

CAROLINE BERTUOL DACOREGIO

**VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA GERENCIAMENTO DE
DOENÇA CRÔNICA – 6 ITENS PARA SÍNDROME METABÓLICA E SUA
RELAÇÃO COM A RESILIÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, como requisito para a obtenção do título de mestre em Ambiente e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Natalia Veronez da Cunha Bellinati

Coorientadora: Profa. Dra. Lilia Aparecida Kanan

LAGES

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha Catalográfica

D118v

Dacoregio, Caroline Bertuol.

Validação da escala de autoeficácia para gerenciamento de doença crônica - 6 itens para síndrome metabólica e sua relação com a resiliência/Caroline Bertuol Dacoregio – Lages, SC, 2020.
110 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto Catarinense.
Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense.

Orientadora: Natalia Veronez da Cunha Bellinati

Coorientadora: Lilia Aparecida Kanan

1. Autogestão. 2. Estudo de Validação. 3. Doença Crônica. 4. Resiliência Psicológica. 5. Relações Interprofissionais. I. Bellinati, Natalia Veronez da Cunha. II. Kanan, Lilia Aparecida. III. Título.

CDD 616.044

Catlogação na Fonte: Biblioteca Central

CAROLINE BERTUOL DACOREGIO

**VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA GERENCIAMENTO DE
DOENÇA CRÔNICA – 6 ITENS PARA SÍNDROME METABÓLICA E SUA
RELAÇÃO COM A RESILIÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, para obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Aprovada em 20 de maio de 2020.

Banca Examinadora:

Participação remota – Instrução normativa 04/PPGAS/2020

Profa. Dra Natalia Veronez da Cunha Bellinati
(Orientadora e Presidente da Banca Examinadora – PPGAS/UNIPLAC)



Profa. Dra Lilia Aparecida Kanan
(Coorientadora – PPGAS/UNIPLAC)

Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz
(Examinador Titular Externo – UFSC)

Profa. Dra. Anelise Viapiana Masiero
(Examinadora Titular Interna - PPGAS/UNIPLAC)

Profa. Dra. Tânia Maria Cemin Wagner
(Examinadora Titular Externa - UCS)

*Dedico este trabalho e minha gratidão a Deus e todas as
pessoas iluminadas (destaco que todas são), que
encontrei em minha vida, pois sou fruto da vivência,
conhecimento e aprendizado com vós.*

AGRADECIMENTOS

Durante essa jornada, muitas pessoas estiveram presentes em minha vida. Acredito que todos que encontrei contribuíram para o que sou hoje e pela construção deste trabalho, por isso agradeço de todo coração a cada uma, em especial:

A Deus pelo dom da vida, você é minha fortaleza diária, todas as minhas conquistas e evoluções são graças e abençoadas pelo senhor. Obrigada pela luz, bênçãos e graças alcançadas nesta caminhada.

Aos meus pais Valmor e Sirlei, meus primeiros amores e professores, agradeço pela vida, pelos ensinamentos, dedicação, amor, por vibrarem comigo cada conquista e por tudo que fizeram e fazem por mim e nossa família. Amo vocês com todo o meu coração e estarei sempre com vocês.

Ao meu primeiro e melhor amigo, meu irmão Ricardo, é imensurável o quanto aprendo, cresço e sou feliz com você, seu carinho, respeito e amor. Agradeço por trazer à família sua mulher Milene e meu maior amor Joaquim, meu afilhado e sobrinho encantador, o qual trouxe cor, luz, encanto e ainda mais amor a minha vida. Amo vocês!

Agradeço aos meus avós por tudo que fizeram por mim, o carinho, o amor e ensinamentos serão eternos, assim como meu amor por vocês. Sou imensamente feliz em saber que tenho muito de vocês em mim. Estão eternamente em meu coração.

A toda a minha família, pelo amor, respeito e união que sempre tivemos, são a certeza que tudo dará certo e que sempre teremos uns aos outros. Tios, primos, afilhados e namorado, amo vocês.

À minha orientadora, que foi mãe e amiga, professora Dra. Natalia, palavras não são suficientes para lhe descrever, tão pouco para lhe agradecer por tudo e tanto. Bom, segui nesta caminhada graças a você. Sua dedicação, incentivo, amor, humildade e conhecimento são grandiosos, você emana amor e o seu melhor, despertando em nós o nosso melhor. Estará sempre em meu coração. Gratidão e muita luz.

A coorientadora professora Dra. Lilia, você é inspiradora, seu conhecimento e domínio tornar a sua fala mágica, nos encantando ao ouvi-la. Aprendi e aprendo com suas palavras e contribuições. Meu coração se enche de gratidão por tanto, você é inspiradora.

Então a vocês minhas mentoras, minha gratidão, eu sou privilegiada por ter tanta maestria, carinho, atenção e amor ao meu lado neste momento tão importante. Gratidão por investirem seus conhecimentos na ciência e na formação humana. Tudo que construí, aprendi

e sou, é também de e por vocês. Vocês tornaram a caminhada mais doce, suave, rica, incrível e adorável, essa dissertação é nossa!

A professora e coordenadora deste programa professora Dra. Bruna Fernandes, tudo começou com o seu convite ao mestrado na minha banca de Trabalho de Conclusão de Curso na graduação e ao incentivo das professoras Natalia e Nayara.

Professora Bruna no decorrer do mestrado você sempre empolgada, e empolgante, acreditando em nosso potencial e merecimento, saiba que passa uma energia incrível, continue motivando muitas pessoas. Gratidão.

A professora Dra. Lenita a qual divide sala com a orientadora e que em muitos encontros se fez presente. Auxiliou-nos em análise de resultados e direcionamento de acadêmico para coleta de dados, além de suas calorosas e positivas palavras, que davam força e animo na caminhada.

Agradeço também aos demais professores do mestrado, extensivo a todos os educadores que passaram pela minha vida, por se disporem a compartilhar seus conhecimentos, acreditarem e nos motivarem a sermos e aprendermos sobre a ciência e a vida, na busca de um mundo melhor. Vocês fazem e são a diferença.

Agradeço aos acadêmicos Gislaíne, André, Eduardo, Stephani e professora Dra. Cleo por me auxiliarem na coleta de dados da segunda parte desta pesquisa, bem como professora Angela a qual abriu as portas do estágio e prontamente nos auxiliou na busca da população, vocês foram importantes para conclusão deste trabalho desejo que o caminho de vocês seja iluminado.

Aos membros da banca examinadora pela dedicação na análise deste estudo, Dr.as. Anelise, Vanesa, Tânia, Drs. Ricceli e Roberto com o olhar de vocês ampliarão o nosso e assim concluiremos um lindo trabalho. Obrigada pelo aceite, carinho e atenção nas correções e contribuições!

A turma de mestrado de 2018, fundamentais nesta caminhada, a qual se tornou incrível trilhar, arrasem e sejam muito felizes, aprendi muito com cada um de vocês, estarão sempre em meu coração.

Amigos, vocês são fundamentais em minha vida, aprendo e tenho força com vocês, estarão sempre em meu coração, eu amo vocês.

A mestra Larisse, Dr.as. Natalia e Lilia as quais iniciaram este trabalho com a tradução do instrumento estudado, obrigada.

A equipe da secretaria de saúde do município de Lages, pela autorização e apoio na realização deste trabalho. A secretária Odila Waltrich a qual autorizou a pesquisa, Claiton que

disponibilizou parte dos dados e a todas as gestoras e equipes das Unidades Básicas de Saúde do município, pela recepção e auxílio na coleta de dados.

Nas equipes de saúde ainda, dirijo a minha gratidão as Agentes Comunitárias em Saúde, as quais nos acompanharam prontamente na busca e entrevista da nossa população, continuem acreditando e buscando uma saúde melhor para nós e para nossa população. O trabalho de vocês faz a diferença. Gratidão!

Aos indivíduos que participaram desse estudo, que me receberam e compartilharam suas vidas, agradeço pela confiança e interesse. Foram as suas histórias que proporcionaram tantas descobertas, incentivos e aprendizados. Gratidão.

A todo setor técnico-administrativo da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), em especial a Sil e Tânia que sempre nos apoiam e auxiliam com documentação e afins, importantes para conclusão desta etapa.

À UNIPLAC e ao Programa de Pós-graduação em Ambiente e Saúde, pela dedicação, comprometimento com a educação, ensino e pesquisa.

Ao UNIEDU pela bolsa de estudos, o apoio financeiro aos projetos de pesquisa dos quais esse estudo faz parte.

Sinto-me imensamente feliz e grata por ter escolhido na minha vida naquele momento o mestrado. Foram muitos meses de estudo, de dedicação, de privações, aprendizados e crescimento pessoal e profissional. Uma oportunidade ímpar em minha vida. Sem dúvida uma das melhores escolhas.

Tudo que vive, aprendi e todos que encontrei serão levados para sempre em meu coração. Gratidão e amor por tudo e todos!

“Conheça todas as teorias.
domine todas as técnicas,
mas ao tocar em uma alma humana,
seja apenas outra alma humana.”

Carl Gustav Jung

RESUMO

A autoeficácia (AE) é a crença ou convicção na capacidade pessoal de realizar determinada atividade. Refere-se a capacidade de modificar ou influenciar o manejo de doenças. Outro constructo associado ao manejo de doenças, como as doenças crônicas é a resiliência, que representa a capacidade de adaptar-se e conviver de forma harmônica frente às situações de adversidade e/ou estresse. A síndrome metabólica (SM) é uma doença crônica que representa um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, como também, no Brasil. Diante da necessidade de encontrar estratégias que auxiliem o melhor controle das doenças crônicas, a AE e a resiliência emergem como possibilidade. Diante do exposto, o objetivo da pesquisa foi avaliar as propriedades psicométricas da escala de autoeficácia para gerenciamento de doença crônica – 6 itens (SEMCD-6) para indivíduos com SM. Especificamente pretendeu-se: (i) analisar a estrutura interna da SEMCD-6; (ii) descrever as características sociodemográficas e estilo de vida de indivíduos com SM; (iii) avaliar a AE e a resiliência de indivíduos com SM; (iv) avaliar a associação do perfil sociodemográfico e estilo de vida com a AE e a com a resiliência em indivíduos com SM; e (v) avaliar a correlação entre AE e resiliência em indivíduos com fatores de risco para SM. Para tanto, o percurso metodológico estabeleceu uma pesquisa que foi conduzida sob a perspectiva interdisciplinar, de caráter instrumental descritivo, quantitativo e com delineamento transversal. Participaram da pesquisa 252 indivíduos com três fatores de risco principais para SM (aumento da circunferência abdominal, hipertensão e hiperinsulinemia), por meio da aplicação de três instrumentos: questionário de perfil sociodemográfico, escala SEMCD-6 e escala de resiliência de Connor e Davison. Para análise dos dados foram utilizados os recursos estatísticos de coeficiente alfa de Cronbach, análise fatorial exploratória, critérios de Kaiser-Meyer-Olkin e teste de esfericidade de Bartlett. Utilizou-se ainda teste qui-quadrado e de correlação, sendo o nível de significância adotado de $p < 0,05$. A análise fatorial exploratória da SEMCD-6 revelou uma solução fatorial de 59,07% da variância total do constructo e boa consistência interna ($\alpha = 0,861$). O perfil sociodemográfico e estilo da população estudada são de idosos, mulheres, com religião, casadas, sedentárias, tabagistas ou ex-tabagistas, que realizam acompanhamento médico e seguem o tratamento prescrito. A partir da média dos escores obtidos, a AE foi avaliada como elevada e a resiliência, como regular. A AE foi associada significativamente com a idade, acompanhamento médico e autoavaliação do estado de saúde, enquanto a resiliência foi associada significativamente com o acompanhamento psicológico e autoavaliação do estado de saúde. Observou-se que a AE foi significativamente e

positivamente correlacionada com a resiliência ($r=0,602$, $p \leq 0,001$). Conclui-se que a escala SEMCD-6 mostrou-se um instrumento válido e confiável, constituindo uma ferramenta de utilidade prática para avaliar a AE de indivíduos com fatores de risco para SM. Ainda, a AE e a resiliência são constructos que se correlacionam e devem ser considerados no controle da SM para melhorar as condições de saúde desta população.

Palavras-chave: Autogestão. Estudo de Validação. Doença Crônica. Resiliência Psicológica. Relações Interprofissionais.

ABSTRACT

Self-efficacy (SE) is a belief or belief in the personal ability to perform a certain activity. See an ability to modify or influence disease management. Another construct associated with the management of diseases, such as chronic diseases, is resilience, which represents the capacity for adaptation and convention in a harmful way in the face of adversity and / or stress. Metabolic syndrome (MetS) is a chronic disease that represents one of the biggest public health problems in the world, as well as in Brazil. Faced with the need to find strategies that help better control of chronic diseases, SE and resilience emerge as a possibility. Given the above, the objective of the research was to evaluate the psychometric properties of the *escala de autoeficácia para gerenciamento de doença crônica – 6 itens (SEMCD-6)* for individuals with MetS. Specifically, it was intended: (i) analyze the internal structure of SEMCD-6; (ii) describe the sociodemographic characteristics and lifestyle of individuals with MetS; (iii) assessing the SE and the resilience of individuals with MetS; (iv) to assess the association of the sociodemographic profile and lifestyle with SE and that with resilience in individuals with MetS; and (v) to evaluate the correlation between SE and resilience in individuals with risk factors for MetS. To this end, the methodological path established research that was conducted under an interdisciplinary perspective, with an instrumental, descriptive, quantitative character and with a cross-sectional design. 252 individuals participated in the research with three main risk factors for MetS (increased abdominal circumference, hypertension and hyperinsulinemia), through the application of three instruments: questionnaire of sociodemographic profile, SEMCD-6 scale and Connor and Davison's resilience scale. For data analysis, the statistical resources of Cronbach's alpha coefficient, exploratory factor analysis, Kaiser-Meyer-Olkin criteria and Bartlett's sphericity test were used. A chi-square and correlation test was also used, with a significance level of $p < 0.05$. The exploratory factor analysis of SEMCD-6 revealed a factorial solution of 59.07% of the total variance of the construct and good internal consistency ($\alpha = 0.861$). The sociodemographic profile and style of the population studied are elderly, women, with religion, married, sedentary, smokers or ex-smokers, who undergo medical monitoring and follow the prescribed treatment. From the average of the obtained scores, the SE was evaluated as high and the resilience, as regular. SE was significantly associated with age, medical monitoring and self-rated health status, while resilience was significantly associated with psychological monitoring and self-rated health status. It was observed that the SE was significantly and positively correlated with resilience ($r = 0.602$, $p \leq 0.001$). It is concluded

that the SEMCD-6 scale proved to be a valid and reliable instrument, constituting a tool of practical utility to assess the SE of individuals with risk factors for MetS. Still, SE and resilience are constructs that correlate and must be considered in the control of MetS to improve the health conditions of this population.

Keywords: Self-Management. Validation Study. Chronic Disease. Resilience Psychological. Interprofessional Relations.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
ACS	Agente Comunitária de Saúde
AE / SE	Autoeficácia / <i>Self-efficacy</i>
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CDSS	<i>Child Dietary Self-efficacy Model Modified</i>
cm	Centímetros
DC	Doença Crônica
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Obstrutiva Crônica
FIF/ IDF	Federação Internacional de Diabetes/ <i>International Diabetes Federation</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	Lipoproteína Plasmática de Alta Densidade
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDNBSM	I Diretriz Nacional Brasileira de Síndrome Metabólica
IMB	Informação Motivação-comportamento/ <i>Information Motivation-behavioral</i>
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
mg/dL	Miligramas por decilitro
mmHg	Milímetros de mercúrio
MS	Ministério da Saúde
NCEP	Programa Nacional de Educação sobre o Colesterol/ <i>National Cholesterol Education Program's</i>
NLM/PubMed	National Library of Medicine
OMS/ WHO	Organização Mundial da Saúde/ <i>World Health Organization</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
PRISMA	Principais Itens para Análise Sistemática e Meta-análises
PPGAS	Programa de Pós-graduação <i>Stricto Sensu Mestrado em Ambiente e Saúde</i>
Q	Questão
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>

SEMCD-6	Escala de Autoeficácia para Gerenciamento da Doença Crônica – 6 itens / <i>Self-efficacy for Managing Chronic Disease 6 – Item Scale</i>
SM /MetS	Síndrome Metabólica / <i>Metabolic Syndrome</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLM	<i>Traffic Light Method for Somatic Screening and Life Style</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIPLAC	Universidade do Planalto Catarinense

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

CAPÍTULO 1

Quadro 1 - Estudos selecionados para a revisão sistemática.	33
---	----

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO 1

Figura 1 - Diagrama PRISMA (MOHER <i>et al.</i> , 2009) dos estudos selecionados no processo de busca de artigos.	32
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

CAPÍTULO 2

Gráfico 1 - Gráfico de ScreePlot da SEMCD-6.	48
--	----

LISTA DE TABELAS

2 CAPÍTULO 1

Tabela 1 - Descrição dos componentes do PICO da revisão sistemática.....	31
---	----

3 CAPÍTULO 2

Tabela 1 - Número de indivíduos com três fatores para síndrome metabólica nas Unidades de Saúde de perímetro urbano de um município da Serra Catarinense.	45
Tabela 2 - Perfil sócio-demográfico dos indivíduos (n= 252)	46
Tabela 3 - Cargas fatoriais das variáveis da SEMCD-6 e comunalidade por fatores extraídos.	49
Tabela 4 - Alfa de Cronbach do fator.....	49
Tabela 5 - Matriz de correlação entre as variáveis.....	50

4 CAPÍTULO 3

Tabela 1 - Distribuição do número de participantes da pesquisa representados por Unidades Básicas de Saúde em perímetro urbano de um município da Serra Catarinense.	62
Tabela 2 - Estratificação dos escores de autoeficácia em elevada, regular e baixa.	64
Tabela 3 - Estratificação dos escores de resiliência em elevada, regular e baixa.	64
Tabela 4 - Perfil sociodemográfico de indivíduos com três fatores de risco para síndrome metabólica (n= 252).	65
Tabela 5 - Perfil do estilo de vida de indivíduos com três fatores de risco para síndrome metabólica (n= 252).	67
Tabela 6 - Associação entre a autoeficácia e o perfil sociodemográfico e estilo de vida de indivíduos com três fatores de risco para síndrome metabólica.	68
Tabela 7 - Associação entre a resiliência e o perfil sociodemográfico e estilo de vida de indivíduos com três fatores de risco para síndrome metabólica.	69

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 CAPÍTULO 1.....	28
2.1 Resumo	28
2.2 Introdução	28
2.3 Material e Métodos.....	30
2.4 Resultados	31
2.5 Discussão	34
2.6 Conclusão	37
2.7 Referências	37
3 CAPÍTULO 2.....	42
3.1 Resumo	42
3.2 Introdução.....	42
3.3 Material e Métodos.....	44
3.4 Resultados	48
3.5 Discussão	50
3.6 Conclusão	53
3.7 Referências	53
4 CAPÍTULO 3.....	59
4.1 Resumo	59
4.2 Introdução.....	59
4.3 Material e Métodos.....	61
4.4 Resultados	65
4.5 Discussão	69
4.6 Conclusão	76
4.7 Referências	77
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS GERAIS.....	88
APÊNDICE.....	102
ANEXOS	103
Anexo I	103
Anexo II	106
Anexo III	109

Anexo IV	110
-----------------------	------------

1 INTRODUÇÃO

Entende-se por doença crônica (DC) condições com evolução gradual dos sintomas, com períodos de remissão e de exacerbação, de curso superior a seis meses e de etiologia múltipla (LESSA, 1998; BÖELL; SILVA; HEGADOREN, 2016). As DC são consideradas um dos mais desafiadores problemas de saúde pública global (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2014; MALTA *et al.*, 2017), requerendo abordagem sistemática para o tratamento, exigindo novas estratégias dos serviços de saúde (WHO, 2005; MALTA; MERHY, 2010) e constante gerenciamento (SCHULMAN-GREEN *et al.*, 2012; RITTER; LORIG, 2014). Entre as DC estão a diabetes *mellitus* (DM), doença pulmonar obstrutiva crônica, obesidade e a síndrome metabólica (SM) (VIOLAN *et al.*, 2014).

A SM apresenta taxa de mortalidade geral duas vezes maior que na população normal, e o triplo da mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA - SBEM, 2008). É uma DC complexa definida pela presença concomitante de pelo menos três entre cinco alterações metabólicas, como obesidade central, intolerância à glicose, hipertensão arterial (HAS), dislipidemia, hipertrigliceridemia ou baixo lipoproteína plasmática de alta densidade (HDL) colesterol (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH, 2005; SIERRA-JOHNSON, 2006).

O gerenciamento de DC é um processo dinâmico, interativo e diário, em que o indivíduo se empenha para administrar ou conduzir uma doença (LORIG; HOLMAN, 2003). Com isso, há um crescente interesse por estratégias voltadas ao gerenciamento de diferentes DC (SWENDEMAN; INGRAM; ROTHERAM-BORUS, 2010), principalmente relacionadas à autoeficácia (AE). Estratégias utilizadas para controle e gerenciamento da SM incluem a terapia medicamentosa e a terapia interdisciplinar (intervenções nutricionais, psicológicas, fisioterapia, treinamento físico e acompanhamento médico), que são capazes de controlar SM, o estado inflamatório e o risco cardiovascular (MASQUIO *et al.*, 2013).

A AE é um fator psicológico importante, que atua sobre os determinantes cognitivos, motivacionais e afetivos relacionados a ação (DIAS, 2009), o que permite aos indivíduos obterem motivação e se perceberem com competência para executar um comportamento requerido para obtenção de um resultado (BANDURA, 1977, 1982; BAUM; CHRISTIANSEN, 2005). Essa provém da avaliação das experiências passadas, da aprendizagem vicária, ou seja, a observação do comportamento de pessoas semelhantes que são capazes de agir com sucesso em situações comparáveis à sua (BANDURA, 1997). Tais determinantes influenciam os

padrões de comportamento dos indivíduos e seu estilo de vida, como fumar, beber, praticar exercício físico, cuidar da alimentação, tomar medicamentos e realizar o tratamento ao longo da vida, os quais impactam em sua qualidade de vida (CLARK; DODGE, 1999; BODNHEIMER *et al.*, 2002; LENZ; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2002). Níveis mais altos de AE estão associados à melhor bem-estar e melhores condições de saúde (BANDURA, 2004).

A AE caracteriza-se como um indicador que prevê informações de saúde como a necessidade de atendimento em saúde, o uso de medicamentos e o controle de sintomas relacionados à doença, bem como a melhora da qualidade da vida e redução da necessidade de serviços médicos (LORIG *et al.*, 2001a; 2001b; BANDURA, 2004; RITTER; LORIG, 2014). A AE percebida é uma pré-condição essencial para o manejo apropriado das DC (HOLMAN; LORIG, 1992), visto que condições crônicas levam a uma diminuição do potencial dos indivíduos de experienciarem o lado positivo da vida (SMITH *et al.*, 2002) por necessitarem de tratamentos e cuidados permanentes (BANDURA, 1997; MOREIRA *et al.*, 2014).

Por ser a AE um indicador de saúde, instrumentos para avaliar AE foram desenvolvidos ao longo das duas últimas décadas (LORIG *et al.*, 1989; WEBEL; OKONSKY, 2011), com destaque para a *Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale (SEMCD-6)* (LORIG *et al.*, 1989). A SEMCD-6 originalmente foi desenvolvida no idioma inglês (LORIG *et al.*, 2001a), posteriormente adaptado e validado para outros idiomas e para diversas DC (PEREIRA; BELLINATI; KANAN, 2018). No idioma português, a escala foi traduzida e adaptada (PEREIRA, 2018), porém ainda não validada.

Promover saúde envolve um processo que permite as pessoas aumentar o controle sobre sua própria saúde e determinantes, tais como ambiente socioeconômico, ambiente físico, estilo de vida, capacidades individuais, serviços de saúde (WHO, 2005). As escalas validadas podem contribuir mais rapidamente para a sistematização de conhecimentos acerca da SM, e a capacidade do indivíduo de gerenciar tal doença (LORIG, 2001a), melhorando suas condições de saúde e seus determinantes.

Diante da necessidade de encontrar opções que auxiliem o melhor controle das DC, como a SM, o conceito de resiliência surge como uma possibilidade. A resiliência é a capacidade de suportar, de adaptar-se e conviver de forma harmônica, frente às situações de adversidade e/ou estresse; e apresenta relação com a adesão ao tratamento em diferentes cronicidades, como na dor crônica, câncer, doença de Parkinson, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes *mellitus*. Nesse sentido, a promoção da resiliência causa uma melhor adaptação às necessidades decorrentes das DC (RECKZIEGEL, 2014). Todavia, ainda

necessita de novos estudos que explorem a associação com outras variáveis, bem como a avaliação de estratégias de promoção da resiliência (BÖELL; SILVA; HEGADOREN, 2016).

O objetivo geral deste estudo é avaliar as propriedades psicométricas da SEMCD-6 para indivíduos com SM. Especificamente pretendeu-se (i) analisar a estrutura interna e precisão da SEMCD-6; (ii) descrever as características sociodemográficas e estilo de vida de indivíduos com SM; (iii) avaliar a AE e a resiliência de indivíduos com SM; (iv) avaliar a associação do perfil sociodemográfico e estilo de vida com a AE e a com a resiliência em indivíduos com SM; e (v) avaliar a correlação entre AE e resiliência em indivíduos com fatores de risco para SM.

