamento de suas complicações microvasculares (1).

No Brasil, estudos indicam aumento da prevalência do diabetes nas últimas décadas, que em 2013 já afetava 6,2% da população adulta (2). Estima-se que a doença se associe a um custo direto de, aproximadamente, 3,9 bilhões de dólares ao ano aos cofres públicos (3). Em termos mundiais, 382 milhões apresentavam a doença em 2013 e 77% desta população encontravam-se em países de baixo e médio desenvolvimento (4).

Para a sua prevenção e controle, são necessárias ações conjuntas entre os serviços de saúde, dos profissionais que neles atuam e dos familiares, visando auxiliar portadores do diabetes na mudança de seu estilo de vida, incluindo uma alimentação fracionada e balanceada, o controle do peso, a cessação do tabagismo e a prática regular de atividade física (5,6). Estudos revelaram que a atividade física regular melhora sensivelmente a saúde e a qualidade de vida dos diabéticos (7).

Reconhecendo-se a importância da prática regular do exercício físico, no tratamento do portador do diabetes, a *American Diabetes Association* e a Sociedade Brasileira de Diabetes recomendam a atividade física por pelo menos 150 minutos por semana, de intensidade moderada, com vistas a prevenir as complicações advindas da doença (8,9).

Entretanto, o que se verifica com frequência nos serviços de saúde e na literatura científica é a baixa adesão por parte desses pacientes a esta prática (10,6). O que se constata é que os indivíduos apresentam a intenção (vontade) de realizar a atividade física, entretanto eles falham na implementação deste comportamento, o que tem sido descrito como uma lacuna da relação entre a intenção e o comportamento propriamente dito (11,12), sinalizando

para a necessidade do desenvolvimento de estratégias e intervenções mais efetivas no sentido de conduzir o indivíduo a assumir uma atitude mais proativa no controle de sua doença, gerando mudanças em seu estilo de vida, com consequente impacto clínico (6,13).

A fim de superar estas dificuldades, pesquisadores vêm desenvolvendo e utilizando, desde a década de 1980, diversas teorias sociocognitivas nas intervenções em saúde, voltadas para mudanças comportamentais, inclusive para obtenção de maior adesão à prática da atividade física (14,15). Entre as recentes teorias, desenvolvidas nas últimas décadas, destaca-se a teoria de ‘ativação da intenção’ (16).

A teoria de ativação da intenção é constituída, segundo alguns autores, em dois componentes: o planejamento de ação (16) e o planejamento de enfrentamento de obstáculos (17). O planejamento de ação tem como pressuposto que o indivíduo apresenta maior probabilidade de colocar em ação uma intenção positiva (vontade) quando elabora planos específicos de ‘quando’, ‘como’, ‘onde’ e ‘com quem’ poderá dar início à execução de um dado comportamento (16). Já o planejamento de enfrentamento de obstáculos é focado nas situações de risco ou barreiras que podem impedir ou interferir negativamente na realização de um comportamento-alvo ou plano de ação e em respostas de enfrentamento para essas barreiras, fazendo com que o indivíduo aja de acordo com sua intenção, mesmo em situações adversas (18). Portanto, a ativação da intenção tem o papel de facilitar mudanças comportamentais a partir de planos elaborados pelo próprio indivíduo.

A identificação das possíveis barreiras antecipadas que impedem a prática da caminhada pelos portadores do diabetes mellitus tipo II, como das estratégias identificadas para superá-las, fornece subsídios para a atuação da equipe multiprofissional de saúde na atenção primária que se deseja implementar este tipo de intervenção,

visando a adesão à prática da atividade física também em outras populações.