Este estudo está vinculado a Linha de Pesquisa Ambiente, Sociedade e Saúde do Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu* Mestrado em Ambiente e Saúde (PPGAS) da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). Apresenta uma abordagem interdisciplinar para entender e analisar a AE e a resiliência em indivíduos com SM, que podem auxiliar na elaboração de ações integrais e mais resolutivas, sobretudo quando centradas nas necessidades do usuário, na prevenção e no gerenciamento de condições crônicas (FARIAS *et al.*, 2018). Estas, são condições complexas que necessitam de uma resposta colaborativa de trabalho interprofissional e a colaboração do paciente (OMS, 2010).

A partir dessa perspectiva, validar um questionário torna possível padronizar conceitos e reflexões que se sustentam no diálogo interprofissional e a assistência multidisciplinar e interdisciplinar (CARLOTTO; DINIZ, 2017). Em decorrência, elaborar condutas e tratamentos específicos para os indivíduos, respeitando a integralidade do ser, suas necessidades e particularidades, visando melhorar a qualidade de vida através do gerenciamento de sua saúde/doença, por consequência melhorando sua condição de saúde (OLIVEIRA, 2004).

Ao se articular o saber de algumas ciências (humanas, da saúde, sociais), a partir do entendimento de que estilos de vida (ambiente, contexto social) determinam as condições de saúde (não penas) e vice-versa, confere ao estudo a legitimidade da perspectiva interdisciplinar impressa ao mesmo.

Esta dissertação foi estruturada em três capítulos, seguindo as normas do PPGAS. O Capítulo 1 apresenta um artigo de revisão sistemática e os Capítulos 2 e 3 manuscritos que evidenciam os resultados obtidos e discussões.

2 CAPÍTULO 1

AUTOEFICÁCIA E SÍNDROME METABÓLICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

2.1 Resumo

A autoeficácia é a crença ou convicção na capacidade pessoal de realizar determinada atividade. Refere-se a capacidade de modificar ou influenciar o manejo de doenças, como as doenças crônicas e a síndrome metabólica. O objetivo deste estudo é identificar na literatura os estudos que avaliaram a autoeficácia em indivíduos com síndrome metabólica. Para a revisão de literatura foi utilizado o método PRISMA. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados Portal da CAPES (MEDLINE/PubMed, Science Direct), Bireme, Lilacs e Scielo, utilizando como descritores “Autoeficácia” and “Síndrome Metabólica” (“*Self efficacy*” and “*metabolic syndrome*”). Os estudos foram pesquisados manualmente, considerando como critérios de elegibilidade publicações entre 2014 a 2019, em português e/ou inglês, com acesso *online* do texto completo, periódicos revisados por pares e estudos que avaliaram a autoeficácia em indivíduos com síndrome metabólica. Inicialmente foram encontrados 506 artigos, destes apenas três avaliaram a autoeficácia em indivíduos com síndrome metabólica, com instrumentos distintos: *modified IMB model*; “*Child Dietary Self-efficacy Scale*” modificado e “*Traffic Light Method for somatic screening and lifestyle*” nenhum deles específico para autoeficácia. A autoeficácia é uma ferramenta importante para o gerenciamento da síndrome metabólica, melhores parâmetros dietéticos, motivação e adoção de um estilo de vida saudável, que leva a uma redução de comorbidades e mortalidade, sendo considerada importante para cuidados em saúde de doença crônica, porém ainda pouco explorada para síndrome metabólica.

Palavras-chave: Autogestão. Autocuidado. Doença crônica.

2.2 Introdução

Doença crônica (DC) é uma condição com evolução gradual de sintomas, com períodos de remissão e de exacerbação, de curso prolongado, superior a seis meses, de etiologia múltipla, que pode gerar incapacidade e afetar as funções psicológicas, anatômicas e fisiológicas (LESSA, 1998; BÖELL; SILVA; HEGADOREN, 2016). As DC são a principais causas de mortalidade no mundo, representando 63% dos óbitos anuais. Entre as DC, encontram-se as doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e síndrome metabólica (SM) (WHO, 2014; MALTA *et al.*, 2017).

A SM é definida pela presença de no mínimo três de cinco características: aumento da circunferência da cintura, hipertrigliceridemia, diminuição do colesterol da lipoproteína de alta densidade, hipertensão e glicemia elevada (NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM – NCEP, 2001; JAMESON *et al.*, 2015; SHIM; GULHAR; JIALAL, 2019). Tal

conjunto de anormalidades metabólicas aumenta significativamente o risco para diabetes tipo 2 e doença cardiovascular aterosclerótica (WILSON *et al.*, 2005; JAMESON *et al.*, 2015), com elevada carga econômica (CARO *et al.*, 2007).

Dentre as DC, a SM apresenta-se como um dos principais desafios de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO – SBH, 2005; INTERNATIONAL DIABETERES FEDERATION – IDF, 2006), com um o risco de mortalidade aumentada em duas vezes para quem a possui, e três vezes para quem tem a SM associado à doença cardiovascular (CARVALHO, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA – SBEM, 2008). A literatura evidencia que entre 20% a 25% da população mundial de adultos possivelmente apresentam SM (ALBERTI; ZIMMET; SHAW, 2005; IDF, 2005). No Brasil, estas taxas variam de 30,9 a 53,4% na população adulta (RIGO *et al.*, 2009; PAULA *et al.*, 2010).

A variação na prevalência varia de acordo com a etiologia do local e indivíduos estudados (ZORASKI *et al.*, 2017), diferenças no histórico genético dos indivíduos, idade, estrutura sexual (CAMERON; SHAW; ZIMMET, 2004), aumento na proporção de pessoas com excesso de peso, obesidade, estilos de vida sedentários, classes socioeconômicas mais baixas e rápida urbanização têm sido associados à escalada na incidência de SM em todo o mundo (CAMERON; SHAW; ZIMMET, 2004; ALBERTI *et al.*, 2009; LEITE; ANCHIETA, 2013).

Assim como nas DC, indivíduos com SM estão mais suscetíveis à perda de qualidade de vida, e importante impacto econômico. Por não apresentarem cura, necessitam de cuidados permanentes (BANDURA, 1997; MOREIRA *et al.*, 2014). Logo, ações e investimentos são necessários para enfrentar e deter as DC e seus fatores de risco (BRASIL, 2014; WHO, 2014).

Para o manejo da SM, a terapia medicamentosa pode ser usada para ajustar os componentes metabólicos, por exemplo, a pressão arterial ou glicose (JAMESON *et al.*, 2015). Além disso, uma intervenção no estilo de vida é necessária para promover hábitos alimentares saudáveis, exercícios adequados e redução de peso nos pacientes, o que diminui o risco de outras alterações metabólicas (GRUNDY *et al.*, 2005; JAMESON *et al.*, 2014). Devido ao fato de um hábito saudável, ser capaz de desencadear novos hábitos de vida saudáveis, a mudança de estilo de vida, é considerada um fator que aumenta a autoeficácia (AE) (CAMERON *et al.*, 2018).

Considera-se como AE a crença ou convicção na capacidade pessoal de realizar determinada atividade. Refere-se a capacidade de modificar ou influenciar o manejo de doenças. (BANDURA; CERVONE, 1986; BANDURA, 1997). A AE é estabelecida através

das experiências passadas, bem como da observação de pessoas semelhantes que são capazes de agir com sucesso em situações comparáveis (BANDURA, 1997). Logo, associam-se a melhora no quadro sintomático do indivíduo, no bem-estar, aumento de atividades sociais, o que torna a AE uma pré-condição essencial para o manejo apropriado das DC (HOLMAN; LORIG, 1992).

A AE pode ser considerada uma ferramenta de avaliação e gerenciamento de doenças como a SM, que auxilia na promoção da saúde e na saúde integral do indivíduo. Assim, o objetivo da presente revisão sistemática é identificar na literatura os estudos que avaliaram a AE em indivíduos com SM.

2.3 Material e Métodos

A busca de artigos foi concretizada nas bases de dados Portal da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) (MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) /PubMed (NLM), Science Direct), Bireme, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) entre os meses de fevereiro e março de 2019, usando os descritores “Autoeficácia” and “síndrome metabólica” e seus correspondentes em inglês (“*Self efficacy*” and “*metabolic syndrome*”). Os artigos foram pesquisados manualmente, considerando como critérios de inclusão publicações entre os anos de 2014 à 2019; escritos em idioma português e inglês; com acesso *online* do texto completo em periódicos revisados por pares e que avaliaram a AE em indivíduos com síndrome metabólica. Livros, teses, dissertações, citações e notas editoriais foram excluídos. Destaca-se que esses elementos apenas nortearam a elaboração desse texto, que não tem o propósito de sumarizar resultados, tampouco abordar a totalidade de publicações científicas da área.

Inicialmente, os estudos foram selecionados pelo título e resumo, posteriormente, analisados na íntegra pelas autoras. Os dados extraídos dos artigos incluíram nome do autor e ano da publicação, país, população, objetivo principal do estudo, principais resultados, conclusão e instrumento de avaliação. Foram respeitados os princípios éticos durante a busca, bem como, os direitos autorais e referências.

A revisão sistemática foi realizada seguindo os Principais Itens para Análises Sistemáticas e Meta-análises (PRISMA, *statement*) (MOHER *et al.*, 2009). No momento da pesquisa não foram encontrados nenhum registro no PROSPERO sobre a temática estudada.

Para a coleta dos dados, foi utilizado o acrônimo PICO, conforme descrito na Tabela 1. O uso desta estratégia auxilia a formação da questão norteadora da pesquisa, possibilita assim, a identificação de descritores, que por sua vez direcionam a busca de dados (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Tabela 1 - Descrição dos componentes do PICO da revisão sistemática

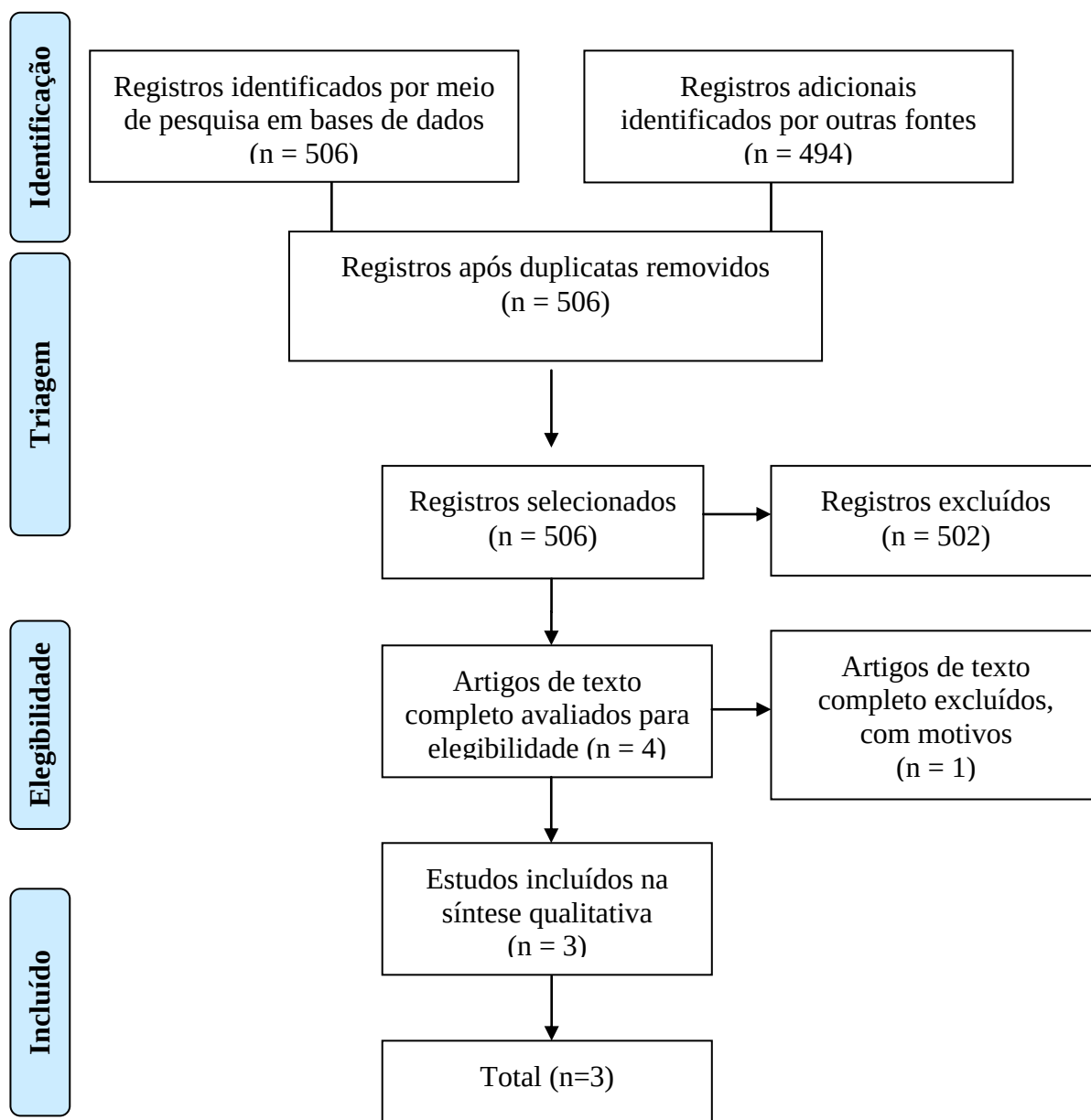
Acronônimo	Definição	Descrição
P	<i>Population</i> – População	Indivíduos com síndrome metabólica
I	<i>Intervention</i> – Intervenção	Avaliação da autoeficácia em indivíduos com síndrome metabólica.
C	<i>Comparison</i> – Comparação	O terceiro elemento não foi aplicado, visto que não foi realizado comparação.
O	<i>Outcome</i> – Desfecho	Identificar como se avalia a autoeficácia em indivíduos com síndrome metabólica.

Fonte: Os autores (2019), adaptado de Santo, Pimenta e Nobre (2007).

2.4 Resultados

Um total de 506 publicações foram identificadas nas bases de dados pesquisadas, sendo três (03) nacionais e 503 internacionais. A partir dos critérios de inclusão, apenas três publicações internacionais foram selecionadas: três (03) artigos não disponibilizaram o texto completo, quatro (04) publicações não apresentavam acesso gratuitamente e 493 artigos não avaliaram a AE em indivíduos com a SM. E as três publicações nacionais também não avaliaram a AE em indivíduos com SM, sendo assim, apenas 3 publicações internacionais foram incluídas no estudo. Tais informações são descritas na Figura 01.

Figura 1 - Diagrama PRISMA (MOHER *et al.*, 2009) do processo de busca de artigos.



Fonte: Os autores (2019), adaptado de Santos, Pimenta e Nobre (2007).

Os dados extraídos dos artigos selecionados como Autor e ano; Objetivos; Resultados Principais; Conclusão e Como Avalia AE, são apresentados no Quadro 1.

Os principais critérios de elegibilidade foram relacionar a AE com a SM e a disponibilidade do texto completo *online*, gratuitamente. Esses critérios são caracterizados como aspectos limitadores do estudo.

Quadro 1 - Estudos selecionados da revisão sistemática.

Autor; ano; País	População	Objetivo	Resultado principal	Conclusão	Como avaliou AE?
CHOI; CHOI-KWON; 2015; Coréia do Sul.	39 idosas com síndrome metabólica.	Investigar os efeitos de uma abordagem dietética (alimentação e educação alimentar) adaptada para pacientes com síndrome metabólica e sobre autoeficácia relacionada aos comportamentos alimentares.	Após a intervenção a níveis mais altos de autoeficácia alimentar, melhorou parâmetros em relação a frequência de consumo de frutas, ingestão de fibra alimentar, que levaram a melhora nos índices de lipoproteína de baixa densidade, nos triglicerídeos e estresse oxidativo.	O programa de intervenção, com a suplementação de ácidos graxos ômega-3, e educação alimentar, teve um efeito positivo sobre a autoeficácia, o que melhorou a dieta, comportamentos alimentares e estresse oxidativo, e assim melhorou os índices metabólicos.	<i>“Child Dietary Self-efficacy Scale” (CDSS) modificado.</i>
LEE; YANG; CHEE; 2016. Coréia do Sul.	267 adultos, com SM em centros de saúde pública.	Examinar a prática de comportamentos saudáveis e os fatores que afetam a prática em relação a síndrome metabólica.	A motivação e as habilidades comportamentais influenciam diretamente a prática de comportamentos saudáveis em indivíduos com SM, enquanto a informação influenciou a motivação e a prática de comportamentos saudáveis através de habilidades comportamentais. Níveis mais altos de autoeficácia demonstraram melhora nos comportamentos saudáveis para SM.	Os resultados sugerem que o fortalecimento da motivação e habilidades comportamentais pode melhorar diretamente a prática do comportamento saudável. Fornecer informações sobre os comportamentos saudáveis relacionados a SM e estratégias para o manejo do sofrimento psicológico, a autoeficácia, podem ser usadas como a primeira linha de intervenção.	<i>Modified information behavioral skills model (modified IMB model).</i>
LOOIJMANS, 2017. Países baixos.	Pacientes com SM e 75% desdes com distúrbio psicótico associado	Investigar se uma intervenção de estilo de vida multidimensional usando uma ferramenta web pode ser eficaz na melhoria da saúde cardiometabólica em pacientes com síndrome metabólica.	Cuidados de saúde adequados devem apresentar como alvo a saúde mental e os comportamentos de estilo de vida em pacientes com síndrome metabólica. O estudo contribui para uma intervenção de estilo de vida multidimensional baseada em ferramenta para direcionar vários comportamentos de estilo de vida em pacientes com síndrome metabólica.	Os pacientes determinam qual estilo de vida comportamentos que desejam mudar, é possível que eles visam outros resultados de saúde somática (por exemplo, saúde bucal, padrões de sono) do que a cintura primária do resultado do estudo circunferências e outros fatores de risco cardiometabólicos. Assim quanto mais motivados mais cuidaram de sua saúde e gerenciaram sua doença.	Ferramenta web multidimensional <i>Traffic Light Method for somatic screening and lifestyle</i> (TLM), abrangendo consciência do comportamento no estilo de vida, conhecimento sobre estilo de vida, motivação e estabelecimento de metas.

Fonte: Os autores (2019).

2.5 Discussão

Um total de 506 estudos foram identificados nas bases de dados pesquisadas, destas três (3) nacionais das quais nenhuma se encaixou nos critérios de elegibilidade da pesquisa e 503 publicações internacionais analisadas: 3 não disponibilizarão o texto completo, nenhuma publicação no entanto apresentou duplicidade, quatro (4) publicações não apresentavam acesso gratuitamente e 492 artigos não relacionavam a AE com a SM. Assim, foram selecionadas quatro (4) publicações para análise do texto completo seguindo os critérios de elegibilidade, destes um (1) artigo excluído após leitura de texto completo, por não relacionar a AE com a SM e três (3) publicações apresentaram a relação entre a AE e a SM e foram inclusas na revisão, em consonância com a Figura 1. As bases de dados Bireme, Scielo e Lilacs não apresentaram nenhum artigo que abordassem a temática.

A SM é um dos principais desafios de saúde pública do mundo (SBH, 2005; IDF, 2006), com índice de mortalidade duas a três vezes maiores que na população não sindrômica (CARVALHO, 2005; SBEM, 2008) e com prevalência de 30,9% a 53,4% na população adulta brasileira (RIGO *et al.*, 2009; PAULA *et al.*, 2010).

A revisão sistemática permitiu verificar que nos últimos cinco anos (2014-2019) pouco foi estudado sobre a AE em indivíduos com a SM. Na literatura internacional com disponibilidade de texto e gratuidade de acesso, apenas três artigos foram encontrados, os quais evidenciaram que níveis elevados de AE melhoram a dieta, comportamentos alimentares e estresse oxidativo (CHOI; CHOI-KWON, 2015; LEE; YANG; CHEE, 2016). Bandura (2004) já evidenciava que níveis mais altos de AE estão associados à melhor bem-estar, melhores condições de saúde e níveis metabólicos.

Os artigos estudados demonstraram que quanto mais motivado, maior conhecimento os indivíduos possuem sobre a sua doença e perspectiva de vida, o que desencadeia hábitos de vida saudáveis e uma melhor adaptação e gerenciamento da doença, com consequente prevenção de outras comorbidades (CHOI; CHOI-KWON, 2015; LOOIJMANS *et al.*, 2017), diminuição do custo de vida e aumento da perspectiva socioambiental (SAKULSUPSIRI; SAKTHONG; WATJANA, 2016), bem como, de sua qualidade de vida (LEE; YANG; CHE, 2016).

Assim, a AE percebida é uma pré-condição essencial para o manejo apropriado das DC (HOLMAN; LORIG, 1992). Está descrita na literatura associada a inúmeras doenças, como a obesidade (MAZLOOMY-MAHMOODABAD *et al.*, 2017), diabetes (MAHMOOD; HAMID; MARZIEH, 2018; HEKMATPOU, 2018), hipertensão arterial (WANG *et al.* 2017),

câncer (SKOLARUS *et al.*, 2017), doenças cardiovasculares (RIEGEL *et al.*, 2017), doenças hepáticas (JAVANMARDIFARD *et al.*, 2017), depressão (HWANG; RANKKIN, 2017), transtornos mentais (LOOIJMANS *et al.*, 2017), apneia do sono (SAITO *et al.*, 2015), menopausa (GACEK, 2014) entre outras. O que se observa é a pouco estudada em relação a SM.

A SM está diretamente ligada ao estilo de vida, tais como hábitos alimentares não saudáveis e sedentarismo (CAMERON; SHAW; ZIMMET, 2004; IDF, 2006; ALBERTI *et al.*, 2009; LEITE; ANCHIETA, 2013). A modificação do estilo de vida é geralmente uma ferramenta de gerenciamento de SM porque melhora a sensibilidade à insulina e simultaneamente reduz todos os fatores de risco metabólicos (GRUNDY *et al.*, 2005; JAMESON *et al.*, 2015). Deste modo é necessária a elaboração de estratégias para modificação de hábitos, e a AE pode ser uma estratégia (BANDURA, 2004; LORIG *et al.*, 2001a; 2001b; CAMERON *et al.*, 2018).

Em todo mundo, 23% dos adultos e 81% dos adolescentes não seguem as recomendações globais para a prática de exercício físico, ou seja, não praticam o nível mínimo de exercício recomendado de 75 minutos a 180 minutos semanais, os quais variam de acordo com idade e intensidade de exercício (WHO, 2010). Sabe-se que o sedentarismo é identificado como o quarto principal fator de risco para mortalidade global, 20% maior risco de morte por DC (MALTA *et al.*, 2017). Logo, intervenções para desenvolver comportamentos saudáveis para SM, com o desenvolvimento do auto gerenciamento e a capacidade de se perceber como ser responsável por seu estado de saúde-doença são necessárias para evitar complicações e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos acometidos (LEE; YANG; CHEE, 2016; LOOIJMANS *et al.*, 2017).

A AE pode ser sim uma ferramenta de gerenciamento da SM, porque melhora a percepção do indivíduo e auto responsabilidade e seu estado de saúde-doença, reduz todos os fatores de risco metabólicos (HOLMAN; LORIG, 1992; BANDURA, 2004).

Questionários e escalas são utilizados como ferramentas para auxiliar na avaliação de parâmetros que se busca conhecer, ou seja, para gerar os dados necessários para verificar se os objetivos de um projeto foram atingidos (AAKER; ALLEN; GEORGE, 2001). A presente revisão encontrou três instrumentos diferentes para avaliação da AE em indivíduos com SM: *Modified informationmotivation-behavioral skills model (modified IMB model)* (LEE; YANG; CHEE, 2016); *“Child Dietary Self-efficacy Scale” (CDSS)* modificado (CHOI; CHOI-KWON, 2015) e a ferramenta web multidimensional *“Traffic Light Method for somatic screening and lifestyle” (TLM)* (LOOIJMANS *et al.*, 2017). Observa-se que os instrumentos

estudados que avaliam alguns aspectos de AE, porém não específicos para a mesma, tão pouco para SM.

O *modified IMB model* avalia em 18 questões de motivação pessoal em relação ao comportamento saudável de indivíduos com SM e 18 questões de motivação social percebida pelos participantes do estudo em relação aos comportamentos saudáveis (LEE; YANG; CHEE, 2016). Esta abordagem explica fatores que influenciam o comportamento saudável para SM, fatores de habilidades cognitivas, emocionais e comportamentais (FISHER; FISHER, 1992; GRAVE *et al.*, 2010).

O *modified IMB model* conceitua fatores que influenciam engajamento e continuação de comportamentos saudáveis incluindo informações, motivação, e comportamento, e habilidades (GRAVE *et al.*, 2010; LEE; YANG; CHEE, 2016). No modelo *modified IMB model*, informações relacionadas ao gerenciamento de SM e prevenção de complicações impacta não apenas a motivação para comportamentos saudáveis (GRAVE *et al.*, 2010; MURER *et al.*, 2012), mas as habilidades comportamentais necessárias para comportamentos saudáveis (FISHER; FISHER, 2003; CHEN *et al.*, 2014). A informação e a motivação influenciam comportamentos e habilidades saudáveis e, por sua vez, habilidades comportamentais influenciam na motivação (FISHER; FISHER, 1992; LEE; YANG; CHEE, 2016). Tal avaliação se mostra relevante, visto que a modificação de um estilo de vida requer consideração de fatores de influência como conhecimento, atitude, apoio social e AE, associados a comportamentos saudáveis.

A “*Child Dietary Self-efficacy Scale*” (CDSS) modificado foi utilizado para avaliar a AE dietética em indivíduos com SM (CHOI; CHOI-KWON, 2015). Tal instrumento consiste em quatro (04) itens que avaliam hábitos e três (03) itens que avaliam escolhas alimentares, com pontuação total variando de 0 a 28 pontos, onde maior pontuação indica maior AE. Evidências mostram que com a utilização do instrumento, há relação da AE com mudanças saudáveis no estilo de vida e gerenciamento da doença (CHOI; CHOI-KWON, 2015).

A ferramenta web multidimensional “*Traffic Light Method for somatic screening and lifestyle*” (TLM), é uma ferramenta da web originalmente desenvolvida para enfermeiros e pacientes em uma organização holandesa de cuidados de saúde mental (LOOIJMANS *et al.*, 2017). É baseado em intervenções eficazes e diretrizes nacionais sobre comportamento de estilo de vida saudável, consiste em duas partes: (I) conhecimento sobre o comportamento de estilo de vida e motivação, (II) estabelecimento de metas, fase de acompanhamento entre paciente e enfermeira, para visão geral do quadro do indivíduo (LOOIJMANS *et al.*, 2017).

Tal estudo apresentou que quanto mais envolvido com seu caso, maior AE, mais o indivíduo gerencia sua doença.

2.6 Conclusão

A presente revisão possibilitou identificar uma escassez de artigos na relação AE e SM. Níveis maiores de AE proporcionam capacidade de gerenciamento da doença, com adoção de um estilo de vida saudável, modificação de hábitos alimentares, que leva a uma redução de comorbidades e mortalidade. Nesse contexto, reforça-se que a AE é uma ferramenta importante para indivíduos com DC e seus cuidados em saúde, o qual necessita ser mais estudado em indivíduos com SM.

2.7 Referências

AAKER, D.; ALLEN, D.; GEORGE, S. “**Marketing Research**”. 7. ed. New York: John Wiley & Sons, 2001.

ALBERTI, K.G. *et al.* Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. **Circulation**, v. 120, p. 1640-1645, 2009.

ALBERTI, K.G.; ZIMMET, P.; SHAW, J. The metabolic syndrome - a new worldwide definition. **Lancet**, v. 366, n. 9491, p. 1059-1066, 2005.

BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. **Health Education & Behavior**, v. 31, n. 2, p. 143-164, 2004.

BANDURA, A. **Self-Efficacy: The Exercise of Control**. New York: Freeman, 1997.

BANDURA, A. **Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory**. Englewood Cliffs. New-Jersey: Prentice Hall, 1986.

BÖELL, J.E.W.; SILVA, D.M.G.V.D.; HEGADOREN, K.M. Fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: um estudo transversal. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 24, n. e2786, p. 1–9, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, Série B. Textos básicos de saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 20/11/2018.

CAMERON, I.D. *et al.* Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 9, 2018.

CAMERON, A.J.; SHAW, J.E.; ZIMMET, P.J. The metabolic syndrome: prevalence in worldwide populations. **Endocrinology Metabolism Clinics**, v. 33, n. 2, p. 351-375, 2004.

CARO, J.J. *et al.* Economic burden and risk of cardiovascular disease and diabetes in patients with different cardiometabolic risk profiles. **Value Health**, v. 10, p. s12-s20, 2007.

CARVALHO, M.H.C. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. sI, p. 1-28, 2005.

CHEN, A.M. *et al.* Relationships between health literacy and heart failure knowledge, selgefficacy, and self-care adherence. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 10, n. 2, p. 378-386, 2014.

CHOI, S.; CHOI-KWON, S. The effects of the DASH diet education program with omega-3 fatty acid supplementation on metabolic syndrome parameters in elderly women with abdominal obesity. **Nutrition Research and Practice**, v. 9, n. 2, p. 150-157, 2015.

FISHER, J.D.; FISHER, W.A. Changing AIDS-risk behavior. **Psychological Bulletin**, v. 111, n. 3, p. 455-474, 1992.

FISHER, W.A.; FISHER, J.D.; HARMAN, J. **The information-motivation-behavioral skills model**: a general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. In: Suls J, Wallston KA, editors. *Social psychological foundations of health and illness*. Oxford: Wiley-Blackwell, p. 82–106, 2003.

GACEK, M. Individual differences as predictors of dietary patterns among menopausal women with arterial hypertension. **Przegląd Menopauzalny = Menopause Review**, v. 13, n. 2, p. 101-108, 2014.

GRAVE, D.R. *et al.* Lifestyle modification in the management of the metabolic syndrome: achievements and challenges. **Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity**, v. 3, p. 373-385, 2010.

GRUNDY, S.M. *et al.* Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement. **Circulation**, v. 112, n. 17, p. 2735-2752, 2005.

HEKMATPOU, D. Effectiveness of the “Create Sensitivity” Caring Model on Blood Glucose/ Glycosylated Hemoglobin and Quality of Life in Patients With Type 2 Diabetes. **The Open Nurse Journal**, v. 12, p. 195–204, 2018.

HOLMAN, H.; LORIG, K. **Perceived self-efficacy in self-management of chronic disease**. Em Schwarzer, R. *Self-efficacy: Thought control and action*, p. 305-323. London: Taylor & Francis. 1992.

HWANG, W.; RANKIN, S. Depressive Symptom and Related Factors: A Cross-Sectional Study of Korean Female Workers Working at Traditional Markets. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 12, p. 1465, 2017.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). The IDF Consensus worldwide definition of metabolic syndrome. Belgium: **International Diabetes Federation**, 2006.

JAMESON, J.L. *et al.* **Principles of Internal Medicine**. New York: Harrison's Principle of Internal Medicine, McGraw-Hill, 2015.

JAVANMARDIFARD, S. *et al.* The effect of telenursing on self-efficacy in patients with non-alcoholic fatty liver disease: a randomized controlled clinical trial. **Gastroenterol and Hepatology**, v. 10, n. 4, p. 263-271, 2017.

LEE, G.; YANG, S.J.; CHEE, Y.K. Assessment of healthy behaviors for metabolic syndrome among Korean adults: a modified information-motivation-behavioral skills with psychological distress. **BMC Public Health**, v. 16, n. 518, p. 1-8, 2016.

LEITE, E.B.; ANCHIETA, V.C. Identificação de síndrome metabólica em policiais civis do Distrito Federal, Brasil. **Revista Brasília Médica**, v. 50, n. 3, p. 186-93, 2013.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998.

LOOIJMANS, A. *et al.* Design of the Lifestyle Interventions for severe mentally ill Outpatients in the Netherlands (LION) trial; a cluster randomised controlled study of a multidimensional web tool intervention to improve cardiometabolic health in patients with severe mental illness. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 1-13, 2017.

LORIG, K. *et al.* Chronic disease self-management program – 2-year health status and health care utilization outcomes. **Medical Care**, v. 39, n. 11, p. 1217–1223, 2001a.

LORIG, K.R. *et al.* Effect of a self-management program on patients with chronic disease. **Effective Clinical Practice**, v. 4, n. 6, p. 256–262, 2001b.

MAHMOOD, K.; HAMID, R.K.; MARZIEH, A. The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2018.

MALTA, D.C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1–10, 2017.

MAZLOOMY-MAHMOODABAD, S.S. *et al.* The effect of educational intervention on weight loss in adolescents with overweight and obesity: Application of the theory of planned behavior. **ARYA Atherosclerosis**, v. 13, n. 4, p. 176-183, 2017.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 10, n. 62, p. 1006-1012, 2009.

MOREIRA, M.C.N.; GOMES, R.; SÁ, M.R.C. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2083–2094, 2014.

MURER, M. *et al.* Physical activity behaviour in patients with metabolic syndrome. **Swiss Medical Weekly**, v. 142, 2012.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM (NCEP-ATP III). Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Cholesterol. **JAMA**, v. 285, n. 19, p. 2486–2497, 2001.

PAULA, H.A.A. *et al.* Comparação de Diferentes Critérios de Definição para Diagnóstico de Síndrome Metabólica em Idosas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 3, p. 346-53, 2010.

RE, T.S. *et al.* Effects of acculturation, coping strategies, locus of control, and self-efficacy on chronic pain: study of Chinese immigrant women in Italy-insights from a thematic field analysis. **Journal of Pain Research**, v. 10, p. 1383-1388, 2017.

RIEGEL, B. *et al.* Self-Care the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke A Scientific Statement for Healthcare Professional From the American Heart Association. Journal of the American Heart Association: **Cardiovascular and Cerebrovascular Disease**, v. 6, n. 9, 2017.

RIGO, J.C. *et al.* Prevalência de Síndrome Metabólica em Idosos de uma Comunidade: Comparação entre três métodos diagnósticos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 2, p. 85-91, 2009.

SAKULSUPSIRI, A.; SAKTHONG, P.; WATJANA, W. **Cost-Effectiveness Analysis of the Self-Management Program for Thai Patients with Metabolic Syndrome**. Value In Health Regional Issues 9C, p. 28-35, 2016.

SAITO, A. *et al.* Development and evaluation of a self-efficacy instrument for Japanese sleep apnea patients receiving continuous positive airway pressure treatment. **Nature and Science of Sleep**, v. 7, n. 6, p. 25-31, 2015.

SANTOS, C.M.D.C.; PIMENTA, C.A.D.M.; NOBRE, M.R.C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, p. 508-511, 2007.

SHIM, K.; GULHAR, R.; JIALAL, L. Exploratory metabolomics of nascent metabolic syndrome. **Journals Diabetes Complications**, v. 33, n. 3, p. 212-216, 2019.

SKOLARUS, T.A. *et al.* Optimizing veteran-centered prostate cancer survivorship core: study protocol for a randomized controlled trial. **Neurosurgery**, v. 18, n. 181, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). Síndrome Metabólica, **SBEM**, 2008. Disponível em: <<https://www.endocrino.org.br/a-sindrome-metabolica/>>. Acesso em: 20/11/2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. SBH- Sociedade Brasileira de Hipertensão, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 1, 2005.

WANG, C. *et al.* The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. **International Journal for Equity in Health**, v. 16, n. 1, p. 58, 2017.

WILSON, P.H. *et al.* Metabolic syndrome as a precursor of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus. **Circulation**, v. 112, p 3066-3072, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global recommendations on physical activity for health. **World Health Organization**, 2010. Disponível em: <<https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>>. Acesso em: 20/11/2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014. **WHO - World Health Organization**, p. 176, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>>. Acesso em: 20/11/2018.

ZORASKI, H. *et al.* Síndrome metabólica em idosos de Nova Roma do Sul, RS: prevalência e fatores associados. **ABCS Health Sciences**, v. 42, n. 3, p. 147-155, 2017.

3 CAPÍTULO 2

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA GERENCIAMENTO DE DOENÇA CRÔNICA – 6 ITENS: TESTE PILOTO PARA VALIDAÇÃO PARA SÍNDROME METABÓLICA

3.1 Resumo

Autoeficácia (AE) é a crença ou convicção na capacidade pessoal de realizar determinada atividade. A Escala de Autoeficácia para Gerenciamento de Doença Crônica- 6 itens (SEMCD-6) é um instrumento que avalia a AE, já validado para diferentes doenças crônicas em diferentes línguas. No idioma português, a escala já foi traduzida e adaptada para indivíduos com síndrome metabólica (SM), no entanto ainda não validada. O objetivo do presente estudo é avaliar as propriedades psicométricas da SEMCD-6 para indivíduos com três fatores de risco mais frequentes para a SM. Participaram da pesquisa 252 indivíduos, com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, cadastrados no programa G-MUS da secretaria de saúde de um município da Serra Catarinense e que apresentavam os três principais fatores de risco (aumento da circunferência abdominal, hipertensão e hiperglicemia) para SM. Para análise dos dados foram utilizados os recursos estatísticos de coeficiente alfa de Cronbach, análise fatorial exploratória, critérios de Kaiser-Meyer-Olkin e teste de esfericidade de Bartlett. A análise fatorial exploratória, em componentes principais e rotação oblíqua, revelaram uma solução fatorial de 59,1% da variância total do constructo e boa consistência interna ($\alpha = 0,861$). Conclui-se que a SEMCD-6 apresenta excelentes propriedades psicométricas, constituindo um instrumento de utilidade prática para avaliar o autoeficácia de indivíduos com fatores de risco para síndrome metabólica.

Palavras-chave: Estudo de validação. Autogestão. Doença crônica.

3.2 Introdução

As doenças crônicas (DC) são consideradas um dos mais desafiadores problemas de saúde pública global (MALTA; MERHY, 2010; RITTER; LORIG, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2014). São condições com curso superior a seis meses, de etiologia múltipla e que não apresentam cura, mais sim, gerenciamento (BÖELL *et al.*, 2016). Entre as DC encontram-se a obesidade, hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e a síndrome metabólica (SM) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 2018).

A associação de três ou mais fatores de risco como a obesidade visceral, hiperglicemia, redução da fração de lipoproteína plasmática de alta densidade (HDL) colesterol, aumento do triglicerídeo e hipertensão arterial caracterizam a SM, que aumenta a resistência a insulina e o risco de calcificação coronariana e carotídea (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH, 2005; SIERRA-JOHNSON, 2006; SOUZA *et al.*,

2017). É importante destacar a associação da SM com a doença cardiovascular, pois ela aumenta a mortalidade em cerca de 2,5 vezes (BRANDÃO *et al.*, 2018).

A prevalência da SM varia de acordo com a população estudada e suas características específicas. Em nível mundial, a prevalência da SM na população geral adulta é estimada entre 20 a 25%, chegando a 42% entre indivíduos com idade superior a 60 anos (GRUNDY, 2006; BARBOSA *et al.*, 2010). No Brasil a prevalência geral é de 22,7% (MOREIRA *et al.*, 2014).

A SM, por ser uma condição crônica, apresenta correlação importante com o estilo de vida, necessitando de constante gerenciamento (SWENDEMAN; INGRAM; ROTHERAM-BORUS, 2010; LEITÃO; MARTINS, 2012). O gerenciamento das doenças é um processo dinâmico, interativo e diário, em que o indivíduo se empenha para administrar ou conduzir uma doença (LORIG; HOLMAN, 2003). Com isso, há um crescente interesse por estratégias voltadas ao gerenciamento de diferentes DC, principalmente relacionadas à autoeficácia (AE) (SWENDEMAN; INGRAM; ROTHERAM-BORUS, 2010).

A AE é um fator psicológico caracterizado como a crença ou convicção na capacidade pessoal de realizar determinada atividade. Refere-se a capacidade de modificar ou influenciar o manejo de doenças (BANDURA, 1986; BAUM; CHRISTIANSEN, 2005). A AE influencia os padrões comportamentais do indivíduo, seu estilo de vida (prática de exercício, cuidado alimentar, procurar ajuda médica e seguir o tratamento), influenciando em decisões e ações de cuidado em saúde (LORIG *et al.*, 2001a.; 2001b; LENZ; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2002; BANDURA, 2004; RITTER; LORIG, 2014). Níveis mais altos de AE estão associados à melhor bem-estar e melhores condições de saúde (BANDURA, 2004).

Neste contexto, diferentes instrumentos para avaliar a AE foram desenvolvidos (LORIG *et al.*, 1989; WEBEL; OKONSKY, 2011). Dentre eles, destaca-se a *Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale* (SEMCD-6) (LORIG *et al.*, 2001a; 2001b). A SEMCD-6 originalmente foi desenvolvida no idioma inglês (LORIG *et al.*, 2001a; 2001b), posteriormente adaptado e validado para outros idiomas e para diversas DC (PEREIRA; BELLINATI, KANAN, 2018). No idioma português, a escala foi traduzida e adaptada por Pereira, (2018) em indivíduos com SM, no entanto ainda não validada.

Em uma revisão sistemática realizada para embasar esta pesquisa e identificar os estudos que avaliaram a AE em indivíduos com SM, nas bases de dados Periódicos da CAPES, PubMed e Scielo, entre os anos de 2014 à 2019, evidenciou a existência de três instrumentos: *Modified information motivation-behavioral skills model (modified IMB model)* (LEE; YANG; CHEE, 2016); *Child Dietary Self-efficacy Scale (CDSS)* modificado (CHOI;

CHOI-KWON; 2015) e a ferramenta web multidimensional *Traffic Light Method for somatic screening and lifestyle* (TLM) (LOOIJMANS, 2017). Os três instrumentos encontrados são internacionais, não específicos para AE, tão pouco para SM, e não validos para língua portuguesa brasileira.

Assim, considerando os dados da literatura sobre a relação da AE com as DC e a escassez de instrumentos validados para indivíduos com SM, bem como os impactos da SM nos indivíduos e na saúde, o objetivo do presente estudo foi avaliar as propriedades psicométricas da SEMCD-6 para essa população em termos de validade de construto e de confiabilidade.

3.3 Material e Métodos

Trata-se de um estudo instrumental, descritivo, quantitativo e com delineamento transversal, para busca de evidências de precisão e baseadas na estrutura interna, com aplicação de instrumento para validação. Esta pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade do Planalto Catarinense sob os pareceres nº 3.437.211 (Anexo I) referente ao levantamento do n amostral e 3.673.379 (Anexo II) para aplicação e teste piloto para validação do instrumento.

Para definição do n amostral e população foi utilizado o sistema G-MUS, o qual disponibiliza diversos mecanismos necessários para a coleta e distribuições de informações dentro da Secretaria de Saúde, através de um banco de dados unificado (G-MUS, 2016). Segundo mesmo autor, as informações contidas no G-MUS como cadastro e informações de pacientes, podem ser acessadas de todos os locais que oferecem atendimentos relacionados à saúde pública no município, o que facilita o acesso do usuário, bem como o acesso a informações do mesmo, o que promove o estreitamento a distância entre os setores, profissionais e os cidadãos, e assim, ações mais resolutivas. Tal sistema contempla desde o atendimento primário à gestão estratégica da saúde, visa a qualidade na assistência ao cidadão, o controle e a redução de custos para a gestão e a efetividade às exigências Ministeriais (G-MUS, 2016).

Inicialmente foi realizado levantamento do número de indivíduos cadastrados no sistema G-MUS da Secretaria de Saúde de um município da Serra Catarinense, que apresentavam três (03) fatores de risco para SM (aumento da circunferência da cintura para homens, maior (>) 102 cm, mulheres > 88 cm; hipertensão $\geq$ 130 mmHg ou $\geq$ 85 mmHg e glicemia de jejum $\geq$ 110 mg/dL) (I DIRETRIZ NACIONAL BRASILEIRA DE SÍNDROME

METABÓLICA - I DNBSM, 2005). Estes três fatores foram considerados por serem os mais frequentes na patologia (RAMIRES *et al.*, 2018).

Segundo dados coletados, o município da Serra Catarinense estudado apresentava 95.412 indivíduos maiores de 18 anos cadastrados no G-MUS, dos quais 710 indivíduos apresentavam os três fatores de risco para SM, distribuídos nas 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do perímetro urbano do município.

Para o controle amostral, foi realizado o cálculo amostral utilizando a ferramenta computacional SestatNet (NASSAR *et al.*, 2011), com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, chegando ao total de 249 indivíduos, que foram distribuídos proporcionalmente (estratificados) a partir de sua representação por UBS, apresentados na Tabela 1.

Tabela 1- Número de indivíduos com três principais fatores para síndrome metabólica nas Unidades de Saúde de perímetro urbano de um município da Serra Catarinense.

Unidade Básica de Saúde	Total	Cálculo Amostral
1. Caça e Tiro	31	11
2. Centenário	31	11
3. Centro (CEASM)	07	02
4. Copacabana	47	17
5. Coral	11	04
6. Frei Rogério	24	08
7. Gethal	49	17
8. Guarujá	37	13
9. Habitação	22	08
10. Penha	22	08
11. Petrópolis	54	19
12. Popular	21	07
13. Pró-Morar	30	11
14. Santa Catarina	21	07
15. Santa Helena	15	05
16. Santa Mônica	36	13
17. São Carlos	03	01
18. São Cristovão	49	17
19. São Francisco	07	02
20. São José	02	01
21. São Miguel	43	15
22. São Pedro	23	08
23. Tributo	57	20
24. Universitário	06	02
25. Várzea	11	04
26. Vila Mariza	34	12
27. Vila Nova	17	06
TOTAL	710	249

Fonte: Os autores (2020).

Os participantes foram escolhidos de forma aleatória a partir dos seguintes critérios de inclusão: maiores de idade, de ambos os sexos, que estivessem em casa durante a visita domiciliar dos pesquisadores e que concordassem em participar do estudo por livre e espontânea vontade, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No bairro Habitação dois indivíduos a mais do previsto pelo cálculo amostral participaram da pesquisa, e um no bairro da Penha, totalizando 252 participantes.

Para o processo de validação do instrumento o tamanho da amostra foi adequado de acordo com o Hair *et al.* (2009), uma vez que o N foi superior a 100 e a proporção de casos por variáveis foi superior ao mínimo exigido (5:1).

Na Tabela 2 são apresentadas as descrições sócio-demográficas dos participantes.

Tabela 2 - Perfil sócio-demográfico dos participantes.

Variáveis	N (n =252)	%
Idade		
≤ 59 anos	80	31,7
≥ 60 anos	172	68,3
Gênero		
Feminino	184	73
Masculino	68	27
Raça		
Branca	174	69
Negra	36	14,3
Parda	31	12,3
Indígena	11	4,4
Estado civil		
Sem acompanhante (Solteiro/viúvo/divorciado)	106	42,1
Com acompanhante (casado/união estável)	146	57,9
Escolaridade		
Até ensino fundamental	153	60,7
Até ensino médio ou mais	62	24,6
Além de ensino médio	37	14,7

Fonte: Os autores, 2020.

A Escala de autoeficácia para gerenciamento de doença crônica-6 itens (SEMCD-6) utilizada foi traduzida e adaptada no idioma português por Pereira, (2018), com base na versão original de Loring (2001b) (ANEXO III). Ela mensura a confiança do indivíduo em relação à capacidade de gerenciar ou lidar com dor, sofrimento emocional, fadiga e outros sintomas, para que, além de tomar medicamentos, possa fazer outras coisas para reduzir o impacto de sua doença e para realizar tarefas e atividades que podem reduzir a necessidade de consultar um médico (LORIG *et al.*, 2001a; 2001b). O indivíduo é convidado a avaliar se está seguro para realizar certas tarefas no momento atual. As respostas são classificadas em uma escala numérica variando de 1 (nada confiante) a 10 (totalmente confiante). A pontuação para a escala é a média de todas as pontuações dos 6 itens. Quanto maior a pontuação, maior a AE (LORIG *et al.*, 2001a; 2001b.; RITTER; LORIG, 2014).

A SEMCD-6 foi aplicada com os participantes durante uma visita domiciliar, juntamente ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) do participante, sendo que o ACS apenas acompanhava o pesquisador até o domicílio, sendo o pesquisador que apresentavam a pesquisa e o termo de consentimento e só em seguida se aceito, entregavam o instrumento para resposta do participante, de forma individual. As respostas dadas foram anônimas, havendo apenas um número de identificação para cada participante.

Para análise dos dados, a fim de caracterizar os participantes, foi realizada uma estatística descritiva, por meio de frequência relativa e absoluta e valores de média e desvio padrão. O processo de análise da validade do instrumento foi desenvolvido em dois momentos. No primeiro foi determinada a validade do instrumento através da análise fatorial, citada segundo Thomas e Nelson (2002), para reduzir um conjunto de dados pelo agrupamento de variáveis similares em componentes (fatores) básicos. A análise fatorial exploratória, um dos tipos de análise fatorial, foi utilizada em virtude de proporcionar a identificação dos constructos ou fatores básicos referentes a determinado grupo de medidas (THOMAS; NELSON, 2002). No segundo momento, foi determinada a consistência interna, ou seja, a confiabilidade do instrumento, através do coeficiente alfa de Cronbach (α). O valor de α varia entre 0 (mínimo) e 1 (máximo), sendo 0,60 ou 0,70 os valores mínimos de aceitação recomendados. Para o presente estudo, foi adotado o índice de 0,70 como limite mínimo.