Apesar de haver alguns estudos que demonstram a efetividade da utilização da estratégia de ativação da intenção para auxiliar indivíduos a aumentarem sua prática de atividade física em diversos contextos e países (12,19,20,21) em nenhum deles, até a realização da presente pesquisa, os pesquisadores avaliaram as barreiras e formas de superá-las sentidas pelos indivíduos por meio da análise temática dos conteúdos. Tanto no contexto internacional como brasileiro, até o momento da redação do presente manuscrito, havia poucos estudos publicados sobre a estratégia de ativação da intenção nos quais seus dados foram tratados pelo método de análise de conteúdo temática (22,23), porém, com públicos-alvo distintos do presente estudo, ou seja, mulheres hipertensas e pacientes coronariopatas, respectivamente.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi investigar barreiras percebidas e as respectivas estratégias de enfrentamento elaboradas por portadores do *diabetes mellitus* tipo II, usuários da atenção primária em saúde, para conseguir efetivar os planos de ação que consistissem em realizar, no mínimo, 30 minutos de caminhada, cinco vezes na semana.

METODOLOGIA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp) – parecer N° 080/2013 (Projeto Piloto) e parecer N° 102/2014.

Trata-se de um estudo descritivo exploratório desenvolvido a partir de dois estudos experimentais mais amplos que verificaram os efeitos da estratégia de ativação da intenção sobre o aumento da adesão à prática da caminhada entre portadores do *diabetes mellitus* tipo II (DM2), no contexto da atenção básica (24).

A pesquisa foi realizada em cinco unidades de saúde, todas localizadas em um município do interior do Estado de São Paulo.

Foram considerados elegíveis os usuários, em seguimento nas referidas instituições de saúde, que foram diagnosticados com DM2, idade superior a 18 anos e com liberação médica para a prática da atividade física (AF) de intensidade moderada (demanda energética igual ou superior a 1,8 kcal x kg x dia), modalidade caminhada e que estavam cadastrados nas referidas instituições de saúde.

Excluíram-se os usuários que não apresentavam condições de comunicação oral efetiva ou que possuíam diagnóstico de transtornos mentais (registrados em prontuário) que pudessem afetar a compreensão dos

instrumentos de coleta de dados ou que os colocassem em situação de vulnerabilidade ética para a pesquisa; usuários em condições clínicas que os impossibilitassem a realização regular de AF, como problemas motores de origem neurológica, vascular, ortopédica ou outras e os usuários já praticantes de AF regular e planejada, anteriormente à intervenção. A partir destes critérios, participaram do estudo 83 indivíduos.

Os dados foram coletados em dias e horários pré-agendados, nas Unidades, onde os diabéticos elaboraram, com a ajuda do pesquisador, as descrições individuais das estratégias de ativação da intenção a serem desenvolvidas por cada um, em um instrumento previamente validado denominado 'planejamento de enfrentamento de obstáculos' (12,18). Por meio do preenchimento desse formulário, o usuário, com a ajuda do pesquisador, apontou as barreiras percebidas para a não realização do comportamento e formulou as respectivas estratégias para superá-las.

O formulário inicia-se com a seguinte instrução:

"Pense nos obstáculos ou barreiras que podem interferir para a sua realização da prática da caminhada: Como você poderia superar estes obstáculos ou barreiras? Vamos escrever juntos, primeiro os obstáculos e em seguida os seus planos para superá-los, na tabela que vou lhe mostrar. Mais uma vez, lembre-se de que quanto mais você for preciso e realista na determinação dos seus planos e quanto mais você fizer os seus planos por sua conta, mais chance terá de conseguir implementá-los."

O formulário se encerra com a seguinte informação:

"Visualize as situações e seus planejamentos para enfrentar os obstáculos e procure manter um forte comprometimento para agir conforme planejou."

O tempo médio para redigir os relatos foi de 20 minutos.

Além do registro da referida estratégia, foram também coletados dados sociodemográficos e clínicos, previamente validados no estudo de Gonela (10).