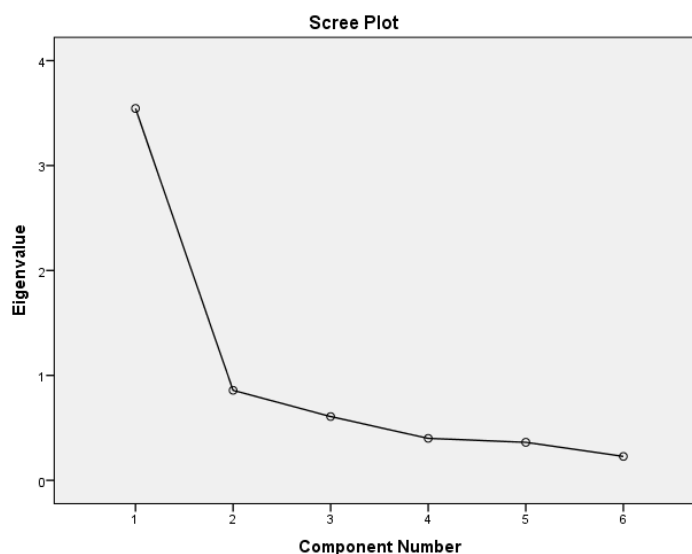
A fim de verificar a dimensionalidade do instrumento, foi realizada análise exploratória dos dados e análise de componentes principais. Posteriormente, utilizou-se a técnica dos eixos principais com rotação oblíqua, considerando um índice de carga fatorial de 0,3 para exclusão de itens (DAMÁSIO, 2012) e teste de Kayser-Meyer-Oukin (KMO) e

esfericidade de *Bartlett's* para verificar a adequação da análise fatorial. Os dados foram tabulados e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)® (versão 20.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA).

3.4 Resultados

Para avaliar a possibilidade do uso da AFE, primeiramente foi verificada a possibilidade de fatorabilidade da amostra com base no teste estatísticos de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e Bartlett, (KMO = 0,805; Bartlett $p \leq 0,000$), indicando que os dados são adequados para a extração de fatores. O gráfico de ScreePlot confirmou a existência de um fator (Figura 01), que juntos explicaram 59,1% da variância total do constructo.

Gráfico 1 - Gráfico de ScreePlot da SEMCD-6.



Fonte: Os autores (2020).

A análise fatorial com rotação oblíqua mostrou que o fator encontrado é composto por 6 itens. Na Tabela 3 encontram-se informações sobre os itens de cada fator, suas cargas fatoriais e comunalidades. Nenhum item foi eliminado, pois todos apresentaram carga fatorial superior a 0,3.

Tabela 3 - Cargas fatoriais das variáveis da SEMCD-6 e comunalidade por fatores extraídos.

Variável	Carga Fatorial	Comunalidade
Q 1. Fadiga	0,758	0,575
Q 2. Desconforto físico ou dor	0,772	0,596
Q 3. Sofrimento emocional	0,751	0,564
Q 4. Outros sintomas ou problemas de saúde	0,791	0,625
Q 5. Reduzir a necessidade de ir ao médico	0,762	0,580
Q 6. Fazer outras coisas além de tomar medicamento	0,777	0,603

Legenda: Q1= Questão 1, Q2= Questão 2, Q3= Questão 3, Q4= Questão 4, Q5= Questão 5. Q6= Questão 6.
 Fonte: Os autores (2020).

Destaca-se que todas as questões apresentaram carga fatorial acima de 0,7, demonstrando que a SEMCD-6 contém índices psicométricos satisfatórios e evidências de validade da sua estrutura interna. A comunalidade indica quais itens estão melhores representados pelos fatores (SOUZA *et al.*, 2017). Os valores obtidos pelo Alfa de Cronbach por item e total indica consistência interna satisfatória entre todos os indicadores, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - Alfa de Cronbach por item.

Itens	Alfa de Cronbach
Q 1. Fadiga	0,839
Q2. Desconforto físico ou dor	0,836
Q3. Sofrimento emocional	0,842
Q4. Outros sintomas ou problemas de saúde	0,831
Q5. Reduzir a necessidade de ir ao médico	0,839
Q6. Fazer outras coisas além de tomar medicamento	0,835
Alfa geral do fator	0,861

Legenda: Q1= Questão 1, Q2= Questão 2, Q3= Questão 3, Q4= Questão 4, Q5= Questão 5. Q6= Questão 6.
 Fonte: Os autores (2020).

A seguir, apresenta-se a matriz de correlação entre os fatores na Tabela 5.

Tabela 5 - Matriz de correlação entre as variáveis.

Fator	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
Q1	1,0	0,634	0,491	0,537	0,413	0,426
Q2	0,634	1,000	0,477	0,536	0,458	0,454
Q3	0,491	0,477	1,000	0,613	0,402	0,488
Q4	0,537	0,536	0,613	1,000	0,489	0,460
Q5	0,413	0,458	0,402	0,489	1,000	0,750
Q6	0,426	0,454	0,488	0,460	0,750	1,000

Legenda: Q1= Questão 1. Fadiga; Q2= Questão 2. Desconforto físico ou dor; Q3= Questão 3. Sofrimento emocional; Q4= Questão 4. Outros sintomas ou problemas de saúde; Q5= Questão 5. Reduzir a necessidade de ir ao médico; Q6= Questão 6. Fazer outras coisas além de tomar medicamento.

Fonte: Os autores (2020).

Os valores indicam uma correlação positiva entre os fatores, com uma correlação maior entre “Q5. Reduzir a necessidade de ir ao médico” com “Q6. Fazer outras coisas além de tomar medicamento” (0,750); “Q1. Fadiga” com “Q2. Desconforto físico ou dor” (0,634) e “Q3. Sofrimento emocional” com “Q4. Outros sintomas ou problemas de saúde” (0,613).

3.5 Discussão

As doenças crônicas (DC), como a síndrome metabólica (SM), vêm aumentando sua incidência ao longo do envelhecimento da população (ORELLANA; RODRIGUES, 2018). Estima-se que aproximadamente 30,9 a 53,4% da população brasileira apresenta SM (PAULA *et al.*, 2010; RAMIRES *et al.*, 2018). A SM é uma DC complexa associada a múltiplos agravos de saúde, como os fatores cardiovasculares (SBH, 2005; WU; ZHANG; ZHEN, 2016), que aumenta consideravelmente o risco de comorbidades e mortalidade (WU; ZHANG; ZHEN, 2016; RAMIRES EKNM *et al.*, 2018).

O gerenciamento das doenças é um processo dinâmico, interativo e diário, em que o indivíduo se empenha para administrar ou conduzir uma doença (LORIG; HOLMAN, 2003). Consequentemente, há um crescente interesse por estratégias voltadas ao gerenciamento de diferentes DC (SWENDEMAN; INGRAM; ROTHERAM-BORUS, 2010), principalmente relacionadas à autoeficácia (AE), pois esta pode contribuir para mudanças comportamentais e autocuidado (BORTOLON *et al.*, 2019).

Um dos instrumentos utilizados por profissionais de diferentes áreas da saúde para avaliação da AE em indivíduos com DC é a Escala de autoeficácia para gerenciamento de doença crônica-6 itens (SEMCD-6) (LORIG *et al.*, 2001a; 2001b; STANFORD PATIENT

EDUCATION RESEARCH CENTER, 2011; RITTER; LORIG, 2014). Esta escala tem se mostrado um instrumento válido e confiável, traduzida e válida em várias línguas como no inglês (LORIG *et al.*, 2001b), alemão (FREUND *et al.*, 2013), espanhol (RITTER; LORIG, 2014), chinês (CHOW; WONG, 2014), persa (ESLAMI *et al.*, 2017), as versões em xhosa (PARKER; JELSMA; STEIN, 2016) e também na língua portuguesa (PEREIRA, 2018).

A validação de instrumentos para outras línguas, culturas e doenças, permite que eles passem a ser utilizados para rastreio em população específica, com a vantagem de obter resultados uniformes, padronizados, comparáveis e reprodutíveis (CARMO *et al.*, 2012). Na presente pesquisa, ao avaliar as propriedades psicométricas da escala para indivíduos com os três fatores de risco para SM, ela também se mostrou válida e confiável, com consistência interna variando entre 0,83 a 0,84 para os domínios e 0,86 para a escala total. Ao verificar o Alfa de Cronbach de versões traduzidas da SEMCD-6 para outras línguas, observa-se os valores de 0,91 no inglês (LORIG *et al.*, 2001b), 0,93 no alemão (FREUND *et al.*, 2013), 0,89 na persa (ESLAMI *et al.*, 2017), 0,96 no chinês (CHONG; WONG, 2014) e 0,91 na adaptação cultural na língua portuguesa (PEREIRA, 2018).

A SEMCD-6 além de ser estudada e validada para diversas línguas, já foi estudada e associada à inúmeras doenças, como a obesidade (MAZLOOMY-MAHMOODABAD *et al.*, 2017), diabetes (MAHMOOD; HAMID; MARZIEH, 2018; HEKMATPOU, 2018), hipertensão arterial (WANG *et al.* 2017), câncer (SKOLARUS *et al.*, 2017), doenças cardiovasculares (RIEGEL *et al.*, 2017), doenças hepáticas (JAVANMARDIFARD *et al.*, 2017), depressão (HWANG; RANKKIN, 2017), transtornos mentais (LOOIJMANS *et al.*, 2017), apneia do sono (SAITO *et al.*, 2015), e também com a SM (PEREIRA, 2018).

A validade do construto por meio da análise fatorial exploratória levou a manutenção de todos os itens da escala, que representaram 59,1% do total da variância da escala. Outros estudos de validação da SEMCD-6 com diferentes DC, também mantiveram todos os itens da escala (RITTER; LORIG, 2014; RIEHM *et al.*, 2015).

A escala SEMCD-6 neste estudo apresentou uma única estrutura fatorial, composta por 6 itens através das medidas da capacidade de gerenciar ou lidar com dor, sofrimento emocional, fadiga e outros sintomas, para que, além de tomar medicamentos, possa fazer outras coisas para reduzir o impacto de sua doença e para realizar tarefas e atividades que podem reduzir a necessidade de consultar um médico. Esse resultado vai ao encontro do estudo de Ritter e Lorig (2014) e Riehm *et al.* (2015), mas contrário aos resultados de outros estudos, onde a escala se dividiu em dois fatores (FREUND *et al.*, 2013; HUANHUAN; LI; ARAO, 2013).

A estrutura de fator único da escala apoia o uso de uma pontuação total única para a escala SEMCD. Acredita-se que a divisão em dois fatores da escala nos outros estudos se deu devido as questões “reduzir a necessidade de ir ao médico” e “fazer outras coisas além de tomar medicamento” darem mais ênfase à atitude comportamental, enquanto os outros 4 itens (“fadiga”, “desconforto físico ou dor”, “sofrimento emocional”, “reduzir a necessidade de ir ao médico”) enfatizarem mais uma atitude psicológica (FREUND *et al.*, 2013; HUANHUAN; LI; ARAO, 2013).

Os estudos que utilizam a SEMCD-6 corroboram que a escala é importante para avaliação e compreensão de fatores comportamentais e psicológicos que influenciam as ações, importantes para o gerenciamento da doença (LORIG *et al.*, 2001a.; 2001b; FREUND *et al.*, 2013; HUANHUAN; LI; ARAO, 2013).

Promover saúde envolve um processo que permite as pessoas aumentar o controle sobre sua própria saúde e determinantes, como ambiente socioeconômico, ambiente físico, estilo de vida, capacidades individuais e serviços de saúde (WHO, 2005; 2014). O construto de AE é específico e relativo a diversos domínios (BANDURA, 1977; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008; NUNES; NORONHA, 2008), assim AE é importante para compreender processos motivacionais, o desempenho, a qualidade da ação e o bem-estar (FONSECA *et al.*, 2018; HOLZBERGER *et al.*, 2013; HUANG, 2016; KIM; SEO, 2018; POULOU *et al.*, 2018; TALSMA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, utilizar um instrumento válido e confiável como a SEMCD-6 para indivíduos com fatores de risco para SM, pode contribuir para a sistematização de conhecimentos acerca da SM e a capacidade do indivíduo de gerenciar tal doença (LORIG *et al.*, 2001b). Um instrumento válido para essa população poderá contribuir no desenvolvimento de estratégias e programas que poderão melhorar a percepção de saúde, elevando a AE e obtendo melhores condições de saúde (MCAULEY *et al.*, 2011).

Sistematizando a linguagem profissional, auxiliará as práticas interprofissionais nas ações e atenção em saúde de indivíduos com fatores de risco para SM. As quais são compreendidas como forma de trabalho coletivo, que requer a articulação das ações de diversas áreas profissionais, a partir do reconhecimento da sua interdependência, e de outro a complementaridade entre agir instrumental e agir comunicativo (PEDUZZI *et al.*, 2020). A prática interprofissional tem tornado-se a cada dia mais importante e crescente relacionada às mudanças do perfil sócio demográfico e epidemiológico da população, para garantia de uma atenção de saúde com qualidade, promovendo assim maior qualidade de vida e saúde para os indivíduos (PEDUZZI *et al.*, 2020).

3.6 Conclusão

O presente estudo assegurou que a SEMCD-6 é um instrumento confiável e válido para indivíduos com fatores de risco para SM, constituindo uma ferramenta útil para avaliação do gerenciamento da doença. Seus componentes possuem capacidade de fornecer respostas constantes atendendo as determinações especificadas. A utilização do SEMCD-6 pode fornecer informações importantes para os profissionais de saúde no auxílio para elaboração de estratégias para o enfrentamento e tratamento da SM. Com sua contribuição também, para melhoria das condições de saúde, qualidade de vida e gerenciamento da doença.

3.7 Referências

- BANDURA, A. Bandura / Health Promotion Health Promotion by Social Cognitive Means. **Health Education & Behavior**, v. 31, n. 2, p. 143–164, 2004.
- BANDURA, A. **Self-Efficacy**: The Exercise of Control. Freeman, New York, 1997.
- BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 191-215, 1977.
- BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva**: Conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BANDURA, A.; CERVONE, D. Differential engagement of self-reactive influences in cognitive motivation. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 38, n. 1, p. 92–113, 1986.
- BARBOSA, J.B. *et al.* Síndrome Metabólica em Ambulatório Cardiológico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 1, p. 46-54, 2010.
- BAUM, C.M.; CHRISTIANSEN, C. **Person-Environment-Occupation-Performance**: An Occupation-Based Framework for Practice (chapter 11). Nova Jersey: Professional Book Division, 2005.
- BÖELL, J. E. W.; SILVA, D. M. G. V. DA; HEGADOREN, K. M. Fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: um estudo transversal. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 24, n. e2786, p. 1–9, 2016.
- BORTOLON, C. *et al.* Autoeficácia para Prática de Atividade Física em Pacientes com Síndrome Metabólica. **Revista de Psicologia**, n. 7, v. 1, p. 61-71, 2015.
- BORTOLON, C. *et al.* The roles of cognitive avoidance, rumination and negative affect in the association between abusive supervision in the workplace and non-clinical paranoia in a sample of workers working in France. **Psychiatry Research**, v. 271, p. 581–589, 2019.

- BRANDÃO, A.P. *et al.* I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, 2018. Disponível em: <https://outlook.live.com/owa/?path=/attachmentlightbox>. Acesso: 20 de janeiro de 2020.
- CARMO, B.B. *et al.* Instrumentos de Avaliação Estrangeiros no Contexto da Saúde Brasileira: processo de tradução, adaptação cultural e validação. **Meta**, v. 4, n. 11, p. 120-134, 2012.
- CHOI, S.; CHOI-KWON, S. The effects of the DASH diet education program with omega-3 fatty acid supplementation on metabolic syndrome parameters in elderly women with abdominal obesity. **Nutrition Research and Practice**, v. 9, n. 2, p. 150-157, 2015.
- CHOW, S. K. Y.; WONG, F. K. Y. The reliability and validity of the Chinese version of the short-form chronic disease self-efficacy scales for older adults. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, n. 7-8, p. 1095-1104, 2014.
- DAMÁSIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Revista Avaliação Psicológica**. Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012.
- ESLAMI, A. *et al.* Cultural adaptation and psychometric properties of the persian version of self-efficacy in chronic disease patients. **Iran Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 22, n. 1, p. 57, 2017.
- FREUND, J.T. *et al.* Evaluating self-efficacy for managing chronic disease: psychometric properties of the six-item self-efficacy scale in Germany. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 19, n. 1, p. 39-43, 2013.
- G-MUS. **A evolução que a saúde precisa**. Inovadora sistemas, 2016.
- GRUNDY, S.M. Does a diagnosis of metabolic syndrome have value in clinical practice? **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 83, p. 1248-1251, 2006.
- HAIR, J. F. *et al.* **Análise Multivariada de Dados**. 6 ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- HEKMATPOU, D. Effectiveness of the “Create Sensitivity” Caring Model on Blood Glucose/ Glycosylated Hemoglobin and Quality of Life in Patients With Type 2 Diabetes. **The Open Nurse Journal**, v. 12, p. 195-204, 2018.
- HOLZBERGER, D.; PHILIPP, A.; KUNTER, M. How teachers' self-efficacy is related to instructional quality: A longitudinal analysis. **Journal of Educational Psychology**, v. 105, n. 3, p. 774-786, 2013.
- HUANG, C. Achievement goals and self-efficacy: A meta-analysis. **Educational Research Review**, v. 19, p. 119-137, 2016.
- HUANHUAN, H.; LI, G.; ARAO, T. Validation of a Chinese Version of the Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale in Patients with Hypertension in Primary Care. **ISRN Public Health**, p. 1-6, 2013.
- HWANG, W.; RANKIN, S. Depressive Symptom and Related Factors: A Cross-Sectional Study of Korean Female Workers Working at Traditional Markets. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 12, p. 1465, 2017.

I DIRETRIZ NACIONAL BRASILEIRA DE SÍNDROME METABÓLICA - IDNBSM. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, s. I, p. 1-28, 2005.

JAVANMARDIFARD, S. *et al.* The effect of telenursing on self-efficacy in patients with non-alcoholic fatty liver disease: a randomized controlled clinical trial. **Gastroenterol and Hepatology**, v. 10, n. 4, p. 263-271, 2017.

KIM, K.; SEO, E. The relationship between teacher efficacy and students' academic achievement: A meta-analysis. **Social Behavior and Personality**, v. 46, n. 4, p. 529-540, 2018.

LEE, G.; YANG, S.J.; CHEE, Y.K. Assessment of healthy behaviors for metabolic syndrome among Korean adults: a modified information-motivation behavioral skills with psychological distress. **BMC Public Health**, v. 16, n. 518, p. 1-8, 2016.

LEITÃO, M.P.C.; MARTINS, I.S. Prevalência e fatores associados à Síndrome Metabólica em usuários de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Revista de Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 1, p. 60-9, 2012.

LENZ, E. R.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L. M. **Self-efficacy in nursing**: Research and measurement perspectives. New York: Springer Publishing Company. 2002.

LOOIJMANS, A. *et al.* Design of the Lifestyle Interventions for severe mentally ill Outpatients in the Netherlands (LION) trial; a cluster randomised controlled study of a multidimensional web tool intervention to improve cardiometabolic health in patients with severe mental illness. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 1-13, 2017.

LORIG, K.R. *et al.* Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. **Arthritis and Rheumatism**, v. 32, n. 1, p. 37–44, 1989.

LORIG, K.R. *et al.* Chronic disease self-management program – 2 years health status and health care utilization outcomes. **Medical Care**, v. 39, n. 11, p. 1217-1223, 2001a.

LORIG, K.R. *et al.* Effect of a self-management program on patients with chronic disease. **Effective Clinical Practice**, v. 4, n. 6, p. 256–262, 2001b.

LORIG, K.R.; HOLMAN, H. R. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. **Annals Behavioral Medicine**, v. 26, n. 1, p. 1–7, 2003.

MAHMOOD, K.; HAMID, R.K.; MARZIEH, A. The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1–10, 2017.

MALTA, D.C., MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MAZLOOMY-MAHMOODABAD, S.S. *et al.* The effect of educational intervention on weight loss in adolescents with overweight and obesity: Application of the theory of planned behavior. **ARYA Atherosclerosis**, v. 13, n. 4, p. 176-183, 2017.

MCAULEY, E. *et al.* Self-regulatory processes and exercise adherence in older adults: executive function and self-efficacy effects. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 41, n. 3, p. 284-90, 2011.

MOREIRA, M. C. N. *et al.* Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2083–2094, 2014.

NASSAR, S.M. *et al.* **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Acesso em: <<http://sestatnet.ufsc.br>>. Florianópolis - SC, Brasil, 2011. Acesso em 13, Outubro de 2019.

NUNES, M.F.O.; NORONHA, A.P.P. Escala de autoeficácia para atividades ocupacionais: Construção e estudos exploratórios. **Paidéia**, v. 18, p. 111-124, 2008.

ORELLANA, C.R.A.; RODRÍGUEZ, F.M.V. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, síndrome metabólico e hiperuricemia en personal docente y administrativo de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador. **Revista ALAD**, v. 9, p. 155-156, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. OMS: Controle de doenças crônicas não transmissíveis gera retornos financeiros e de saúde. **Organização Mundial de Saúde**. 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-controle-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-gera-retornos-financeiros-e-de-saude/>>. Acesso em: 20/03/2020.

PARKER, R.; JELSMA, J.; STEIN, D. J. Pain in amaXhosa women living with HIV/AIDS: Translation and validation of the brief pain inventory-Xhosa. *J Pain Symptom Manage*. **BMC Women's Health**. v. 51, n. 1, p. 132-42, 2016.

PAULA, H.A.A. *et al.* Comparação de Diferentes Critérios de Definição para Diagnóstico de Síndrome Metabólica em Idosas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 3, p. 346-53, 2010.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em Equipe: Uma Revisita ao Conceito e a seus Desdobramentos no Trabalho Interprofissional. **Trabalho em educação em saúde**, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020,

PEREIRA, L.D.; BELLINATI; KANAN. Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale: avaliação da autoeficácia no gerenciamento da doença crônica. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 3, p.2435-2445, 2018.

PEREIRA, L.D. **Escala de Autoeficácia para Gerenciamento da Doença Crônica: Tradução e Adaptação à Língua Portuguesa Brasileira**. 2018. 44 f. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Saúde) - Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ambiente e Saúde, Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), Lages, Santa Catarina, 2018.

POULOU, M. *et al.* Relation of teacher self-efficacy and classroom practices: A preliminary investigation. **School Psychology International**, v. 40, n. 1, p. 25-48, 2018.

RAMIRES, E.K.N.M. *et al.* Prevalência e Fatores Associados com a Síndrome Metabólica na População Adulta Brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde -2013. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 110, n. 5, p. 455-466, 2018.

RIEGEL, B. *et al.* Self-Care the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke A Scientific Statement for Healthcare Professional From the American Heart Association. **Journal of the American Heart Association: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease**, v. 6, n. 9, 2017.

RIEHM, K.E. *et al.* Validation of the Self-Efficacy for Managing Chronic Disease Scale: A Scleroderma Patient-Centered Intervention Network Cohort Study. **Arthritis Care e Research**, v. 68, n. 8, p. 1195-1200, 2016.

RITTER, P.L.; LORIG, K. The English and Spanish Self-Efficacy to Manage Chronic Disease Scale measures were validated using multiple studies. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 67, p. 1265-1273, 2014.

SAITO, A. *et al.* Development and evaluation of a self-efficacy instrument for Japanese sleep apnea patients receiving continuous positive airway pressure treatment. **Nature and Science of Sleep**, v. 7, n. 6, p. 25-31, 2015.

SIERRA-JOHNSON, J. *et al.* Correspondence between the adult treatment panel III criteria for metabolic syndrome and insulin resistance. **Diabetes Care**, v. 29, p. 668-72, 2006.

SKOLARUS, T.A. *et al.* Optimizing veteran-centered prostate cancer survivorship care: study protocol for a randomized controlled trial. **Neurosurgery**, v. 18, n. 181, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. SBH- Sociedade Brasileira de Hipertensão, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 1, 2005.

SOUZA, M P *et al.* Marcadores laboratoriais da síndrome metabólica em pacientes atendidos em um hospital universitário do Recife. **Ciências Biológicas e de Saúde – UNIT**, v. 3, n. 1, p. 95-106, Junho 2017.

STANFORD PATIENT EDUCATION RESEARCH CENTER. Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-item Scale, **Stanford Patient Education Research Center**, 2011. Disponível em: <<http://patient.education.stanford.edu/research/secd6.html>>. Acesso em: 27 de Julho de 2018.

SWENDEMAN, D.; INGRAM, B.L.; ROTHERAM-BORUS, M.J. Common elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: an integrative framework. **National Institutes of Health**, v. 21, n. 10, p. 1321-1334, 2010.

TALSMA, K. *et al.* I believe, therefore I achieve (and vice versa): A meta-analytic cross-lagged panel analysis of self-efficacy and academic performance. **Learning and Individual Differences**, v. 61, p. 136-150, 2018.

THOMAS, J.R.; NELSON, J.K. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

WANG, C. *et al.* The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. **International Journal for Equity in Health**, v. 16, n. 1, p. 58, 2017.

WEBEL, A. R.; OKONSKY, J. Psychometric properties of a symptom management self-efficacy scale for women living with HIV/AIDS. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 41, n. 3, p. 549– 557, 2011.

WHO - World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. WHO-World Health Organization, 2014.

WHO - World Health Organization. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: WHO- World Health Organization, 2005.

WU, Y.E.; ZHANG, C.L.; ZHEN, Q. Metabolic syndrome in children (Review). **Experimental and Therapeutic Medicine**, v. 12, n. 4, p. 2390-2394, 2016.

4 CAPÍTULO 3

AUTOEFICÁCIA E RESILIÊNCIA: CONSTRUCTOS PARA GERENCIAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA

4.1 Resumo

A síndrome metabólica (SM) é uma doença crônica que requer aquisição e manutenção de hábitos saudáveis e gerenciamento. Diante da necessidade de encontrar estratégias que auxiliem no melhor controle da SM, a autoeficácia (AE) e a resiliência surgem como possibilidades e necessitam ser investigadas. Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a AE e a resiliência, bem como a associação entre elas em indivíduos com fatores de risco para SM. Participaram da pesquisa 252 indivíduos, maiores de 18 anos, de ambos os sexos e que apresentavam três fatores de risco para SM (aumento da circunferência abdominal, hipertensão e hiperinsulinemia). Foram aplicados três instrumentos com os participantes: questionário de perfil sociodemográfico e estilo de vida, escala de autoeficácia para gerenciamento de doença crônica – 6 itens e a escala de resiliência. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, teste de qui-quadrado e de correlação. Os resultados evidenciaram uma população predominante de mulheres, idosas, casadas, com religião, sedentárias, tabagistas ou ex-tabagistas, que realizam acompanhamento médico e seguem o tratamento. A partir da média dos escores obtidos, a AE foi avaliada como elevada e a resiliência como regular. A AE foi associada significativamente com a idade, acompanhamento médico e autoavaliação do estado de saúde, enquanto a resiliência foi associada significativamente com o acompanhamento com psicólogo e autoavaliação do estado de saúde ($p < 0,05$). Ainda observou-se que a AE foi significativamente e positivamente correlacionada com a resiliência ($r = 0,602$, $p \leq 0,001$). Conclui-se que a AE e a resiliência são constructos que se correlacionam e devem ser considerados no controle da SM para melhorar as condições de saúde desta população.

Palavras-chave: Gerenciamento. Doença crônica. Controle de doenças.

4.2 Introdução

As doenças crônicas (DC) são doenças com evolução gradual dos sintomas, com períodos de remissão e de exacerbação, de curso superior a seis meses e de etiologia múltipla (BÖELL; SILVA; HEGADOREN, 2016). São responsáveis por 70% das mortes no mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, 2014; 2018; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2017), tornando-se, assim, um problema de saúde pública global (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2014; MALTA *et al.*, 2017). Entre as DC, destacam-se a obesidade, a hipertensão arterial (HAS), a diabetes *mellitus* (DM), as doenças cardiovasculares e a síndrome metabólica (SM) (VIOLAN *et al.*, 2014).

A SM, também conhecida como síndrome plurimetabólica ou síndrome da resistência à insulina, constitui-se em um conjunto de fatores de risco de origem metabólica e ambiental, que culminam no aumento das doenças cardiovasculares, DM e enfermidades cerebrovasculares (CABRERA *et al.*, 2017; SANTOS; WATERS, 2020). Caracteriza-se pela associação de pelo menos três entre cinco fatores de risco, sendo elas: aumento da pressão arterial, resistência à insulina, aumento da circunferência abdominal, dislipidemia e aumento do colesterol (CABRERA, 2017).

A prevalência da SM no mundo varia entre 20% a 25% da população adulta, atribuindo-se ao dobro de risco de morte (LIRA *et al.*, 2018), enquanto que no Brasil essa prevalência é de 18 a 30% (VIDIGAL *et al.*, 2013; PINHO *et al.*, 2014). Essa alta incidência deve-se ao aumento da obesidade em todo o mundo, somado a um estilo de vida cada vez mais sedentário (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SOBREPESO, OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA - ABESO, 2009-2010). É nesse contexto que a SM se traduz como uma das principais ameaças à saúde em nível global (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH, 2005; MURILLO; PÉREZ-RUIZ; BAILA-RUEDA, 2013).

A SM associa-se a fatores sociodemográficos, como baixa escolaridade, idade, desigualdade e isolamento social, tensão psicossocial e com o estilo de vida, como padrões dietéticos não saudáveis, sedentarismo e tabagismo (MCLELLAN *et al.*, 2007; LEITÃO; MARTINS, 2012). Entre as estratégias utilizadas para controle da SM destaca-se a terapia medicamentosa, que visa melhorar o estado inflamatório e diminuir o risco cardiovascular (MASQUIO *et al.*, 2013; SILVA, 2015), principalmente se associada a terapia interdisciplinar (SILVA, 2015; DUTRA; COUTINHO, 2020).

A terapia interdisciplinar é indicada a fim de trabalhar questões como educação, motivação, envolvimento, estabelecimento de metas e equilíbrio emocional (SILVA, 2015; DUTRA; COUTINHO, 2020). E o trabalho interprofissional visto como estratégia de formação do profissional com perfil inovador, capacitado e formulador de políticas, visando atender as necessidades de fortalecer os sistemas de saúde e prestar uma assistência em saúde integral, sistêmica e de maior qualidade e resolubilidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2010; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018). Por se tratar de uma DC, gerenciamento constante da doença também se faz necessário (LORIG; HOLMAN, 2003; SWENDEMAN; INGRAM; ROTHERAM-BORUS, 2010).

A autoeficácia (AE) é a crença ou convicção na capacidade pessoal de realizar determinada atividade. Refere-se a capacidade de modificar ou influenciar o manejo de doenças (BANDURA, 1977; 1986), demonstrando um importante papel na mudança para

comportamentos saudáveis necessários ao cuidado com a sua saúde (BORTOLON *et al.*, 2019). As crenças de AE do indivíduo influenciam nas ações realizadas, no esforço despendido para alcançar os objetivos e por quanto tempo irão perseverar diante dos obstáculos e fracassos. Também influenciam a resiliência, diante das adversidades e o nível de realização que alcançam (BORTOLON *et al.*, 2019), tornando-se um fator importante para adesão aos tratamentos da SM (ASSUNÇÃO; CHARIGLIONE, 2020).

A resiliência é definida como a capacidade de se adaptar às situações estressantes e de adversidades (POLETTTO; KOLLER, 2011; RECKZIEGEL, 2014). Inserida nas discussões acerca desta temática, está a inter-relação entre os fatores de risco (situações, acontecimento que afetam o bem-estar e a saúde) e de proteção (características individuais ou adquiridas), que são essenciais para que o indivíduo possa desenvolver uma adaptação e ações positivas (ELMESCANY, 2010; POLETTTO; KOLLER, 2011).

A promoção da resiliência gera uma melhor adaptação às necessidades decorrentes das DC (RECKZIEGEL, 2014). Todavia, são necessários novos estudos que explorem a associação com outras variáveis, bem como a avaliação de estratégias de promoção da resiliência (BÖELL; SILVA; HEGADOREN, 2016).

Visto que a AE e a resiliência são constructos relevantes para o manejo de DC, conhecer suas associações em pacientes com a SM torna-se importante. Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a AE e a resiliência, bem como a associação entre elas, em indivíduos com fatores de risco para SM.

4.3 Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, com delineamento transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) sob o Parecer nº 3.673.379 (ANEXO II).

Participaram da pesquisa 252 indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que apresentavam três (03) fatores de risco para SM: (i) aumento da circunferência da cintura - para homens, maior ($>$) 102 cm, mulheres $>$ 88 cm; (ii) hipertensão $\geq$ 130 mmHg ou $\geq$ 85 mmHg; e (iii) glicemia de jejum $\geq$ 110 mg/dL (I DIRETRIZ NACIONAL BRASILEIRA DE SÍNDROME METABÓLICA - I DNBSM, 2005).

Para definição do n amostral e população foi utilizado o sistema G-MUS, o qual disponibiliza diversos mecanismos necessários para a coleta e distribuições de informações

dentro da Secretaria de Saúde, através de um banco de dados unificado (G-MUS, 2016). Segundo mesmo autor, as informações contidas no G-MUS como cadastro e informações de pacientes, podem ser acessadas de todos os locais que oferecem atendimentos relacionados à saúde pública no município, o que facilita o acesso do usuário, bem como o acesso a informações do mesmo, o que promove o estreitamento a distância entre os setores, profissionais e os cidadãos, e assim, ações mais resolutivas. Tal sistema contempla desde o atendimento primário à gestão estratégica da saúde, visa a qualidade na assistência ao cidadão, o controle e a redução de custos para a gestão e a efetividade às exigências Ministeriais (G-MUS, 2016).

A amostra representativa foi selecionada aleatoriamente após cálculo amostral realizado a partir de uma lista com 710 indivíduos cadastrados no programa G-MUS da Secretaria de Saúde de um município da Serra Catarinense, que apresentavam os três fatores de risco (aumento da circunferência abdominal, hipertensão e hiperinsulinemia) para SM, utilizando a ferramenta computacional SestatNet (NASSAR *et al.*, 2011), com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. A amostra foi distribuída proporcionalmente (estratificada) a partir de sua representação nas 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em perímetro urbano do município, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição do número de participantes da pesquisa representados por Unidades Básicas de Saúde em perímetro urbano de um município da Serra Catarinense.

Unidades Básicas de Saúde	Número total de indivíduos com três fatores de risco para SM	Amostra representativa
1. Caça e Tiro	31	11
2. Centenário	31	11
3. Centro	07	02
4. Copacabana	47	17
5. Coral	11	04
6. Frei Rogério	24	08
7. Gethal	49	17
8. Guarujá	37	13
9. Habitação	22	08
10. Penha	22	08
11. Petrópolis	54	19
12. Popular	21	07
13. Pró-Morar	30	11
14. Santa Catarina	21	07
15. Santa Helena	15	05
16. Santa Mônica	36	13
17. São Carlos	03	01
18. São Cristóvão	49	17
19. São Francisco	07	02
20. São José	02	01

21. São Miguel	43	15
22. São Pedro	23	08
23. Tributo	57	20
24. Universitário	06	02
25. Várzea	11	04
26. Vila Mariza	34	12
27. Vila Nova	17	06
TOTAL	710	252

Fonte: Os autores (2020).

Para acessar os participantes e aplicar os instrumentos de pesquisa de forma presencial e individual, os pesquisadores, acompanhados dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das UBS, realizavam uma visita domiciliar, previamente agendada pelos ACS, em horário diurno, onde os pesquisadores aplicavam os instrumentos. Três instrumentos autoaplicáveis foram utilizados, conforme descrito a seguir.

Questionário de dados sócio-demográficos e de estilo de vida (Apêndice I): criado pelas pesquisadoras, visando identificar as características da população estudada, tais como idade, sexo, estado conjugal, escolaridade, renda e estilo de vida.

Escala de autoeficácia para gerenciamento de doença crônica – 6 itens (Anexo III): escala traduzida para língua portuguesa por Pereira, (2018) a partir da versão original de Lorig, (2001b). Mensura a confiança do indivíduo em relação à capacidade de gerenciar ou lidar com fadiga, dor, sofrimento emocional, e outros sintomas, para que, além de tomar medicamentos, possa fazer outras coisas para reduzir o impacto de sua doença e para realizar tarefas e atividades que podem reduzir a necessidade de consultar um médico. O indivíduo é convidado a avaliar se está seguro para realizar certas tarefas no momento atual. As respostas são classificadas em uma escala numérica variando de 1 (nada confiante) a 10 (totalmente confiante). A pontuação para a escala é a média de todas as pontuações dos 6 itens. Quanto maior a pontuação, maior a AE. Foi realizada a estratificação do escore de AE, assumindo-se a média obtida ($6,62 \pm 2,27$) como pontos de referências. A distância entre o desvio padrão e a média constituiu o nível regular de AE, e os escores abaixo e acima desses valores foram considerados como níveis baixos e elevados. A estratificação obtida está demonstrada na Tabela 2.

Tabela 2 - Estratificação dos escores de autoeficácia em elevada, regular e baixa.

Escore de Autoeficácia	
Autoeficácia elevada	≥ 7
Autoeficácia regular	5 à 6
Autoeficácia baixa	≤ 4

Fonte: Os autores (2020).

Escala de resiliência de Connor e Davidson (2003) (Anexo IV): com tradução livre por Trentini e Silva (2008), sendo que apenas em 2011 foi validada para a realidade brasileira por Solano *et al.* (2011). É composta por 25 itens que reúnem cinco fatores: competência pessoal, confiança nos próprios instintos e tolerância à adversidade, aceitação positiva da mudança, controle e espiritualidade. Cada um destes fatores é avaliado em uma escala de 0 a 4 pontos com escores mais altos refletindo maior resiliência: 0 = nenhum pouco verdadeiro; 1 = raramente verdadeiro; 2 = às vezes verdadeiro; 3 = frequentemente verdadeiro; 4 = Quase sempre verdadeiro. O escore final pode variar de zero a 100, sendo que valores maiores representam maior resiliência. Foi realizada a estratificação do escore de resiliência, assumindo-se a média obtida ($81,12 \pm 15,03$) como pontos de referências. A distância entre o desvio padrão e a média constituiu o nível regular de resiliência, e os escores abaixo e acima desses valores foram considerados como níveis baixos e elevados. A estratificação obtida está demonstrada na Tabela 3.

Tabela 3 - Estratificação dos escores de resiliência em elevada, regular e baixa.

Escore de Resiliência	
Resiliência elevada	≥ 82
Resiliência regular	66 à 81
Resiliência baixa	≤ 65

Fonte: Os autores (2020).

As análises estatísticas foram realizadas com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22.0. Os dados obtidos foram estudados, usando os procedimentos da estatística descritiva e inferencial, tendo-se calculado a média, o desvio padrão, valores mínimo e máximo nas pontuações dos instrumentos, bem como as associações e correlação entre as variáveis. As associações entre as variáveis de interesse foram estimadas por meio do teste qui-quadrado, e a correlação por meio do

coeficiente de correlação de Spearman, devido à ausência de distribuição normal na amostra, constatada pelo Teste de Shapiro-Wilk, e interpretadas de acordo com Levin e Fox (2004). O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

4.4 Resultados

A análise dos dados sociodemográficos revelou que os participantes têm uma média de idade de 64 ± 11 anos, com idade máxima de 92 anos e mínima de 32 anos, sendo a maioria idosos (68,3%), do gênero feminino (73%), raça branca (69%), seguem alguma religião (98,4%), casados ou união estável (57,9%), aposentados ou pensionistas (71%), com renda entre R\$ 998,00 à R\$ 2994,00 (64,7%) e, a maior parte, com o ensino fundamental (48%), conforme elucidado na Tabela 4.

Tabela 4 - Perfil sociodemográfico de indivíduos com três fatores de risco para síndrome metabólica.

Variáveis	N (n=252)	%
Idade		
≤ 59 anos	80	31,7
≥ 60 anos	172	68,3
Gênero		
Feminino	184	73
Masculino	68	27
Raça		
Branca	174	69
Negra	36	14,3
Parda	31	12,3
Indígena	11	4,4
Religião		
Com religião	248	98,4
Sem religião	4	1,6
Estado civil		
Sem acompanhante (Solteiro/viúvo/divorciado)	106	42,1
Com acompanhante (Casado/união estável)	146	57,9
Atividade econômica		

Aposentado (a) / Pensionista	179	71
Autônomo (a)	26	10,3
Desempregado	32	12,7
Servidor público	8	3,2
Servidor privado	7	2,8
Renda em reais		
R\$ 00,00 à R\$ 998,00	55	21,8
R\$ 999,00 à R\$ 2994,00	163	64,7
R\$ 2995,00 à R\$ 4990,00	30	11,9
R\$ 4991,99 à R\$ 6986,00	3	1,2
R\$ 6987,00 à R\$ 9980,00	1	0,4
Escolaridade		
Até ensino fundamental	153	60,7
Até ensino médio ou mais	62	24,6
Além de ensino médio	37	14,7

Fonte: Os autores (2020).

Em relação ao perfil do estilo de vida e percepção de saúde, o estudo mostrou que a maioria dos indivíduos com três fatores de risco para SM não praticam qualquer tipo de exercício físico (87,7%), não fazem acompanhamento com nutricionista (93,7%), nem com psicólogo (94,8%), mas realizam acompanhamento médico (80,6%). A grande maioria faz uso de medicação contínua (97,6%). A maior parte (49,2%) não fuma e avaliam sua saúde como nem boa e nem ruim (47,6%). Os resultados do perfil do estilo de vida e percepção de saúde são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Perfil do estilo de vida e percepção de saúde de indivíduos com três fatores de risco para síndrome metabólica.

Variáveis	N (n= 252)	%
Pratica exercício físico*		
Sim	31	12,3
Não	221	87,7
Acompanhamento nutricional		
Sim	16	6,3
Não	236	93,7
Acompanhamento psicológico		
Sim	13	5,2
Não	239	94,8
Acompanhamento médico		
Sim	203	80,6
Não	49	19,4
Faz uso de medicamento contínuo		
Sim	246	97,6
Não	6	2,4
Segue tratamento medicamentoso		
Sim	223	88,5
Não	29	11,5
Tabagista		
Sim	32	12,7
Não	124	49,2
Ex-tabagista	96	38,1
Como avalia sua saúde		
Muito ruim	16	6,3
Ruim	40	15,9
Nem boa e nem ruim	120	47,6
Boa	69	27,4
Muito boa	7	2,8

*Considerado prática de mais de 2 vezes na semana.

Fonte: Os autores (2020).

Na avaliação da AE, a média da pontuação apresentada pelos participantes foi de 6,62 $\pm$ 2,27 pontos, considerada uma AE regular a partir do escore de estratificação. A distribuição dos participantes a partir da estratificação dos escores da avaliação da AE demonstra que a maioria dos participantes (50,8%) apresenta uma AE elevada, seguido de uma AE regular (39,7%) e, a minoria, uma AE baixa (9,5%).

Ao analisar a associação entre a variável AE com o perfil sociodemográficos, estilo de vida e percepção de saúde, observa-se uma associação significativa ($p \leq 0,005$) da AE com a idade (idade ≤ 59 anos está associado com a AE baixa), acompanhamento médico (não fazer acompanhamento médico está associado com a AE baixa) e autoavaliação do estado de saúde (avaliação do estado de saúde muito ruim está associado com AE baixa). Tais resultados são demonstrados na Tabela 6.

Tabela 6 - Associação entre a autoeficácia, perfil sociodemográfico, estilo de vida e percepção de saúde de indivíduos com três fatores de risco para síndrome metabólica.

Variável	AE elevada	AE regular	AE baixa	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Idade				
≤ 59 anos	35 (27,3)	31 (31)	14 (58,3)	0,011*
≥ 60 anos	93 (72,7)	69 (69)	10 (41,7)	
Acompanhamento médico				
Sim	109 (85,2)	79 (79)	15 (62,5)	0,032*
Não	19 (14,8)	21 (21)	9 (37,5)	
Como avalia sua saúde				
Muito ruim	5 (3,9)	4 (4)	7 (29,2)	0,001*
Ruim	10 (7,8)	21 (21)	9 (37,5)	
Nem boa nem ruim	57 (44,5)	55 (55)	8 (33,3)	
Boa	49 (38,3)	20 (20)	0 (0)	
Muito boa	7 (5,5)	0 (0)	0 (0)	

*Teste qui-quadrado; AE= autoeficácia

Fonte: Os autores (2020).

Em relação à resiliência, a média da pontuação apresentada pelos participantes foi de 81,12 $\pm$ 15,03 pontos, o que evidencia uma estratificação do escore de resiliência regular. A distribuição dos participantes a partir da estratificação dos escores de resiliência demonstra que a maioria dos participantes apresenta uma resiliência elevada (58,7%), seguida de uma resiliência regular (28,2%) e por fim, uma resiliência baixa (13,1%).

Ao analisar a associação entre a variável resiliência com o perfil sociodemográficos não apresentou associação, já a associação com estilo de vida e percepção de saúde, observa-se uma associação significativa ($p \leq 0,005$) da resiliência com o acompanhamento com psicólogo (fazer o acompanhamento está associado com a resiliência baixa) e autoavaliação da sua saúde (avaliação do estado de saúde muito ruim está associado com resiliência baixa). Tais resultados são demonstrados na Tabela 7.

Tabela 7 - Associação entre a resiliência e estilo de vida e percepção de saúde de indivíduos com três fatores de risco para síndrome metabólica.

Variável	Resiliência elevada	Resiliência regular	Resiliência baixa	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Acompanhamento com psicólogo				0,001*
Sim	7 (4,7)	0 (0)	6 (18,2)	
Não	141 (95,3)	71 (100)	27 (81,8)	
Como avalia sua saúde				0,001*
Muito ruim	4 (2,7)	5 (7)	7 (21,2)	
Ruim	20 (13,5)	9 (12,7)	11 (33,3)	
Nem boa nem ruim	72 (48,6)	35 (49,3)	13 (39,4)	
Boa	46 (31,1)	21 (29,6)	2 (6,1)	
Muito boa	6 (4,1)	1 (1,4)	0 (0)	

*Teste qui-quadrado

Fonte: Os autores (2020).

A AE foi significativamente e positivamente correlacionada com a resiliência ($r=0,602$, $p \leq 0,001$).

4.5 Discussão

O perfil dos participantes da pesquisa evidenciou uma prevalência de idosos (68,3%). O envelhecimento populacional tem expectativas de aumento substancial das DC como a SM, sendo considerado como característica epidemiológica da doença (MALTA *et al.*, 2017; ORELLANA; RODRIGUES, 2018; VÁZQUEZ; SLAZAR, 2019). A prevalência da SM com o avançar da idade, além de se amparar nos processos do envelhecimento, encontra na distribuição da obesidade (FELIPE-DE-MELO *et al.*, 2011). Isso devido à obesidade

abdominal relacionar-se com distúrbios de glicose e metabolismo lipídico e esta gordura visceral aumentar com a idade (OLIVEIRA; MANCINI, 2005; FELIPE-DE-MELO *et al.*, 2011).

A predominância da SM neste estudo, também encontra-se em mulheres (73%). Esta prevalência corrobora com achados nas Ilhas Canárias (86,4%) (GONZÁLES, 2017), no Brasil, no estado do Espírito Santo (MOLINA *et al.*, 2008) e na cidade de Florianópolis (GONZAGA, 2006). Todavia discorda do resultado encontrado no Peru, onde a prevalência é em homens (VÁZQUEZ; SLAZAR, 2019). A maior incidência da SM em mulheres se justifica devido às mudanças hormonais, como o período da menopausa, um preditor independente para a SM (JANSSEN *et al.*, 2008; ESHTIAGHI; ESTEGHAMATI; NAKHJAVANI, 2010; MENDES *et al.*, 2012).

O presente estudo também evidencia que a maioria dos participantes têm um acompanhante, ou seja, são casados ou em união estável (57,9%). Apresentar um acompanhante associa-se ao desenvolvimento de hábitos não saudáveis como, modificação alimentar social, à alimentação inadequada, pouca atividade física e tabagismo (BAUMGARTEL *et al.*, 2017). Os hábitos não saudáveis são considerados fatores de risco para SM (ABESO, 2009-2010). Por outro lado, os relacionamentos, ou seja, ter a companhia de alguém tanto família, amigo, colega, representa uma forma de apoio social (GLANZ; RIMER; VISWANATH, 2008; REIS; PARRA; REIS, 2016).

O apoio social auxilia os indivíduos a adotarem um estilo de vida saudável e assim cuidarem de sua condição de saúde, o que melhora sua qualidade de vida (PETERSON *et al.*, 2005; BAUMAN *et al.*, 2012). A população estudada nesta pesquisa configura-se por indivíduos com religião (98,4%), o que se configura como outra forma de apoio social, além de proporcionar ao indivíduo maior satisfação ao apoio recebido (KOENIG; MCCULLOUGH, 2001; REIS; PARRA; REIS, 2016). Sugere-se, que os indivíduos deste estudo possuem apoio social através de companheiro e religião.

Os resultados apresentam ainda prevalência em indivíduos que cursaram apenas o ensino fundamental (48%) e apresentam renda familiar entre R\$ 998,00 à R\$ 2994,00 (64,7%). Estes dados vão ao encontro de alguns estudos que apresentam maior incidência da SM na desigualdade socioeconômica (YANG *et al.*, 2014), baixa escolaridade e tensão psicossocial, além dos fatores relacionados a estilo de vida (MCLELLAN *et al.*, 2007; LEITÃO; MARTINS, 2012). A prevalência da síndrome encontrar-se em indivíduos com menores condições socioeconômicas resalta a necessidade de políticas de prevenção pautadas em abordagens que considerem tais diferenças, uma vez que tanto a prática de atividade física

(O'DONOGHUE *et al.*, 2018) como outros fatores modificáveis estão desproporcionalmente acessíveis aos mais pobres (COSTA; DUARTE; ANDRADE, 2020).

A prevalência da SM e os números de mortes pela doença estão associados também à questões comportamentais e de estilo de vida como já visto, que compõem fatores de risco ocupacionais e ambientais modificáveis (MALTA *et al.*, 2017). Observa-se que os padrões dietéticos não saudáveis, sedentarismo (MCLELLAN *et al.*, 2007; LEITÃO; MARTINS, 2012), tabagismo (LEITÃO; MARTINS, 2012; ABESO, 2015; SILVA *et al.*, 2020), excesso de peso e rápida urbanização têm sido associados ao aumento da prevalência da SM em todo o mundo (ALBERTINI *et al.*, 2009).