A análise temática foi elaborada a partir de três etapas recomendadas para análise de conteúdo no contexto da teoria do estudo do comportamento e análise de conteúdo de Minayo (25): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Duas listas foram desenvolvidas: uma com os obstáculos e outra com os planejamentos de enfrentamentos destes. Cada um dos itens foi numerado de acordo com as falas de cada indivíduo e, posteriormente categorizados, a fim de identificar o contexto de entrevista e futuros cruzamentos de informações. Os planos foram submetidos à análise quantiquantitativa, que correspondeu à categorização e tabulação das barreiras e dos planejamentos de enfrentamentos relatados, com posterior agrupamento

por similaridade de temas ou ideias, sendo determinada a frequência com que foram relatados. Dois pesquisadores realizaram a análise e categorização dos dados de maneira independente. Os dados de caracterização sociodemográfica foram submetidos à análise descritiva.

RESULTADOS

Houve predomínio do sexo feminino na amostra (74%) e a idade média dos participantes foi de 61,55 anos. Os aposentados, somados aos do lar, perfizeram 85% dos sujeitos. Em relação à escolaridade, 88% dos sujeitos cursaram somente até o ensino fundamental. No que se refere à renda individual, verificou-se que 97% dos sujeitos recebiam até um salário mínimo. Quanto ao tempo de presença da doença, os sujeitos investigados eram portadores de *diabetes mellitus* a, aproximadamente, nove anos. Com relação às comorbidades (02 ou mais doenças relacionadas) apresentadas pelos sujeitos com *diabetes mellitus*, 81% relataram apresentá-las. Verificou-se que a mais prevalente foi a hipertensão arterial (73%). Em relação a problemas decorrentes do *diabetes*, 27,9% problemas visuais, 20,5% problemas nos pés, 7,3% relataram problemas nos nervos (neuropatia diabética), e 5% problemas renais.

São mostradas na Tabela 1 as barreiras percebidas que impediam os usuários diabéticos de realizarem a AF, modalidade caminhada. Constatou-se que o obstáculo apontado com maior frequência foi o desânimo em praticar a AF (36,1%).

Tabela 1. Distribuição das categorias analíticas, segundo os obstáculos percebidos e relatados pelos usuários diabéticos em relação à prática da caminhada. Dois Córregos, SP, 2015

Categorias analíticas sobre os obstáculos percebidos para a prática da atividade física	%
Desânimo	36,1
Dores	16,8
A atividade física não é vista como prioridade	14,4
Serviços domésticos	13,2
Condições climáticas desfavoráveis (chuva, frio)	12
Outros compromissos (familiar, religioso)	10,8
Serviços fora de casa	9,6
Ausência de companhia para praticar atividade física	6
Cansaço físico e/ou mental	4,8
Insegurança em praticar a atividade física	1,2
Não faz exercícios quando sai de viagem	1,2

A Tabela 2 apresenta a associação entre as estratégias de enfrentamento e os obstáculos percebidos, desenvolvidos pelos diabéticos. A categoria de enfrentamento que foi relatada pelos participantes com maior frequência foi a busca pelo ‘apoio social de familiares’, ‘vizinhos’ e ‘amigos’, sendo elaborada como forma de transpor cinco dos 11 obstáculos categorizados na Tabela 1. A categoria analítica ‘buscar o apoio social de amigos/vizinhos/familiares’ foi apontada pelos diabéticos para o enfrentamento dos seguintes obstáculos: desânimo (35,2%), outros compromissos (familiares, religiosos) (14,2%), serviços fora de casa (16,6%), ausência de companhia para praticar atividade física (60%) e insegurança em praticar a atividade física (100%).

Tabela 2. Associação entre as estratégias de enfrentamento e os obstáculos percebidos desenvolvidos pelos diabéticos. Dois Córregos, SP, 2015

Estratégias de enfrentamento dos obstáculos (%)	Obstáculos percebidos
Pensar mais em si (47,2)	Desânimo
Buscar o apoio social de amigos/vizinhos/familiares (35,2)	
Ter força de vontade (17,6)	
Buscar o auxílio do médico para tratar as dores (72,8)	Dores
Ter força de vontade (27,2)	
Nada propuseram (100)	A atividade física não é vista como prioridade
Pensar mais em si (60)	Serviços domésticos
Elaborar alternativas para falta de tempo (40)	
Aguardar o tempo melhor (100)	
Pensar mais em si (57,3)	Condições climáticas desfavoráveis (chuva, frio)
Elaborar alternativas para falta de tempo (28,5)	
Buscar o apoio social de amigos/vizinhos/familiares (14,2)	
Elaborar alternativas para falta de tempo (83,4)	Outros compromissos (familiar, religioso)
Buscar o apoio social de amigos/vizinhos/familiares (16,6)	
Buscar o apoio social de amigos/vizinhos/familiares (60)	
Ter força de vontade (40)	Serviços fora de casa
Pensar mais em si (75)	
Ter força de vontade (25)	
Buscar o apoio social de amigos/vizinhos/familiares (100)	Ausência de companhia para praticar atividade física
Elaborar alternativas para falta de local apropriado (100)	Cansaço físico e/ou mental
	Insegurança em praticar a atividade física
	Não faz exercícios quando sai de viagem

DISCUSSÃO

Conviver com o *diabetes* acarreta, muitas vezes, um choque emocional para o portador, que não está preparado para conviver, por toda a vida, com as limitações decorrentes da condição crônica. O *diabetes*, além de comprometer a vida do portador, transcende a pessoa do doente, interfere também no contexto familiar e comunitário, e afeta seu universo interpessoal. Portanto, o apoio dos familiares, de pessoas próximas, de instituições e entidades, favorece a assimilação e a aceitação das mudanças na rotina de vida diária (26). Ser obrigado a quebrar rotinas que já estavam consolidadas e assumir novos comportamentos, como novos hábitos alimentares e práticas regulares de atividade física, faz com que, inevitavelmente, este ser diabético entre em contato com novos sentimentos, desejos, crenças e atitudes. Esta profunda modificação no estilo de vida diário não se instala repentinamente, mas no decorrer de um gradual percurso que envolve novos sentimentos e reflexões sobre seu o projeto de vida e suas expectativas de futuro (27).

No presente estudo, entre os discursos levantados, a categoria analítica mais frequente relacionou-se ao “desânimo” (36,1%), sendo este sentimento o principal obstáculo que impedia com que o portador do *diabetes* realizasse a prática regular de atividade física (AF). Dentre as falas dos sujeitos (s) que corroboram com esta categoria destacam-se: “Eu não tenho vontade de caminhar todo dia” (s8). “*Eu tenho uma preguiça de caminhar todo dia. Só de pensar já fico cansada.*” (S9).

Atualmente, percebe-se ainda alta prevalência de não adesão ao tratamento não farmacológico, como a prática de AF regular nos portadores do *diabetes* tipo II (6,10) e, como evidência a presente pesquisa, esta alta taxa está atrelada ao sentimento de desânimo dentre os portadores.

Moschny *et al.* (28) explicam que a falta de interesse para praticar atividade física é uma das barreiras mais citadas por mulheres idosas de 60 ou mais anos de idade. Sendo o *diabetes mellitus* uma doença crônica, que precisa ser controlada e monitorada por toda a vida, ela modifica, de forma profunda, a vida do portador. As modificações estão ligadas às atividades da vida cotidiana, pois, desde o seu diagnóstico, apresentam-se variações de sentimentos, como angústia e desânimo, frente à percepção do pouco controle acerca de sua vida (29). O diabético pode também, ao ter o conhecimento das situações que terá que enfrentar, passar por algumas alterações emocionais que, provavelmente, surgem devido à insegurança em relação ao futuro desconhecido e à adaptação aos novos hábitos de vida. Estes sentimentos negativos demonstram que a doença é uma condição que independe da sua etiologia e faixa etária, causando profundas alterações biopsicossos-

ciais (30). Evidencia-se, desta maneira, que muitos programas de educação em saúde fracassam por não levarem em consideração os aspectos psicológicos e sociais da pessoa diabética. Sendo assim, é fundamental que a educação em saúde leve em consideração a realidade e a vivência do usuário, pois, algumas vezes, as informações em saúde são fornecidas de maneira ineficaz, usando um tipo de linguagem fora de seu entendimento, sem permitir maior participação deste e sem considerar o que ele já sabe e o que desejaria saber (31). Desta maneira, apesar do grande avanço científico farmacológico nesta área, é necessário que estes indivíduos tenham acesso a serviços de saúde de qualidade e, inseridos em programas de educação em saúde eficientes, os quais garantam uma assistência contínua, integral e humanizada, em diferentes níveis de complexidade, exigidos no manejo da patologia (32).