O sedentarismo aumenta em três a quatro vezes a prevalência da SM (IDBSM, 2005). Esse, quando associado a outros maus hábitos de vida, apresenta forte relação com o desenvolvimento do sobrepeso, obesidade e outras comorbidades (MALTA *et al.*, 2017). Perfil este presente na população estuda, de sedentários (87,7%), com excesso de peso (100%) e tabagistas ou ex-tabagistas (50,8%). Ao tratar-se do tabagismo, este promove aumento do estado oxidativo e inflamatório e esta inflamação subclínica é o elo entre o tabagismo e a SM (IDBSM, 2005; VOLP *et al.*, 2012).

O tratamento da SM e de suas alterações, bem como de sua prevenção e de seus fatores de risco, incluem terapia medicamentosa e adoção de estilos de vida saudável, voltado para a manutenção da saúde por meio de uma alimentação de qualidade e a prática de exercício físico, sendo estes elementos básicos para a prevenção e tratamento da SM (BRASIL, 2005; WHO, 2018). Porém sugere-se que os indivíduos do presente estudo não realizam as modificações em seu estilo de vida necessárias, pois não realizam acompanhamento com nutricionista (93,7%), nem com psicólogo (94,8%) e são sedentários (87,7%).

A nutrição adequada tem como objetivo a redução da circunferência abdominal e gordura visceral, melhora da sensibilidade à insulina e redução da glicemia, com ação na prevenção e retardamento do aparecimento de diabetes Tipo 2 (BRASIL, 2005; COSTA; SOUZA; SANCHES, 2020). Já o exercício físico, atua no combate aos fatores de risco que compõem a SM, atua preventivamente e no tratamento da SM e suas condições (VASCONCELOS *et al.*, 2013; CACERES *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2020; PIMENTEL *et al.*, 2020). Evidencia-se assim, que o acompanhamento por diversos profissionais, já que trata-se de uma doença composta por diversas alterações metabólicas, torna evidente a prática interprofissional como fator importante para o bom manejo da doença e a minimização de seus fatores de risco e alterações (DUTRA; COUTINHO, 2020).

A prática interprofissional contribui para melhoria e qualidade do acesso a saúde e custo-efetividade da atenção à saúde (OMS, 2010; BRANDT *et al.*, 2014), bem como melhoria ao trabalho dos profissionais de saúde (SONG *et al.*, 2017). O pensar interdisciplinar somado a prática interprofissional, tem potencial para produzir melhores resultados na atenção à saúde de usuários, família e comunidade, com melhoraria e satisfação no trabalho por parte dos profissionais, promovendo uma atenção e uma saúde de maior qualidade (PEDUZZI *et al.*, 2020).

A modificação do estilo de vida associada ao tratamento medicamentoso é uma ferramenta importante para controle da doença, e no presente estudo 80,6% dos participantes realizam acompanhamento médico e 88,5% seguem o tratamento medicamentoso prescrito por seu médico. O tratamento medicamentoso é uma ferramenta de gerenciamento da SM, pois melhora a sensibilidade à insulina e, simultaneamente, reduz todos os fatores de risco metabólicos, levando o indivíduo a apresentar respostas mais positivas ao tratamento (GRUNDY *et al.*, 2005; LONGO *et al.*, 2012). Vale ressaltar que não se trata apenas de uma somatória de tratamentos dos diferentes distúrbios, uma vez que a SM apresenta uma inter-relação entre três ou mais condições de saúde, o que deve ser avaliado também durante o tratamento medicamentoso (ABESO, 2019).

A adesão ao tratamento, conceituada como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações do médico ou de outro profissional de saúde, desempenha um papel importante no manejo de pacientes com DC (TESTA *et al.*, 2017; ASSUNÇÃO; CHARIGLIONE, 2020). Ao se sentir capaz de cumprir metas, o indivíduo tende a sentir-se mais autoeficaz (FERREIRA; BAKOS; HABIGZANG, 2015).

A AE é um constructo passível de modificação e intervenções que impactam positivamente em mudanças comportamentais, bem-estar, confiança, motivação, adesão ao tratamento e estado de saúde dos indivíduos (SANTOS, 2010; BRITO; SOUZA, 2015; AMORIM; COUTINHO; PALMEIRA, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017; ASSUNÇÃO; CHARIGLIONE, 2020).

Indivíduos com níveis elevados de AE encontram-se mais motivados para aderir ao tratamento e apresentar uma condição de saúde melhor, frente aos cuidados realizados (BORTOLON *et al.*, 2019). Tal afirmação é corroborada pelo presente estudo, que evidenciou que a maioria dos participantes segue o tratamento medicamentoso, o que fortalece o gerenciamento da doença, que se reflete numa AE elevada, bem como uma associação significativa entre baixa AE e autoavaliação negativa do estado de saúde. Mas também sugere a importante atenção para ações que melhorem e promovam a mudança de estilo de vida, já

que o mesmo destaca-se como fator indispensável para tratamento e prevenção da síndrome (WHO, 2018).

A presença de doenças, principalmente DC, é o determinante mais importante relacionado à autoavaliação de saúde negativas (LIMA-COSTA *et al.*, 2007; MOREIRA *et al.*, 2020). A autoavaliação do estado de saúde é um indicador válido e relevante do real estado de saúde de populações (ILDER; BENYAMINI, 1997; HALFORD *et al.*, 2012). Esse indicador relaciona-se a medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, o que leva a ser um preditor de mortalidade, independentemente de outros fatores (HALFORD *et al.*, 2012; MOREIRA *et al.*, 2020).

Uma baixa AE também foi associada significativamente com os participantes mais novos. A literatura evidencia que a AE é influenciada pela experiência adquirida, pela mobilização de seu potencial para enfrentar dificuldades que se estabelecem ao longo do processo de envelhecimento, onde idosos podem desenvolver uma AE maior (SILVA; LAUTERT, 2010; SILVA *et al.*, 2014; BARRIOS; URIBE, 2017), corroborando com o presente estudo.

Outra associação significativa encontrada no presente estudo foi entre a baixa AE e o não acompanhamento médico. Este resultado evidencia a importância que o profissional médico tem na vida, hábitos e nos cuidados em saúde (SOUZA; NÓBREGA; COLLET, 2020). Acredita-se que o médico estabelece relação como rede de apoio social, e serve como uma alavanca e fortaleza para o enfrentamento da doença (POURHOSEINZADEH *et al.*, 2017; NUDELMAN; IVANOVA, 2018; BECKER; HEIDEMANN, 2020). Profissionais humanizados, sensibilizados, proporcionam o escutar atentamente, compreender, auxiliar, orientar e se fazer entender, ajudar no gerenciamento da doença e buscar uma saúde melhor faz diferença no processo de reabilitação (MS, 2013).

A adoção de hábitos saudáveis, de cuidados com a saúde e a manutenção destes é fundamental para cuidados e melhores condições de saúde, e, neste sentido, um trabalho interdisciplinar é indicado a fim de trabalhar questões como educação, motivação, envolvimento, estabelecimento de metas e equilíbrio emocional (SILVA, 2015; DUTRA; COUTINHO, 2020). Em relação as DC, grandes avanços acontecem no cuidado médico e cirúrgico, todavia pouco é feito para permitir ao paciente manejar sua doença ao longo do tempo (LORIG *et al.*, 2001b).

Doentes crônicos precisam enfrentar o desconforto e a incapacidade, seguir o tratamento regularmente, modificar comportamentos para minimizar os resultados indesejáveis, ajustar sua vida social e o trabalho às suas limitações funcionais e ainda lidar

com as consequências emocionais advindas da sua condição de saúde (LORIG *et al.*, 2001b; DUTRA; COUTINHO, 2020). Recomenda-se que profissionais da saúde invistam na promoção da saúde, e considerem a AE, já que é uma importante ferramenta para gerenciamento da doença (RODRIGUES *et al.*, 2017; MARIN *et al.* 2020).

O principal pressuposto das intervenções de gerenciamento é que o aprimorar da AE, como por meio do desenvolvimento de habilidades e comportamentos relevantes, incentiva comportamentos adaptativos relacionados à saúde e melhores resultados de saúde (CAMERON *et al.*, 2018), que são importantes para o manejo das DC (CHARIGLIONE, 2020). Verifica-se que a AE tem um papel importante para que os idosos possam construir cursos de ação para facilitar adesão ao tratamento e hábitos saudáveis no processo de envelhecer (SILVA, LAUTERT, 2010).

Outro construto estudado para controle das DC é a resiliência (DENISCO, 2011; NEWTON-JOHN; MASON; HUNTER, 2014; NAWAZ; MALIK; BATOOL, 2014; SLOMKA, 2015), que emerge como possibilidade para promover a aceitação das modificações indicadas e a adequação aos novos hábitos de saúde (BÖELL; SILVA; HEGADOREN, 2016).

A maioria apresentou uma resiliência elevada (58,7%), apesar do escore médio dos participantes da pesquisa indicar uma resiliência regular, Níveis elevados de resiliência promovem adaptação às necessidades de diferentes DC como na dor crônica, câncer, Parkinson, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal crônica e outras (RECKZIEGEL, 2014). É por meio do fortalecimento de fatores de proteção individuais, familiares e de suporte social que se favorece o enfrentamento das adversidades, o aflorar de sentimentos positivos (RECKZIEGEL, 2014) para enfrentar sua condição de saúde (POLETTTO; KOLLER, 2011) e ações devem ser criadas, pautadas nestas condições.

Situações adversas, como DC, maus-tratos, pobreza extrema, situações de vulnerabilidade, contribuem para que os indivíduos desenvolvam estratégias de enfrentamento eficazes e se tornem resilientes (ELMESCANY, 2010). Ao se instalar uma DC, como a SM, ela trará consigo diversos significados, os quais serão atribuídos de acordo com a individualidade de cada ser, como reações desestruturantes em âmbitos biológicos, psicológicos, social e espiritual (POLETTTO; KOLLER, 2011).

No presente estudo, a baixa resiliência foi associada significativamente com o realizar acompanhamento psicológico. Para compreender tal associação é importante resgatar que o indivíduo é um agente ativo no seu cuidado (POLLETO; KOLLER, 2011). Suas particularidades, seus medos, angústias e conflitos, bem como o tempo necessário para que

possa entrar em contato e adaptar-se a essa nova situação variará de indivíduo para indivíduo (PEÇANHA, 2008).

Ao longo do processo de adaptação e promoção da resiliência o indivíduo pode apresentar mudanças em sua forma de experienciar o adoecimento, a partir de comportamentos como o de reconhecimento dos limites da saúde e aceitação do diagnóstico e de cuidados, lidar com sucessos e remissões no tratamento, reintegração ao meio social e redefinição do significado da vida (PEÇANHA, 2008). O que se observa no presente estudo é que buscar um psicólogo e buscar o cuidado em saúde, revela muito sobre sua evolução, aceitação e cuidado. E que atingir o objetivo de promoção da resiliência faz parte do processo, porém é o produto final gerado da combinação e acúmulo de todo o processo de aceitação e adaptação (YUNES; SZYMANSKI, 2001).

A baixa resiliência também foi associada significativamente com a autoavaliação negativa do estado de sua saúde. Sob a perspectiva psicológica, traços positivos como otimismo, resiliência e autoestima mediam a associação entre os desafios da vida e a manutenção da saúde e a autoavaliação da saúde (BONANO, 2004; SOLBERG; SEGERSTROM, 2006; FIACCO; MERNONE; EHLERT 2020). Autoavaliação da saúde é uma estrutura multidimensional, onde a percepção da saúde não é avaliada apenas como inexistência de doença, mas como um constructo relacionado com aspectos sociais, mentais, comportamentais e demográficos (MOREIRA *et al.*, 2020), que por sua vez, pode justificar a associação encontrada no presente estudo.

É evidenciado no presente estudo uma correlação positiva e significativa entre a AE e a resiliência. Tanto a AE como a resiliência são traços psicológicos positivos importantes para a manutenção da saúde e controle da DC (FIACCO; MERNONE; EHLERT, 2020). Ao passo que a AE resgata a motivação e o gerenciamento da DC (BANDURA *et al.*, 1977; LORIG *et al.*, 2001b), a resiliência o faz por meio da capacidade de adaptação a adversidades (RECKZIEGEL, 2014; NAWAZ; MALIK; BATOOL, 2014; SLOMKA, 2015). Ambas dependentes das experiências vividas, da motivação, da percepção da saúde, de características inerentes a cada ser como fatores comportamentais, sociais, emocionais e físicos (FIACCO; MERNONE; EHLERT, 2020).

Cabe ainda destacar que o relatório sobre as condições de saúde expedidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2018 destaca que as DC que compõem a SM necessitam de estudos sobre os fatores de risco associados a essas condições para que medidas de controle possam ser adotadas (WHO, 2018). Ao passo que cuidar da saúde é uma necessidade de todos os cuidado em saúde são deveres do profissional da saúde, e para este

exercer com qualidade e resolubilidade, faz-se necessária a compreensão do indivíduo, da doença e da integralidade do ser (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Onde promover saúde através de ações e orientações compreensíveis e acessíveis a seus usuários com necessidades favorece o gerenciar de sua doença, através de uso de medicamento e modificação de estilo de vida, promovendo uma melhor qualidade de assistência em saúde e de vida para a população (WHO, 2018).

Por conseguinte, recomenda-se aos profissionais da saúde investir na promoção da saúde (RODRIGUES *et al.*, 2017), usando AE e a resiliência como constructos, uma vez que compreendidas como conceito e princípio, torna-se relevante para o enfrentamento dos desafios contemporâneos na área da saúde.

4.6 Conclusão

O perfil sociodemográfico e o estilo de vida de indivíduos com fatores de risco para a SM de indivíduos das UBS do município da Serra Catarinense estudado são em sua maioria de baixa renda, pouca escolaridade, tabagistas, sedentários e com excesso de peso, fatores estes que se classificam como fatores de risco importantes para SM. Tais indivíduos apresentam AE elevada e resiliência regular. Apresentando associação significativamente entre a AE e a idade, acompanhamento médico e autoavaliação do estado de saúde, enquanto a resiliência associou-se com o acompanhamento psicológico e autoavaliação do estado de saúde. Ainda observou-se que a AE foi significativamente e positivamente correlacionada com a resiliência.

Conclui-se que a AE e a resiliência são constructos importantes, que se correlacionam e devem ser considerados para o manejo da SM e recomenda-se que sejam considerados por profissionais no processo de saúde-doença, uma vez que mudanças em estilo de vida são fundamentais para o gerenciamento da SM e consequente para a melhoria de sua qualidade de vida e redução da necessidade de serviços médicos.

Evidencia-se a importância da concepção de estratégias que promovam AE e resiliência, por meio de ações que possibilitem compartilhar as experiências vividas, somado ao olhar integral do profissional da saúde a esta população, promovera melhora no gerenciamento da doença e a qualidade de vida da população.

4.7 Referências

- ALBERTI, K.G.M.M. *et al.* Harmonizing the Metabolic Syndrome. **Circulation**, v. 120, p. 1640-1645, 2009.
- AMORIM, D. C. A.; COUTINHO, C. M.; PALMEIRA, C. S. Adesão ao tratamento de pessoas com excesso de peso. **Revista Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 6, p. 4.788-96, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. Cigarro + obesidade = combinação perigosa. 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. São Paulo: AC Farmacêutica, 2009.
- ASSUNÇÃO, J.L.A.; CHARIGLIONE, I.P.F.S. Envelhecimento Cognitivo, Autoeficácia e Atividade Física: Uma Revisão Sistemática. **Revista de Psicologia da IMED**, v.12, n.1, p. 116-132, 2020.
- BANDURA, A. **Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.
- BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 191-215, 1977.
- BARRIOS, A. H.; URIBE, A. C. Autorregulación del aprendizaje en la educación superior en Iberoamérica: una revisión sistemática. **Revista Latinoamericana de Psicología**, 49(2), 146-160, 2017.
- BAUMAN, A.E. *et al.* Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not?. **Lancet**, v. 380, n. 9838, p.258-271, 2012.
- BAUMGARTEL, C. *et al.* Fatores de risco e proteção de doenças crônicas em adultos: estudo de base populacional em uma cidade de médio porte no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-13, 2017.
- BECKER, R.M.; HEIDEMANN, I.T.S.B. Promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: Revisão Integrativa. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 29, p. 1-18, 2020.
- BÖELL, J. E. W.; SILVA, D. M. G. V. DA; HEGADOREN, K. M. Fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: um estudo transversal. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 24, n. e2786, p. 1–9, 2016.
- BONANNO, G.A. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? **American Psychologist Journal**, v. 59, n. 1, p. 20–8, 2004.

BORTOLON, C. *et al.* The roles of cognitive avoidance, rumination and negative affect in the association between abusive supervision in the workplace and non-clinical paranoia in a sample of workers working in France. **Psychiatry Research**, v. 271, p. 581–589, 2019.

BRANDT, B. *et al.* A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of Triple Aim. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 5, p. 393 - 399, 2014.

BRITO, M. R. F.; SOUZA, L. F. N. I. Self-efficacy in mathematics problem solving and related variables. **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 1, p. 29-47, 2015.

BRASIL. **I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 84, 2005.

CABRERA, R. *et al.* Concordancia diagnóstica entre siete definiciones de síndrome metabólico en adultos con sobrepeso y obesidad. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica**, v. 34, n. 1, p. 19-27, 2017.

CACERES, V.M. *et al.* Physical activity moderates the deleterious relationship between cardiovascular disease, or its risk factors, and quality of life: Findings from two population-based cohort studies in Southern Brazil and South Australia. **PLoS One**, v. 13, n. 6, e0198769, 2018.

CAMERON *et al.* Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 9, 2018.

CONNOR, K.M; DAVIDSON, J.R.T. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**, v. 18, n. 2, p. 76-82, 2003.

COSTA, A.C.O.; DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, F.B. Síndrome Metabólica: Inatividade Física e Desigualdades Socioeconômicas entre Idosos Brasileiros não Institucionalizados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, E200046, p. 1-16, 2020.

COSTA, P.R.; SOUZA, A.T.V.; SANCHES, F.L.F.Z. Prevalência de Síndrome Metabólica e Perfil Nutricional de Pacientes Obesos Cardiopatas Hospitalizados. **FAG Journal of Health**, v. 2, n. 2, p. 259-272, 2020.

DENISCO, S. Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 23, n. 11, p. 602-10, 2011.

DUTRA, R.R.; COUTINHO, R..X. Alimentação Saudável e Atividade Física na Escola Através de uma Abordagem Contextualizada e Interdisciplinar. **Revista Contexto e Educação**, v. 35, n. 110, p. 123-141, 2020.

ELMESCANY, E. N. M. A arte na promoção da resiliência: um caminho de intervenção terapêutica ocupacional na atenção oncológica. **Revista do Nufen**, v. 2, n. 2, p. 21-41, 2010.

ESHTIAGHI, R.; ESTEGHAMATI, A.; NAKHJAVANI, M. Menopause is an independent predictor of metabolic syndrome in Iranian women. **Maturitas**, v. 65, p. 262-266, 2010.

FELIPE-DE-MELO, E.R.T. *et al.* Fatores associados à síndrome metabólica em trabalhadores administrativos de uma indústria de petróleo. **Ciências da saúde coletiva**, v. 16, n.8, p. 3443-3452, 2011.

FERREIRA, M.S.G.; BAKOS, D.S.; HABIGZANG, L.F. A influência das crenças de autoeficácia na manutenção do emagrecimento. **Aletheia**, v. 46, p. 2002-2010, 2015.

FIACCO, S.; MERNONE, L.; EHLERT, U. Psychobiological indicators of the subjectively experienced health status – findings from the Women 40+ Healthy Aging Study. **BMC Women's Health**, v. 20, n. 16, p. 1-10, 2020.

GLANZ, K.; RIMER, B.K.; VISWANATH, K. **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.

G-MUS. **A evolução que a saúde precisa**. Inovadora sistemas, 2016.

GONZAGA, M.L.C. **Prevalência de síndrome metabólica nos funcionários do Hospital Universitário da UFSC**, 2006. [Monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

GONZÁLEZ, C.M. *et al.* Síndrome metabólico y riesgo cardiovascular en la población diabética de El Hierro, Islas Canarias. **Nutrición Hospitalaria**, v. 34, n. 3, p. 593-602, 2017.

GRUNDY, S.M. *et al.* Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement. **Circulation**, v. 112, n. 17, p. 2735-2752, 2005.

HALFORD, C. *et al.* Effects of self-rated health on sick leave, disability pension, hospital admissions and mortality. **BMC Public Health**, v. 12, p. 1103, 2012.

I DIRETRIZ NACIONAL BRASILEIRA DE SÍNDROME METABÓLICA - IDNBSM. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, s. I, p. 1-28, 2005.

ILDER, E.L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 38, n. 1, p. 27-37, 1997.

JANSSEN, I. *et al.* Menopause and the metabolic syndrome: the Study of Women's Health Across the Nation. **Archives of Internal Medicine**, v.168, p. 1568-1575, 2008.

KOENIG HG, MCCULLOUGH ME. **Handbook of religion and health**. New York: Oxford university press; 2001.

LEITÃO, M.P.C.; MARTINS, I.S. Prevalência e fatores associados à Síndrome Metabólica em usuários de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Revista de Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 1, p. 60-9, 2012.

LEVIN, J. FOX, J.A. **Estatística para Ciências Humanas**. 9ª Edição, São Paulo: Pearson, 2004. P. 497.

LIMA-COSTA, M.F. *et al.* A influência de respondente substituto na percepção de saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e

na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. **Caderneta de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1893-1902, 2007.

LIRA, G.N.I.J.C, *et al.* Prevalencia del síndrome metabólico y sus componentes en personas con diabetes mellitus tipo 2. **Texto contexto – enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018.

LONGO, D.L. *et al.* **The metabolic syndrome**. New York: Harrison's Principle of Internal Medicine, McGraw-Hill, 2012.

LORIG, K.R. *et al.* Effect of a self-management program on patients with chronic disease. **Effective Clinical Practice**, v. 4, n. 6, p. 256–262, 2001b.

LORIG, K.R.; HOLMAN, H. R. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. **Anal Behavioral Medicine**, v. 26, n. 1, p. 1–7, 2003.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1–10, 2017.

MARIN, A.H. *et al.* Estratégias de enfrentamento e autoeficácia em mulheres com sobrepeso e obesidade em tratamento nutricional. **Psicogente**, v. 23, n. 43, 2020.

MASQUIO, D.C.L. *et al.* Efeito da Terapia Interdisciplinar Sobre a Síndrome Metabólica, Perfil Inflamatório e Riscos Cardiovasculares em Adolescentes Obesos. **ALAN- Archivos Latinoamericanos de nutrición**, v. 65, n. 2., p. 216-221, 2013.

MCLELLAN, K.C.P. *et al.* Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 5, p. 515-524, 2007.

MENDES, K.G. *et al.* Prevalência de síndrome metabólica e seus componentes na transição menopáusica: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n.8, p.1423-1437, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rede Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MOLINA, M.D.C.B. *et al.* Síndrome metabólica em profissionais de transporte de cargas especiais na rodovia do Espírito Santo. **UFES Revista de Odontologia**, v. 10, n. 4, p. 37-47, 2008.

MOREIRA, E.S.M. Estudo transversal da autopercepção de saúde em adultos residentes na cidade de Anápolis – Goiás e a influência do estilo de vida, do acesso ou não à assistência à saúde e a presença ou não de doenças crônicas. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 1, p. 552-564, p. 552-564, 2020.

MURILLO, F.C.; PÉREZ-RUIZ, M.R.; BAILA-RUEDA, L. Síndrome metabólico: concepto, epidemiología, etiopatogenia y complicaciones. **Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado**, v. 11, n. 40, p. 2402-2409, 2013.

NASSAR, S.M. *et al.* **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Disponível em: <<http://sestatnet.ufsc.br>>. Florianópolis - SC, Brasil. Acesso em 13, Outubro de 2019.

NAWAZ, A.; MALIK, J.A.; BATTOOL, A. Relationship between resilience and quality of life in diabetics. **Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan**, v. 24, n. 9, p. 670-5, 2014.

NEWTON-JOHN, T.R.; MASON, C.; HUNTER, M. The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. **Rehabilitation Psychology**, v. 59, n. 3, p. 360-5, 2014.

NUDELMAN, G.; IVANOVA, E. The relationship between frequency of performance and perceived importance of health behaviours. **Journal of Health Behaviours**, v. 0, n.0, p. 1-15, 2018.

O'DONOGHUE, G. *et al.* Socio-economic determinants of physical activity across the life course: A “Determinants of Diet and Physical Activity” (DEDIPAC) umbrella literature review. **PLoS One**, v. 13, n. 1, e0190737, 2018.

OLIVEIRA, A.; MANCINI, J.F. Perfil nutricional e lipídico de mulheres na pós-menopausa com doença arterial coronariana. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 4, p. 325-329, 2005.

OLIVEIRA, R. K. L. *et al.* Influence of socio-economic conditions and maternal knowledge in self-effectiveness for prevention of childhood diarrhea. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 1-9, 2017.

ORELLANA, C.R.A.; RODRÍGUEZ, F.M.V. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, síndrome metabólico e hiperuricemia en personal docente y administrativo de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador. **Revista ALAD**, v. 9, p. 155-156, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2017). **Doenças Cardiovasculares**. Organização Mundial de Saúde, 2017.