Dentre os discursos levantados, a categoria analítica mais frequente relatada pelos participantes, a fim de transpor os obstáculos foi “a busca pelo apoio social de amigos/ vizinhos/ familiares” (Tabela 2). Dentre as falas dos sujeitos (S) que corroboram com esta categoria destacam-se: “*Eu vou convencer a minha irmã para ir junto comigo caminhar*” (S5). “*Eu vou falar para o meu marido colocar o despertador para mais cedo e chamá-lo para ir comigo caminhar*” (S9). “*Eu vou encontrar um tempo para mim e convidar a minha esposa para ir junto comigo caminhar*” (S17).

O apoio social, principalmente da família, tem demonstrado efeitos positivos diretos para a saúde dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Ingersky *et al.* (33) consideram que a relação familiar é a variável mais importante para predizer a adesão ao tratamento nos primeiros anos da doença e conclui que quando há coesão, organização e apoio familiar, há melhor adesão ao tratamento e melhor controle metabólico em crianças, adolescentes e adultos com *diabetes*. O estudo de Pace *et al.* (34) evidenciou que o escasso conhecimento sobre a patologia, entre os familiares dos portadores do *diabetes*, foi um dos principais dificultadores no manejo da doença, uma vez que o familiar é considerado o suporte mais próximo das pessoas com doenças crônicas. Diferentes apoios sociais, ao longo da vida, acabam estabelecendo formas variadas de conexão ou interconexão, formando verdadeiras redes sociais que ajudam as pessoas a conviverem melhor com as doenças crônicas (35). O estudo de Krug *et al.* (36) demonstrou que quando os familiares e/ou amigos foram convidados a participarem das atividades físicas, junto com os portadores do *diabetes*, houve maior adesão à sua prática regular. Estudos de Cassou *et al.* (37) e Eiras *et al.* (38) comprovaram que o incentivo de familiares e/ou amigos às práticas de atividade física facilitou a adesão entre os idosos.

Em todos os estudos supracitados, destaca-se a família, incluindo nesta classe também as pessoas mais próximas, como detentoras do papel fundamental na decisão dos portadores do *diabetes* com relação à adesão e continuidade em programas de atividade física. Os familiares e as pessoas próximas, sendo a categoria mais frequente relatada como facilitadora para a prática de atividade física em portadores do *diabetes mellitus* tipo II, devem, para efetivar o cuidado destes, participarem efetivamente dos programas de educação em *diabetes*, devendo serem agregadas, pelas equipes multiprofissionais da atenção primária, como unidades de tratamento, pois estas favorecem a assimilação e a manutenção das mudanças necessárias na rotina da vida diária destes diabéticos, não só pelo apoio emocional, como também o apoio material e/ou financeiro e o aconselhamento (39).

Os achados do presente estudo evidenciaram a importância de atividades educativas e promotoras da saúde que levem em consideração os aspectos psicológicos e sociais da pessoa diabética, para que assim, consigam garantir o cuidado em saúde eficaz, contínuo, integral e humanizado, em diferentes níveis de complexidade ♣

Agradecimentos: À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – auxílio pesquisa Nº 2015/01857-8.

Conflito de interesses: Não.