_____. Marco **para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Rede de Profissionais da Saúde, Enfermagem e Obstetrícia. Recursos Humanos em Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf> . Acesso em 10-10-2019.

PEÇANHA, D. L. N. **Câncer**: recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In: CARVALHO, V. A. *et al.* (Orgs.). Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus, 2008. p. 209-217.

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em Equipe: Uma Revisita ao Conceito e a seus Desdobramentos no Trabalho Interprofissional. **Trabalho em educação em saúde**, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020,

PEREIRA, L.D.; BELLINATI, N.V.; KANAN, L.A. Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale: avaliação da autoeficácia no gerenciamento da doença crônica. **Revista Cuidarte**, v.9, n. 3, p. 2435-2445, 2018.

PEREIRA, L.D. **Escala de Autoeficácia para Gerenciamento da Doença Crônica: Tradução e Adaptação à Língua Portuguesa Brasileira**. 2018. 44 f. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Saúde) – Pós-Graduação *stricto sensu* em Ambiente e Saúde, Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), Lages, Santa Catarina, 2018.

PETERSON, J.A. *et al.* Effects of a Physical Activity Intervention for Women. **Western Journal of Nursing Research**, v. 27, n. 1, p. 93-110, 2005.

PIMENTEL, M.M. Impacto da Atividade Física com Auxílio do Exergame n Síndrome Metabólica em Adolescentes com Sobrepeso ou Obesidade. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 7, n. único , p. 98-110, 2020.

PINHO, P. *et al.* Síndrome metabólica e sua relação com escores de risco cardiovascular em adultos com doenças crônicas não transmissíveis. **Revista da Sociedade Brasileira da Clínica Médica**, n.12, p. 22-30, 2014.

POLLETO, M.; KOLLER, S.H. **Resiliência**: uma perspectiva conceitual e histórica. In: DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. M. (Orgs.). *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção*. 2. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, p. 19-44, 2011.

POURHOSEINZADEH, M. *et al.* The relationship between health locus of control and health behaviors in emergency medicine personnel. **International Journal of Community Based Nursing and Midwifery**, v. 5, n. 4, p. 397-407, 2017.

RECKZIEGEL, J.C.L. **Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

REIS, M.S.; PARRA, M.; REIS, R.S. Mapeamento da literatura sobre a relação entre religiosidade, apoio social e atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 21, n. 1, p. 5-13, 2016.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018.

RODRIGUES, A. P. *et al.* Promotion of breastfeeding self-efficacy through a group education session: randomized clinical trial. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2017.

SANTOS, F.A.A. *et al.* Nível de Atividade Física de Lazer e sua Associação com a Prevalência de Síndrome Metabólica em Adultos: Estudo de Base Populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e 200070, p. 1-13, 2020.

SANTOS, L.B.; WATERS, C. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 1, p. 2749-2775, 2020.

- SANTOS, P. L. S. **Efeitos de intervenção interdisciplinar em grupo para pessoas com diagnóstico de sobrepeso e obesidade** (Dissertação Mestrado, Faculdade de Brasília), 2010.
- SILVA, J.A.M. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 16-24, 2015.
- SILVA, E.B. *et al.* Perfil metabólico e terapêutica medicamentosa de pacientes com síndrome metabólica: um estudo restrospectivo. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 3, p. 1-8, 2020.
- SILVA, J. *et al.* Autoeficácia e desempenho escolar de alunos do ensino fundamental. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 18, n. 3, p. 11-420, 2014.
- SILVA, M.; LAUTERT, L. O senso de auto-eficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 61-67, 2010.
- SLOMKA, L. Associação entre o nível de resiliência e o estado clínico de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Barbarói**, n. 34, p. 23-37, 2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. SBH- Sociedade Brasileira de Hipertensão, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 1, 2005.
- SOLANO, J. P. *et al.* **Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil**. Direito reservados – Copyright ©, 2011.
- SOLBERG, N.E.S. L.; SEGERSTROM, S.C. Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. **Personal Social Psychology Review**, v. 10, n. 3, p. 235-251, 2006.
- SONG, H. *et al.* Team dynamics, clinical work satisfaction, and patient care coordination between primary care providers: a mixed methods study. **Health Care Management Review**, v. 42, n. 1, p. 28-41, 2017.
- SOUZA, M.H.N.; NOBREGA, V.M.; COLLET, N. Rede social de crianças com doença crônica: conhecimento e prática de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.
- SWENDEMAN, D.; INGRAM, B.L.; ROTHERAM-BORUS, M.J. Commom elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: an integrative framework. **National Institutes of Health**, v. 21, n. 10, p. 1321-1334, 2010.
- TEIXEIRA, P.R.S.M. *et al.* Entre o ser e o fazer: as implicações dos profissionais de saúde/preceptores na efetivação do autocuidado do diabético. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, e74942380, 2020.
- TESTA, A., *et al.* Adherence in ulcerative colitis: an overview. **Patient Prefer Adherence**, v. 11, p. 297-303, 2017.

TRENTINI, M.; SILVA, D.M.G.V. **Tradução da escala de resiliência**. In: SILVA, D.M.G.V.; LESSMANN, J.C *et al.* Mulheres com diabetes mellitus tipo 2: estresse e resiliência. 2009. Projeto de Pesquisa. Universidade Federal de Santa Catarina, SC, 2009.

VASCONCELLOS, F.V.A. *et al.* Exercício físico e síndrome metabólica. **Revista HUPE**, v.12, n. 4, p. 78-88, 2013.

VÁSQUEZ, P.F.A.; SALAZAR, C.M.L. **Prevalência de síndrome metabólica em adultos atendidos en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria**. Biblioteca Digital (Tese – Título de segunda especialidad profesional en: Laboratorio de Análisis Clínico y Biológicos), Perú: Trujillo, 2019.

VIDIGAL, F.C. *et al.* Prevalence of metabolic syndrome in Brazilian adults: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1198, 2013.

VIOLAN, C, *et al.* Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. **PLoS One**, v. 9, n. 7, p. e102149, 2014.

VOLP, A.C.P. *et al.* Estilo de vida e síndrome metabólica: exercício e tabagismo como moduladores da inflamação. **Journal of the Health Science Institute**, v. 30, n. 1, p. 68-73, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Global status report on non-communicable diseases 2014**. WHO-World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2018**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Genebra: World Health Organization; 2018. Acesso em 21/02/2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>

YANG, J.J. *et al.* Metabolic syndrome and sex-specific socio-economic disparities in childhood and adulthood: the Korea. National Health and Nutrition Examination Surveys. **Diabetic Medicine**, v. 31, n. 11, p. 1399-1409, 2014.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. **Resiliência**: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). Resiliência e educação. São Paulo: Cortez, p. 13-42, 2001.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo partiu do interesse em validar a escala de autoeficácia para gerenciamento de doença crônica – 6 itens (SEMCD-6) para indivíduos com SM, de modo a obter um instrumento efetivo como estratégia de enfrentamento da doença.

Os achados da revisão sistemática permitiram identificar apenas três instrumentos internacionais de texto completos disponíveis e gratuitos, utilizados para avaliação da AE, fortalecendo a necessidade da validação da versão traduzida na língua portuguesa da SEMCD-6 para a população com SM. Na avaliação das propriedades psicométricas, a escala mostrou-se válida e confiável, constituindo um instrumento de utilidade prática para avaliar o AE de indivíduos com fatores de risco para síndrome metabólica.

O uso de instrumento efetivo como estratégia de enfrentamento da doença faz-se necessário, e a validação de uma escala de AE, o uso de tal instrumento auxiliará no planejamento de estratégias de enfrentamento, na medida em que se conhece um pouco mais quanto à capacidade psíquica do paciente com SM.

A avaliação da AE auxilia no processo de gerenciamento da SM por meio da adesão ao medicamento e ao exercício físico, gerenciamento dos sintomas, no controle emocional e na busca por profissionais da saúde, quando necessário. Por conseguinte, quanto maior a AE, menor a necessidade de apoio da equipe de saúde e pessoas próximas às pessoas com DC.

Ao se examinar o papel da AE em indivíduos com os principais fatores de risco para SM, observa-se que indivíduos com uma idade maior e que realizam acompanhamento médico apresentam uma AE maior, o que os leva a melhor autoavaliação de sua saúde. Percebe-se que a idade e/ou a experiência adquirida resultam em níveis mais elevados de AE em indivíduos com SM.

A avaliação da AE auxilia no gerenciamento da SM, e este é um fato que necessita ser considerado não apenas nos estudos, como também na prática profissional, de modo a contribuir para melhorar os indicadores de saúde. A validação da SEMCD-6 permite, além do já citado, guiar as práticas profissionais e interprofissionais no planejamento do tratamento e das ações para indivíduos com SM. Novos estudos sobre a temática e sua implicação nos hábitos de vida, podem contribuir ainda, para melhorar o gerenciamento da DC, mudanças no estilo de vida e promoção de saúde em indivíduos com SM, entre outras DC.

Além da AE, outro constructo posto em tela é a resiliência, que influencia na adaptação e manejo da SM. Constructo este importante à compreensão das ações do indivíduo

nestas condições. A promoção da resiliência integra o processo de reabilitação, porém é resultado final deste processo. Os níveis baixos de AE em indivíduos que realizam acompanhamento com psicólogo, nos sugerem algo positivo, ou seja, que os mesmos já se percebem com necessidade de buscar ajuda para seu cuidado em saúde, fazendo parte do seu tratamento.

Os profissionais da saúde podem auxiliar nesse processo, incorporando a promoção da AE e da resiliência em suas práticas de cuidado, visto que ambas se correlacionam e são constructos importantes para o manejo da SM. Fortalecer e promover a AE e a resiliência tornam-se possibilidades para o cuidado em saúde integral e de qualidade. Investir em fatores de proteção e contribuir para um estilo de vida mais saudável, apoio social, cuidado e orientação aos indivíduos com SM é importante para efetivação de ações que promovam condições de saúde melhores e para o gerenciamento da doença.

Assim, por ser a SM uma doença que tem aumentado sua prevalência ao longo dos anos, e visto sua complexidade, cabe ao profissional da saúde a compreensão da SM, do indivíduo e seu processo de saúde e doença, para elaboração de ações e estratégias eficazes. Destaca-se que devido as intervenções necessários para tratamento e prevenção da síndrome, as práticas interprofissionais são importantes para o manejo e gerenciamento da SM, visando melhorar a atenção em saúde, condição de saúde e qualidade de vida da população.

Reconhecer que fatores psicológicos positivos e a maneira de perceber-se no mundo interferem no processo de viver, cuidar-se e gerenciar a sua doença contribui para que os cuidados em saúde transcendam as barreiras de conhecimentos biológicos e incorporem estratégias voltadas à integralidade do ser. Recomendações para estudos e práticas futuras se direcionam a implementação de grupos de convivência para indivíduos com SM com enfoque na promoção da AE e da resiliência, para o desenvolvimento de habilidades de gerenciamento e cuidado em saúde, com o objetivo de maximizar a qualidade de vida.

Este estudo apresentando como aspectos limitadores a ausência de critério comparativo com população hígida, estrutura interna baseada na Teoria Clássica dos Testes e não haver Análise Fatorial Confirmatória. Porém são pontos que serão aplicados nos estudos futuros, e posteriormente repassados a equipe de saúde e população estudada os resultados advindos da pesquisa, bem como ações para contribuição dos cuidados em saúde e qualidade de vida.

De modo geral, este estudo constata, por meio da perspectiva interdisciplinar da interface entre os estilos de vida e saúde, a importância da AE e da resiliência para o manejo da SM. Uma vez que as práticas em saúde podem focar na promoção destes constructos, visto

que a AE e a resiliência são fatores psicológicos que influenciam no comportamento dos indivíduos, estes que são responsáveis por gerenciarem sua doença. Ao finalizar o estudo, resta evidente a importância do exame dos constructos AE e resiliência a partir dos saberes de várias disciplinas, uma vez que profissionais de diferentes áreas de formação têm expressivas experiências, conhecimentos e contribuições a dar ao gerenciamento da SM.

REFERÊNCIAS GERAIS

AAKER, D.; ALLEN, D.; GEORGE, S. “**Marketing Research**”. 7. ed. New York: John Wiley & Sons, 2001.

ALBERTI, K.G.; ZIMMET, P.; SHAW, J. The metabolic syndrome - a new worldwide definition. **Lancet**, v. 366, n. 9491, p. 1059-1066, 2005.

ALBERTI, K.G.M.M. *et al.* Harmonizing the Metabolic Syndrome. **Circulation**, v. 120, p. 1640-1645, 2009.

AMORIM, D. C. A.; COUTINHO, C. M.; PALMEIRA, C. S. Adesão ao tratamento de pessoas com excesso de peso. **Revista Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 6, p. 4.788-96, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. Cigarro + obesidade = combinação perigosa. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. São Paulo: AC Farmacêutica, 2009.

ASSUNÇÃO, J.L.A.; CHARIGLIONE, I.P.F.S. Envelhecimento Cognitivo, Autoeficácia e Atividade Física: Uma Revisão Sistemática. **Revista de Psicologia da IMED**, v.12, n.1, p. 116-132, 2020.

BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. **Health Education & Behavior**, v. 31, n. 2, p. 143-164, 2004.

BANDURA, A. **Self-Efficacy**: The Exercise of Control. Freeman, New York, 1997.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 191-215, 1977.

BANDURA, A. **Social Foundations of Thought and Action**: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.

BANDURA, A. The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. Journal of Behavior. **Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 13, n. 3, p. 195-199, 1982.

BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva**: Conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BANDURA, A.; CERVONE, D. Differential engagement of self-reactive influences in cognitive motivation. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 38, n. 1, p. 92-113, 1986.

BARBOSA, J.B. *et al.* Síndrome Metabólica em Ambulatório Cardiológico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 1, p. 46-54, 2010.

BARRIOS, A. H.; URIBE, A. C. Autorregulación del aprendizaje en la educación superior en Iberoamérica: una revisión sistemática. **Revista Latinoamericana de Psicología**, 49(2), 146-160, 2017.

BAUM, C.M.; CHRISTIANSEN, C. **Person-Environment-Occupation-Performance: An Occupation-Based Framework for Practice** (chapter 11). Nova Jersey: Professional Book Division, 2005.

BAUMAN, A.E. *et al.* Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not?. **Lancet**, v. 380, n. 9838, p.258-271, 2012.

BAUMGARTEL, C. *et al.* Fatores de risco e proteção de doenças crônicas em adultos: estudo de base populacional em uma cidade de médio porte no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-13, 2017.

BECKER, R.M.; HEIDEMANN, I.T.S.B. Promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: Revisão Integrativa. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 29, p. 1-18, 2020.

BODENHEIMER, T. *et al.* Patient self-management of chronic disease in primary care. **Journal of American Medical Association**, v. 288, n. 19, p. 2469–2475, 2002.

BÖELL, J. E. W.; SILVA, D. M. G. V. DA; HEGADOREN, K. M. Fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: um estudo transversal. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 24, n. e2786, p. 1–9, 2016.

BONANNO, G.A. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? **American Psychologist Journal**, v. 59, n. 1, p. 20–8, 2004.

BORTOLON, C. *et al.* Autoeficácia para Prática de Atividade Física em Pacientes com Síndrome Metabólica. **Revista de Psicologia**, n. 7, v. 1, p. 61-71, 2015.

BORTOLON, C. *et al.* The roles of cognitive avoidance, rumination and negative affect in the association between abusive supervision in the workplace and non-clinical paranoia in a sample of workers working in France. **Psychiatry Research**, v. 271, p. 581–589, 2019.

BRANDÃO, A.P. *et al.* I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, 2018. Disponível em: <https://outlook.live.com/owa/?path=/attachmentlightbox>. Acesso: 20 de janeiro de 2020.

BRANDT, B. *et al.* A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of Triple Aim. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 5, p. 393 - 399, 2014.

BRASIL. **I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 84, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da

Saúde, Série B. Textos básicos de saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcmt_2011.pdf>. Acesso em: 20/11/2018.

BRITO, M. R. F.; SOUZA, L. F. N. I. Self-efficacy in mathematics problem solving and related variables. **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 1, p. 29-47, 2015.

CABRERA, R. *et al.* Concordancia diagnóstica entre siete definiciones de síndrome metabólico en adultos con sobrepeso y obesidad. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica**, v. 34, n. 1, p. 19-27, 2017.

CACERES, V.M. *et al.* Physical activity moderates the deleterious relationship between cardiovascular disease, or its risk factors, and quality of life: Findings from two population-based cohort studies in Southern Brazil and South Australia. **PLoS One**, v. 13, n. 6, e0198769, 2018.

CAMERON *et al.* Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 9, 2018.

CAMERON, A.J.; SHAW, J.E.; ZIMMET, P.J. The metabolic syndrome: prevalence in worldwide populations. **Endocrinology Metabolism Clinics**, v. 33, n. 2, p. 351-375, 2004.

CARLLOTO, I.N.; DINIZ, M.A.P. Bioética e Promoção da Saúde Docente na Educação Superior: Uma Interfase Necessária. **Revista Saber e Educar**, n. 23, p. 168-179, 2017.

CARMO, B.B. *et al.* Instrumentos de Avaliação Estrangeiros no Contexto da Saúde Brasileira: processo de tradução, adaptação cultural e validação. **Meta**, v. 4, n. 11, p. 120-134, 2012.

CARO, J.J. *et al.* Economic burden and risk of cardiovascular disease and diabetes in patients with different cardiometabolic risk profiles. **Value Health**, v. 10, p. s12-s20, 2007.

CARVALHO, M.H.C. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. sI, p. 1-28, 2005.

CHEN, A.M. *et al.* Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 10, n. 2, p. 378-386, 2014.

CHOI, S.; CHOI-KWON, S. The effects of the DASH diet education program with omega-3 fatty acid supplementation on metabolic syndrome parameters in elderly women with abdominal obesity. **Nutrition Research and Practice**, v. 9, n. 2, p. 150-157, 2015.

CHOW, S. K. Y.; WONG, F. K. Y. The reliability and validity of the Chinese version of the short-form chronic disease self-efficacy scales for older adults. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, n. 7-8, p. 1095-1104, 2014.

CLARK, N.M.; DODGE, J.A. Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. **Health Education & Behavior**, v. 26, n. 1, p. 72-89, 1999.

CONNOR, K.M.; DAVIDSON, J.R.T. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**, v. 18, n. 2, p. 76-82, 2003.

COSTA, A.C.O.; DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, F.B. Síndrome Metabólica: Inatividade Física e Desigualdades Socioeconômicas entre Idosos Brasileiros não Institucionalizados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, E200046, p. 1-16, 2020.

COSTA, P.R.; SOUZA, A.T.V.; SANCHES, F.L.F.Z. Prevalência de Síndrome Metabólica e Perfil Nutricional de Pacientes Obesos Cardiopatas Hospitalizados. **FAG Journal of Health**, v. 2, n. 2, p. 259-272, 2020.

DAMÁSIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Revista Avaliação Psicológica**. Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012.

DENISCO, S. Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 23, n. 11, p. 602-10, 2011.

DIAS, E. T. D. M. Teoria social cognitiva: conceitos básicos. **Estudos de psicologia (Campinas)**, v. 26, n. 4, p. 563-564, 2009.

DUTRA, R.R.; COUTINHO, R..X. Alimentação Saudável e Atividade Física na Escola Através de uma Abordagem Contextualizada e Interdisciplinar. **Revista Contexto e Educação**, v. 35, n. 110, p. 123-141, 2020.

ELMESCANY, E. N. M. A arte na promoção da resiliência: um caminho de intervenção terapêutica ocupacional na atenção oncológica. **Revista do Nufen**, v. 2, n. 2, p. 21-41, 2010.

ESHTIAGHI, R.; ESTEGHAMATI, A.; NAKHJAVANI, M. Menopause is an independent predictor of metabolic syndrome in Iranian women. **Maturitas**, v. 65, p. 262-266, 2010.

ESLAMI, A. *et al.* Cultural adaptation and psychometric properties of the persian version of self-efficacy in chronic disease patients. **Iran Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 22, n. 1, p. 57, 2017.

FARIAS, D.N. *et al.* Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia da Saúde da Família. **Trabalho em Educação em Saúde**, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018.

FELIPE-DE-MELO, E.R.T. *et al.* Fatores associados à síndrome metabólica em trabalhadores administrativos de uma indústria de petróleo. **Ciências da saúde coletiva**, v. 16, n.8, p. 3443-3452, 2011.

FERREIRA, M.S.G.; BAKOS, D.S.; HABIGZANG, L.F. A influência das crenças de autoeficácia na manutenção do emagrecimento. **Aletheia**, v. 46, p. 2002-2010, 2015.

FIACCO, S.; MERNONE, L.; EHLERT, U. Psychobiological indicators of the subjectively experienced health status – findings from the Women 40+ Healthy Aging Study. **BMC Women's Health**, v. 20, n. 16, p. 1-10, 2020.

FISHER, J.D.; FISHER, W.A. Changing AIDS-risk behavior. **Psychological Bulletin**, v. 111, n. 3, p. 455-474, 1992.

FISHER, W.A.; FISHER, J.D.; HARMAN, J. **The information-motivation-behavioral skills model**: a general social psychological approach to understanding and promoting health

behavior. In: Suls J, Wallston KA, editors. *Social psychological foundations of health and illness*. Oxford: Wiley-Blackwell, p. 82–106, 2003.

FREUND, J.T. *et al.* Evaluating self-efficacy for managing chronic disease: psychometric properties of the six-item self-efficacy scale in Germany. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 19, n. 1, p. 39–43, 2013.

GACEK, M. Individual differences as predictors of dietary patterns among menopausal women with arterial hypertension. **Przegląd Menopauzalny = Menopause Review**, v. 13, n. 2, p. 101-108, 2014.

GLANZ, K.; RIMER, B.K.; VISWANATH, K. **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.

G-MUS. **A evolução que a saúde precisa**. Inovadora sistemas, 2016.

GONZAGA, M.L.C. **Prevalência de síndrome metabólica nos funcionários do Hospital Universitário da UFSC**, 2006. [Monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

GONZÁLEZ, C.M. *et al.* Síndrome metabólico y riesgo cardiovascular en la población diabética de El Hierro, Islas Canarias. **Nutrición Hospitalaria**, v. 34, n. 3, p. 593-602, 2017.

GRAVE, D.R. *et al.* Lifestyle modification in the management of the metabolic syndrome: achievements and challenges. **Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity**, v. 3, p. 373-385, 2010.

GRUNDY, S.M. Does a diagnosis of metabolic syndrome have value in clinical practice? **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 83, p. 1248-1251, 2006.

GRUNDY, S.M. *et al.* Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement. **Circulation**, v. 112, n. 17, p. 2735-2752, 2005.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise Multivariada de Dados**. 6 ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HALFORD, C. *et al.* Effects of self-rated health on sick leave, disability pension, hospital admissions and mortality. **BMC Public Health**, v. 12, p. 1103, 2012.

HEKMATPOU, D. Effectiveness of the “Create Sensitivity” Caring Model on Blood Glucose/ Glycosylated Hemoglobin and Quality of Life in Patients With Type 2 Diabetes. **The Open Nurse Journal**, v. 12, p. 195–204, 2018.

HOLMAN, H.; LORIG, K. **Perceived self-efficacy in self-management of chronic disease**. Em Schwarzer, R. Self-efficacy: Thought control and action, p. 305-323. London: Taylor & Francis. 1992.

HOLZBERGER, D.; PHILIPP, A.; KUNTER, M. How teachers' self-efficacy is related to instructional quality: A longitudinal analysis. **Journal of Educational Psychology**, v. 105, n. 3, p. 774-786, 2013.

HUANG, C. Achievement goals and self-efficacy: A meta-analysis. **Educational Research Review**, v. 19, p. 119-137, 2016.

HUANHUAN, H.; LI, G.; ARAO, T. Validation of a Chinese Version of the Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale in Patients with Hypertension in Primary Care. **ISRN Public Health**, p. 1-6, 2013.

HWANG, W.; RANKIN, S. Depressive Symptom and Related Factors: A Cross-Sectional Study of Korean Female Workers Working at Traditional Markets. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 12, p. 1465, 2017.

I DIRETRIZ NACIONAL BRASILEIRA DE SÍNDROME METABÓLICA - IDNBSM. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, s. I, p. 1-28, 2005.

ILDER, E.L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 38, n. 1, p. 27-37, 1997.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). The IDF Consensus worldwide definition of metabolic syndrome. Belgium: **International Diabetes Federation**, 2006.

JAMESON, J.L. *et al.* **Principles of Internal Medicine**. New York: Harrison's Principle of Internal Medicine, McGraw-Hill, 2015.

JANSSEN, I. *et al.* Menopause and the metabolic syndrome: the Study of Women's Health Across the Nation. **Archives of Internal Medicine**, v.168, p. 1568-1575, 2008.

JAVANMARDIFARD, S. *et al.* The effect of telenursing on self-efficacy in patients with non-alcoholic fatty liver disease: a randomized controlled clinical trial. **Gastroenterol and Hepatology**, v. 10, n. 4, p. 263-271, 2017.