REFERÊNCIAS

- Bertoldi AD, Kanavos P, França GV, Carraro A, Tejada CA, Hallal PC, et al. Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review. *Globalization Health*. 2013; 9:62. DOI:10.1186/1744-8603-9-62.
- Iser BPM, Stopa SR, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2013; 24(2):305-14. DOI:10.5123/S1679-49742015000200013.
- Dias JCR, Campos JADB. Diabetes mellitus: razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas no Brasil, 2002-2007. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(1): 239-44. DOI:10.1590/S1413-81232012000100026.
- IDF. International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas: sixth edition* [online]. 2013 [cited 2015 Nov 05]. Available from: www.idf.org/diabetesatlas.
- Lakerveld J, Bot SD, Chinapaw MJ, Maurits van Tulder W, Kostense PJ, Dekker JM, et al. Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *Int J Act Behav Nutr Phys*. 2013; 10:47. DOI:10.1186/1479-5868-10-47.
- Modeneze DM. Qualidade de vida de portadores de Diabetes Mellitus tipo II frente às oscilações no nível de atividade física, aspectos socioeconômicos e presença de comorbidades [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2011.
- Herder C, Peltonen M, Koenig W, Sutfels K, Lindström J, Martin S, et al. Anti-inflammatory effect of lifestyle changes in the Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetologia*. 2009;52(3):433-42. DOI:10.1007/s00125-008-1243-1.
- American Diabetes Association. Standard Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 2013; 36(1):11-66. DOI: 10.2337/dc13-S011.
- SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes [cited 2015 nov 28]. Available from: <https://bityl.co/7Puu>.
- Gonela JT. Nível de atividade física em pessoas com diabetes mellitus tipo II [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem; 2010.
- Orbell S, Sheeran P. Using implementation intentions to increase attendance for cervical cancer screening. *Health Psychol*. 2000; 19(3):283-289. DOI:10.1037//0278-6133.19.3.283.
- Rodrigues RCM, João TMS, Gallani MCBJ, Cornélio ME, Alexandre NMC. "Programa Coração em Movimento": intervenção para promover atividade física entre pacientes com doença arterial coronária. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013; 21 (Nº Esp.):180-89. DOI:10.1590/S0104-11692013000700023.
- Costa JA, Balga RSM, Alfenas RTG, Cotta RMM. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(3):2001-09. DOI:10.1590/S1413-81232011000300034.
- Fishbein M, Ajzen I. *Understand in attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1980.
- Bélanger-Gravel A, Godin G, Amireault S. A meta analytic review of the effect of implementation intentions on physical activity. *Health Psychology Review*. 2013; 7(1):23-54. DOI:10.1080/17437199.2011.560095.
- Gollwitzer PM. Implementation intentions: Strong Effects of Simple Plans. *Am Psychol*. 1999; 54(7):493-503. DOI:10.1037/0003-066X.54.7.493.
- Sniehotta FF, Nagy G, Scholz U, Schwarzer R. Action control during the first weeks of health behavior change: A longitudinal study with CHD patients. *Br J Soc Psychol*. 2004; 45:87-106. DOI:10.1348/014466605X62460.
- Sniehotta FF, Scholz U, Schwarzer R. Action plans and coping plans for physical exercise: A longitudinal intervention study in cardiac rehabilitation. *Br J Soc Psychol*. 2005; 11(pt1):23-37. DOI:10.1348/135910705X43804.
- Prestwich A, Conner MT, Lawton RJ, Ward JK, Ayres K, McEachan RRC. Randomized controlled trial of collaborative implementation intentions targeting working adults' physical activity. *Health Psychology*. 2012; 31(4):486-95. DOI:10.1037/a0027672.
- Silva MAVD, São-João TM, Brizon VC, Franco DH, Mialhe FL. Impact of implementation intentions on physical activity practice in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *PLoS One*. 2018; 13(11):e0206294. DOI:10.1371/journal.pone.0206294.
- Silva MAVD, São-João TM, Cornélio ME, Mialhe FL. Effect of implementation intention on walking in people with diabetes: an experimental approach. *Rev Saude Publica*. 2020; 54:103. DOI:10.11606/s1518-8787.2020054002024.
- Agondi RF, Gallani MCBJ, Cornélio ME, Roberta RCM. Análise de planos de ação e planos de enfrentamento para a redução do consumo de sal entre as mulheres com hipertensão. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012; 20(3): 486-494. DOI:10.1590/S0104-11692012000300009.
- Lourenço LBA, Rodrigues RCM, Spana TM, Gallani MCBJ, Cornélio ME. Planos de ação e de enfrentamento de obstáculos relacionados ao comportamento de adesão à terapia medicamentosa em coronariopatas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(5):821-9. DOI:10.1590/S0104-11692012000500002.
- Vieira da Silva MA, Gouvêa GR, Claro AFB, Agondi RDF, Cortellazzi KL, Pereira AC, Mialhe FL. Impacto da ativação da intenção na prática da atividade física em diabéticos tipo II: ensaio clínico randomizado. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(3):875-86. DOI:10.1590/1413-81232015203.06452014.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- Santos TP. Suporte familiar no cuidado de pessoas com diabetes mellitus em uma cidade do interior da Bahia. *InterScientia*. 2014 [cited 2015 nov 28];2(2). Available from: <https://bityl.co/7Q1L>.

27. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007 [cited 2015 nov 28];15(6). Available from: <https://bityl.co/7Q1N>.
28. Moschny A, Platen P, KlaaBen-Mielke R, Trampich U, Hinrichs T. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Activity*. 2011; 8:121. DOI:10.1186/1479-5868-8-121.
29. Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 [cited 2015 nov 28]; 45(4):862-8. Available from: <https://bityl.co/7Q1P>.
30. Ferreira DSP, Daher DV, Teixeira ER, Rocha IJ. Repercussão emocional diante do diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Enferm. UERJ*. 2013 [cited 2015 nov 28]; 21(1):41-6. Available from: <https://bityl.co/7Q1U>.
31. Oliveira JSA, Soares AL, Araújo TD. Revisão Integrativa de literatura sobre a desistência ao tratamento de diabetes mellitus. *Catussaba*. 2014 [cited 2015 nov 28]; 3(2):87-95. Available from: <https://bityl.co/7Q1X>.
32. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface – Comunic, Saúde e Educ*. 2010 [cited 2015 nov 28]; 14(34):593-605. Available from: <https://bityl.co/7Q1Z>.
33. Ingerski LM, Anderson BJ, Dolan LM, Hood KK. Blood glucose monitoring and glycemic control in adolescence: contribution of diabetes-specific responsibility and family conflict. *J Adolesc Health*. 2010 [cited 2015 nov 28]; 47(2):191-7. DOI:10.1016/j.jadohealth.2010.01.012.
34. Pace AE, Nunes PD, Ochoa-Vigo K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003 [cited 2015 nov 28]; 11(3):312-9. Available from: <https://bityl.co/7Q1g>.
35. Francioni FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com a Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. *Contexto Enfermagem Florianópolis*. 2007; 16(1):105-11. DOI:10.1590/S0104-07072007000100013.
36. Krug RR, Lopes MA, Mazo GZ. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevas inativas fisicamente. *Rev Bras Med Esporte*. 2015; 21(1):57-64. DOI:10.1590/1517-86922015210101673.
37. Cassou AC, Fermino R, Añes CRR, Santos MS, Domingues MR, Reis RS. Barriers to Physical Activity Among Brazilian Elderly Women From Different Socioeconomic Status: A Focus-Group Study. *J Phys Activity Health*. 2011; 8(1):126-32. DOI:10.1123/jpah.8.1.126.
38. Eiras SB, Silva WHA, Souza DL, Vendrusculo R. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividades físicas por parte de idosos. *Rev Bras Cien Esporte*. 2010 [cited 2015 nov 28];31(2):75-89. Available from: <https://bityl.co/7Q35>.
39. Zanetti ML, Biagg MV, Santos MA, Péres DS, Teixeira CRS. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(2):186-92. DOI:10.1590/S0034-71672008000200007.