KIM, K.; SEO, E. The relationship between teacher efficacy and students' academic achievement: A meta-analysis. **Social Behavior and Personality**, v. 46, n. 4, p. 529-540, 2018.

KOENIG HG, MCCULLOUGH ME. **Handbook of religion and health**. New York: Oxford university press; 2001.

LEE, G.; YANG, S.J.; CHEE, Y.K. Assessment of healthy behaviors for metabolic syndrome among Korean adults: a modified information-motivationbehavioral skills with psychological distress. **BMC Public Health**, v. 16, n. 518, p. 1-8, 2016.

LEITÃO, M.P.C.; MARTINS, I.S. Prevalência e fatores associados à Síndrome Metabólica em usuários de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Revista de Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 1, p. 60-9, 2012.

LEITE, E.B.; ANCHIETA, V.C. Identificação de síndrome metabólica em policiais civis do Distrito Federal, Brasil. **Revista Brasília Medical**, v. 50, n. 3, p. 186-93, 2013.

LENZ, E. R.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L. M. **Self-efficacy in nursing: Research and measurement perspectives**. New York: Springer Publishing Company. 2002.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998.

LEVIN, J. FOX, J.A. **Estatística para Ciências Humanas**. 9ª Edição, São Paulo: Pearson, 2004. P. 497.

LIMA-COSTA, M.F. *et al.* A influência de respondente substituto na percepção de saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. **Caderneta de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p; 1893-1902, 2007.

LIRA, G.N.I.J.C, *et al.* Prevalencia del síndrome metabólico y sus componentes en personas con diabetes millitus tipo 2. **Texto contexto – enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018.

LONGO, D.L. *et al.* **The metabolic syndrome**. New York: Harrison's Principle of Internal Medicine, McGraw-Hill, 2012.

LOOIJMANS, A. *et al.* Design of the Lifestyle Interventions for severe mentally ill Outpatients in the Netherlands (LION) trial; a cluster randomised controlled study of a multidimensional web tool intervention to improve cardiometabolic health in patients with severe mental illness. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 1-13, 2017.

LORIG, K.R. *et al.* Chronic disease self-management program – 2 years health status and health care utilization outcomes. **Medical Care**, v. 39, n. 11, p. 1217-1223, 2001a.

LORIG, K.R. *et al.* Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. **Arthritis and Rheumatism**, v. 32, n. 1, p. 37–44, 1989.

LORIG, K.R. *et al.* Effect of a self-management program on patients with chronic disease. **Effective Clinical Practice**, v. 4, n. 6, p. 256–262, 2001b.

LORIG, K.R.; HOLMAN, H. R. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. **Annals Behavioral Medicine**, v. 26, n. 1, p. 1–7, 2003.

MAHMOOD, K.; HAMID, R.K.; MARZIEH, A. The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2018.

MALTA, D.C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1–10, 2017.

MALTA, D.C., MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MARIN, A.H. *et al.* Estratégias de enfrentamento e autoeficácia em mulheres com sobrepeso e obesidade em tratamento nutricional. **Psicogente**, v. 23, n. 43, 2020.

MASQUIO, D.C.L. *et al.* Efeito da Terapia Interdisciplinar Sobre a Síndrome Metabólica, Perfil Inflamatório e Riscos Cardiovasculares em Adolescentes Obesos. **ALAN- Archivos Latinoamericanos de nutrición**, v. 65, n. 2., p. 216-221, 2013.

MAZLOOMY-MAHMOODABAD, S.S. *et al.* The effect of educational intervention on weight loss in adolescents with overweight and obesity: Application of the theory of planned behavior. **ARYA Atherosclerosis**, v. 13, n. 4, p. 176-183, 2017.

MCAULEY, E. *et al.* Self-regulatory processes and exercise adherence in older adults: executive function and self-efficacy effects. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 41, n. 3, p. 284-90, 2011.

MCLELLAN, K.C.P. *et al.* Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 5, p. 515-524, 2007.

MENDES, K.G. *et al.* Prevalência de síndrome metabólica e seus componentes na transição menopáusicas: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n.8, p.1423-1437, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, Série B. Textos básicos de saúde, 2014.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 10, n. 62, p. 1006-1012, 2009.

MOLINA, M.D.C.B. *et al.* Síndrome metabólica em profissionais de transporte de cargas especiais na rodovia do Espírito Santo. **UFES Revista de Odontologia**, v. 10, n. 4, p. 37-47, 2008.

MOREIRA, E.S.M. Estudo transversal da autopercepção de saúde em adultos residentes na cidade de Anápolis – Goiás e a influência do estilo de vida, do acesso ou não à assistência à saúde e a presença ou não de doenças crônicas. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 1, p. 552-564, p. 552-564, 2020.

MOREIRA, M.C.N. *et al.* Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2083–2094, 2014.

MURER, M. *et al.* Physical activity behaviour in patients with metabolic syndrome. **Swiss Medical Weekly**, v. 142, 2012.

MURILLO, F.C.; PÉREZ-RUIZ, M.R.; BAILA-RUEDA, L. Síndrome metabólico: concepto, epidemiología, etiopatogenia y complicaciones. **Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado**, v. 11, n. 40, p. 2402-2409, 2013.

NASSAR, S.M. *et al.* **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Acesso em: <<http://sestatnet.ufsc.br>>. Florianópolis - SC, Brasil, 2011. Acesso em 13, Outubro de 2019.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM (NCEP-ATP III). Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert

Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Cholesterol. **JAMA**, v. 285, n. 19, p. 2486–2497, 2001.

NAWAZ, A.; MALIK, J.A.; BATOOL, A. Relationship between resilience and quality of life in diabetics. **Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan**, v. 24, n. 9, p. 670-5, 2014.

NEWTON-JOHN, T.R.; MASON, C.; HUNTER, M. The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. **Rehabilitation Psychology**, v. 59, n. 3, p. 360-5, 2014.

NUDELMAN, G.; IVANOVA, E. The relationship between frequency of performance and perceived importance of health behaviours. **Jouranl of Health Behaviours**, v. 0, n.0, p. 1-15, 2018.

NUNES, M.F.O.; NORONHA, A.P.P. Escala de autoeficácia para atividades ocupacionais: Construção e estudos exploratórios. **Paidéia**, v. 18, p. 111-124, 2008.

O'DONOGHUE, G. *et al.* Socio-economic determinants of physical activity across the life course: A “DEterminants of DIet and Physical ACTivity” (DEDIPAC) umbrella literature review. **PLoS One**, v. 13, n. 1, e0190737, 2018.

OLIVEIRA, A.; MANCINI, J.F. Perfil nutricional e lipídico de mulheres na pós-menopausa com doença arterial coronariana. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 4, p. 325-329, 2005.

OLIVEIRA, F. **Bioética, uma face da cidadania**. 8ª impressão. 2ª ed. reformulada, São Paulo: Moderna, 2004.

OLIVEIRA, R. K. L. *et al.* Influence of socio-economic conditions and maternal knowledge in self-effectiveness for prevention of childhood diarrhea. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 1-9, 2017.

ORELLANA, C.R.A.; RODRÍGUEZ, F.M.V. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, síndrome metabólico e hiperuricemia en personal docente y administrativo de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador. **Revista ALAD**, v. 9, p. 155-156, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Rede de Profissionais da Saúde, Enfermagem e Obstetrícia. Recursos Humanos em Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em:

< http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20 . Acesso em 10-10-2019.

_____. (2017). **Doenças Cardiovasculares**. Organização Mundial de Saúde, 2017.

_____. **OMS: Controle de doenças crônicas não transmissíveis gera retornos financeiros e de saúde**. Organização Mundial de Saúde. 2018. Disponível em:

<<https://nacoesunidas.org/oms-controle-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-gera-retornos-financeiros-e-de-saude/>>. Acesso em: 20/03/2020.

PARKER, R.; JELSMA, J.; STEIN, D. J. Pain in amaXhosa women living with HIV/AIDS: Translation and validation of the brief pain inventory-Xhosa. *J Pain Symptom Manage. BMC Women's Health*. v. 51, n. 1, p. 132-42, 2016.

PAULA, H.A.A. *et al.* Comparação de Diferentes Critérios de Definição para Diagnóstico de Síndrome Metabólica em Idosas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 3, p. 346-53, 2010.

PEÇANHA, D. L. N. **Câncer:** recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In: CARVALHO, V. A. *et al.* (Orgs.). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008. p. 209-217.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em Equipe: uma Revisita ao Conceito e a Seus Desdobramentos no Trabalho Interprofissional. **Trabalho em educação em saúde**, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020.

PEREIRA, L.D.; BELLINATI, N.V.; KANAN, L.A. Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale: avaliação da autoeficácia no gerenciamento da doença crônica. *Revista Cuidarte*. v. 9, n. 3, p. 2435-2445, 2018.

PEREIRA, L.D. **Escala de Autoeficácia para Gerenciamento da Doença Crônica: Tradução e Adaptação à Língua Portuguesa Brasileira**. 2018. 44 f. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Saúde) - Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ambiente e Saúde, Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), Lages, Santa Catarina, 2018.

PETERSON, J.A. *et al.* Effects of a Physical Activity Intervention for Women. **Western Journal of Nursing Research**, v. 27, n. 1, p. 93-110, 2005.

PIMENTEL, M.M. Impacto da Atividade Física com Auxílio do Exergame n Síndrome Metabólica em Adolescentes com Sobrepeso ou Obesidade. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 7, n. único, p. 98-110, 2020.

PINHO, P. *et al.* Síndrome metabólica e sua relação com escores de risco cardiovascular em adultos com doenças crônicas não transmissíveis. **Revista da Sociedade Brasileira da Clínica Médica**, n.12, p. 22-30, 2014.

POLLETO, M.; KOLLER, S.H. **Resiliência:** uma perspectiva conceitual e histórica. In: DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. M. (Orgs.). *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção*. 2. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2011. p. 19-44.

POULOU, M. *et al.* Relation of teacher self-efficacy and classroom practices: A preliminary investigation. **School Psychology International**, v. 40, n. 1, p. 25-48, 2018.

POURHOSEINZADEH, M. *et al.* The relationship between health locus of control and health behaviors in emergency medicine personnel. **International Journal of Community Based Nursing and Midwifery**, v. 5, n. 4, p. 397-407, 2017.

RAMIRES, E.K.N.M. *et al.* Prevalência e Fatores Associados com a Síndrome Metabólica na População Adulta Brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde -2013. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 110, n. 5, p. 455-466, 2018.

RE, T.S. *et al.* Effects of acculturation, coping strategies, locus of control, and self-efficacy on chronic pain: study of Chinese immigrant women in Italy-insights from a thematic field analysis. **Journal of Pain Research**, v. 10, p. 1383-1388, 2017.

RECKZIEGEL, J.C.L. **Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

REIS, M.S.; PARRA, M.; REIS, R.S. Mapeamento da literatura sobre a relação entre religiosidade, apoio social e atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 21, n. 1, p. 5-13, 2016.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care, London**, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018.

RIEGEL, B. *et al.* Self-Care the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke A Scientific Statement for Healthcare Professional From the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease*, v. 6, n. 9, 2017.

RIEHM, K.E. *et al.* Validation of the Self-Efficacy for Managing Chronic Disease Scale: A Scleroderma Patient-Centered Intervention Network Cohort Study. **Arthritis Care e Research**, v. 68, n. 8, p. 1195-1200, 2016.

RIGO, J.C. *et al.* Prevalência de Síndrome Metabólica em Idosos de uma Comunidade: Comparação entre três métodos diagnósticos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 2, p. 85-91, 2009.

RITTER, P.L.; LORIG, K. The English and Spanish Self-Efficacy to Manage Chronic Disease Scale measures were validated using multiple studies. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 67, p. 1265-1273, 2014.

RODRIGUES, A. P. *et al.* Promotion of breastfeeding self-efficacy through a group education session: randomized clinical trial. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2017.

SAITO, A. *et al.* Development and evaluation of a self-efficacy instrument for Japanese sleep apnea patients receiving continuous positive airway pressure treatment. **Nature and Science of Sleep**, v. 7, n. 6, p. 25-31, 2015.

SAKULSUPSIRI, A.; SAKTHONG, P.; WATJANA, W. **Cost-Effectiveness Analysis of the Self-Management Program for Thai Patients with Metabolic Syndrome**. *Value In Health Regional Issues* 9C, p. 28-35, 2016.

SANTOS, C.M.D.C.; PIMENTA, C.A.D.M.; NOBRE, M.R.C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, p. 508-511, 2007.

SANTOS, F.A.A. *et al.* Nível de Atividade Física de Lazer e sua Associação com a Prevalência de Síndrome Metabólica em Adultos: Estudo de Base Populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e 200070, p. 1-13, 2020.

SANTOS, L.B.; WATERS, C. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 1, p. 2749-2775, 2020.

SANTOS, P. L. S. **Efeitos de intervenção interdisciplinar em grupo para pessoas com diagnóstico de sobrepeso e obesidade** (Dissertação Mestrado, Faculdade de Brasília), 2010.

SCHULMAN-GREEN, D. *et al.* Processes of Self-Management in Chronic Illness. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 44, n. 2, p. 136–144, 2012.

SHIM, K.; GULHAR, R.; JIALAL, L. Exploratory metabolomics of nascent metabolic syndrome. **Journals Diabetes Complications**, v. 33, n. 3, p. 212-216, 2019.

SIERRA-JOHNSON, J. *et al.* Correspondence between the adult treatment panel III criteria for metabolic syndrome and insulin resistance. **Diabetes Care**, v. 29, p. 668-72, 2006.

SILVA, J.A.M. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 16-24, 2015.

SILVA, E.B. *et al.* Perfil metabólico e terapêutica medicamentosa de pacientes com síndrome metabólica: um estudo retrospectivo. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 3, p. 1-8, 2020.

SILVA, J. *et al.* Autoeficácia e desempenho escolar de alunos do ensino fundamental. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 18, n. 3, p. 11-420, 2014.

SILVA, M.; LAUTERT, L. O senso de auto-eficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 61-67, 2010.

SKOLARUS, T.A. *et al.* Optimizing veteran-centered prostate cancer survivorship care: study protocol for a randomized controlled trial. **Neurosurgery**, v. 18, n. 181, 2017.

SLOMKA, L. Associação entre o nível de resiliência e o estado clínico de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Barbarói**, n. 34, p. 23-37, 2015.

SMITH, J., BORCHELT, M., MAIER, H. & JOPP, D. Health and well-being in the young and oldest old. **Journal of Social Issues**, v. 58, n. 4, p. 715-732, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). Síndrome Metabólica, **SBEM**, 2008. Disponível em: <<https://www.endocrino.org.br/a-sindrome-metabolica/>>. Acesso em: 20/11/2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. SBH- Sociedade Brasileira de Hipertensão, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 1, 2005.

SOLANO, J. P. *et al.* **Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil**. Direito reservados – Copyright ©, 2011.

- SOLBERG, N.E.S. L.; SEGERSTROM, S.C. Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. **Personality and Social Psychology Review**, v. 10, n. 3, p. 235-251, 2006.
- SONG, H. *et al.* Team dynamics, clinical work satisfaction, and patient care coordination between primary care providers: a mixed methods study. **Health Care Management Review**, v. 42, n. 1, p. 28-41, 2017.
- SOUZA, M P *et al.* Marcadores laboratoriais da síndrome metabólica em pacientes atendidos em um hospital universitário do Recife. **Ciências Biológicas e de Saúde – UNIT**, v. 3, n. 1, p. 95-106, 2017.
- SOUZA, M.H.N.; NOBREGA, V.M.; COLLET, N. Rede social de crianças com doença crônica: conhecimento e prática de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.
- STANFORD PATIENT EDUCATION RESEARCH CENTER. Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-item Scale, **Stanford Patient Education Research Center**, 2011. Disponível em: <<http://patient.education.stanford.edu/research/secd6.html>>. Acesso em: 27 de Julho de 2018.
- SWENDEMAN, D.; INGRAM, B.L.; ROTHERAM-BORUS, M.J. Common elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: an integrative framework. **National Institutes of Health**, v. 21, n. 10, p. 1321-1334, 2010.
- TALSMA, K. *et al.* I believe, therefore I achieve (and vice versa): A meta-analytic cross-lagged panel analysis of self-efficacy and academic performance. **Learning and Individual Differences**, v. 61, p. 136-150, 2018.
- TEIXEIRA, P.R.S.M. *et al.* Entre o ser e o fazer: as implicações dos profissionais de saúde/preceptores na efetivação do autocuidado do diabético. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, e74942380, 2020.
- TESTA, A., *et al.* Adherence in ulcerative colitis: an overview. **Patient Prefer Adherence**, v. 11, p. 297-303, 2017.
- THOMAS, J.R.; NELSON, J.K. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- TRENTINI, M.; SILVA, D.M.G.V. **Tradução da escala de resiliência**. In: SILVA, D.M.G.V.; LESSMANN, J.C *et al.* Mulheres com diabetes mellitus tipo 2: estresse e resiliência. 2009. Projeto de Pesquisa. Universidade Federal de Santa Catarina, SC, 2009.
- VASCONCELLOS, F.V.A. *et al.* Exercício físico e síndrome metabólica. **Revista HUPE**, v.12, n. 4, p. 78-88, 2013.
- VÁSQUEZ, P.F.A.; SALAZAR, C.M.L. **Prevalencia de síndrome metabólico en adultos atendidos en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria**. Biblioteca Digital (Tese – Título de segunda especialidad profesional en: Laboratorio de Análisis Clínico y Biológicos), Perú: Trujillo, 2019.
- VIDIGAL, F.C. *et al.* Prevalence of metabolic syndrome in Brazilian adults: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1198, 2013.

VIOLAN, C. *et al.* Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. **PLoS One**, v. 9, n. 7, p. e102149, 2014.

VOLP, A.C.P. *et al.* Estilo de vida e síndrome metabólica: exercício e tabagismo como moduladores da inflamação. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 30, n. 1, p. 68-73, 2012.

WANG, C. *et al.* The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. **International Journal for Equity in Health**, v. 16, n. 1, p. 58, 2017.

WEBEL, A. R.; OKONSKY, J. Psychometric properties of a symptom management self-efficacy scale for women living with HIV/AIDS. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 41, n. 3, p. 549– 557, 2011.

WILSON, P.H. *et al.* Metabolic syndrome as a precursor of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus. **Circulation**, v. 112, p. 3066-3072, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: WHO- World Health Organization, 2005. Disponível em: <https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/>. Acesso em: 20/11/2018.

_____. **Global recommendations on physical activity for health**. World Health Organization, 2010. Disponível em: <<https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>>. Acesso em: 20/11/2018.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. WHO - World Health Organization, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>>. Acesso em: 20/11/2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2018**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018. Acesso em 21/02/2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>

WU, Y.E.; ZHANG, C.L.; ZHEN, Q. Metabolic syndrome in children (Review). **Experimental and Therapeutic Medicine**, v. 12, n. 4, p. 2390-2394, 2016.

YANG, J.J. *et al.* Metabolic syndrome and sex-specific socio-economic disparities in childhood and adulthood: the Korea. National Health and Nutrition Examination Surveys. **Diabetic Medicine**, v. 31, n. 11, p. 1399-1409, 2014.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. **Resiliência**: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, p. 13-42, 2001.

ZORASKI, H. *et al.* Síndrome metabólica em idosos de Nova Roma do Sul, RS: prevalência e fatores associados. **ABCS Health Sciences**, v. 42, n. 3, p. 147-155, 2017.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1- Nº: _____ 2- UBS: _____ 3- Idade: _____ anos 4- Profissão: _____

5- Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

6- Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Indígena ☐ Parda ☐ Outra _____

7- Religião: ☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Espírita ☐ Sem religião ☐ Outra _____

8- Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado/ união estável ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Outro: _____

9- Atividade econômica: ☐ Autônomo ☐ Aposentado ☐ Servidor Público ☐ Servidor Privado

10- Renda familiar considerando valor de salário mínimo R\$ 998,00:

☐ Até 998,00 salário mínimo ☐ De 4991,00 a 6986,00 salários mínimos
☐ De 999,00 a 2994,00 salários mínimos ☐ De 6987,00 a 9980,00 salários mínimos
☐ De 2995,00 a 4990,00 salários mínimos ☐ Mais de 9981,00 salários mínimos

11- Grau de escolaridade:

☐ Sem escolaridade ☐ Ensino médio incompleto
☐ Lê e escreve ☐ Ensino médio completo
☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino superior incompleto
☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino superior completo

12- Realiza exercício físico? ☐ Sim ☐ Não

Que tipo de exercício? _____

Não, mas já fez? Há quanto tempo? _____

Se sim, quantas vezes na semana: ☐ 1 ou 2 vezes ☐ 3 vezes ☐ 4 vezes ou mais

14- Faz acompanhamento nutricional? ☐ Sim ☐ Não

15- Faz acompanhamento psicológico? ☐ Sim ☐ Não

16- Faz acompanhamento médico? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, de qual tipo? _____

17- Faz uso contínuo de medicamento? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, de qual tipo? _____

18- Segue o tratamento medicamentoso conforme indicado pelo seu médico? ☐ Sim ☐ Não

19- É tabagista? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ex-tabagista

Se sim, há quanto tempo? _____

Ex-tabagista por quanto tempo fumou? Parou há quanto tempo? _____

20- A iniciativa de cuidado com a saúde foi influência: ☐ Própria ☐ Amigos ☐ _____

Familiares ☐ Técnicos de ação social ☐ Profissionais da área da saúde ☐ Outros: _____

21- Considera sua saúde: ☐ Muito ruim ☐ Ruim ☐ Nem boa nem ruim ☐ Boa ☐ Muito boa

22- Encontra-se com HAS, DM, obesidade central há quanto tempo? _____

23- Apresenta algumas dessas patologias? ☐ HAS ☐ pré DM/DM ☐ HDL ☐ triglicerídeos elevados ☐ _____
 circunferência abdominal > 102 homens, >88 mulheres ☐ outros

ANEXOS

Anexo I - Aprovação do projeto no comitê de ética em pesquisas da UNIPLAC.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA SÍNDROME METABÓLICA DE USUÁRIOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Pesquisador: CAROLINE BERTUOL DACOREGIO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16381019.6.0000.5368

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.437.211

Apresentação do Projeto:

Boa apresentação do projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Está bem claro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Atende aos critérios estabelecidos pela Resolução 510/16 do conselho Nacional de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

é de bastante relevância por levantar dados para área da saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendem aos critérios estabelecidos pela Resolução 510/16 do conselho Nacional de Saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.500-000

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (40)3251-1088

E-mail: cep@uniplaciges.edu.br

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC**



Continuação do Parecer: 3.437.211

Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1383619.pdf	24/06/2019 21:32:05		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	24/06/2019 20:04:56	CAROLINE BERTUOL	Aceito
Outros	termo_autorizacao_prontuario.pdf	20/06/2019 20:07:30	CAROLINE BERTUOL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_dencia_concordancia_instituicoes.pdf	20/06/2019 20:05:49	CAROLINE BERTUOL DACOREGIO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisador_responsavel.pdf	20/06/2019 20:05:27	CAROLINE BERTUOL	Aceito
Orçamento	RECURSOS_HUMANOS_E_MATERIAIS.docx	20/06/2019 20:05:10	CAROLINE BERTUOL	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	20/06/2019 20:04:48	CAROLINE BERTUOL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Parte_1_20_06_2019.docx	20/06/2019 20:04:39	CAROLINE BERTUOL DACOREGIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 122B
 Bairro: Universitário CEP: 88.500-000
 UF: SC Município: LAGES
 Telefone: (49)3251-1088

E-mail: cep@uniplac.lages.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 3.437.211

LAGES, 04 de Julho de 2019

Assinado por:
Odila Maria Waldrich
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.500-000

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1088

E-mail: cep@uniplaclages.edu.br

Anexo II - Aprovação do projeto no comitê de ética em pesquisas da UNIPLAC (Parte 2)

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE MEDIDAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA GERENCIAMENTO DE DOENÇA CRÔNICA - 6 ITENS ENTRE INDIVÍDUOS COM SÍNDROME METABÓLICA

Pesquisador: CAROLINE BERTUOL DACOREGIO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22100619.4.0000.5368

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.673.379

Apresentação do Projeto:

AVALIAÇÃO DE MEDIDAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA GERENCIAMENTO DE DOENÇA CRÔNICA - 6 ITENS ENTRE INDIVÍDUOS COM SÍNDROME METABÓLICA

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avallar as propriedades psicométricas da Escala de autoeficácia para gerenciamento de doença crônica – 6 itens para indivíduos com três fatores de risco para síndrome metabólica, , aumento da circunferência da cintura para homens, maior (>) 102 cm, mulheres > 88 cm; hipertensão 130 mmHg ou 85 mmHg e glicemia de jejum 110 mg/dL.

Objetivo Secundário:

• Descrever características sociodemográficas e estilo de vida de indivíduos com três fatores de risco para síndrome metabólica, aumento da circunferência da cintura para homens, maior (>) 102 cm, mulheres > 88 cm; hipertensão 130 mmHg ou 85 mmHg e glicemia de jejum 110 mg/dL (I DNBSM, 2005), cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde de Lages-SC; • Avallar a autoeficácia e a resiliência de indivíduos com síndrome metabólica; • Avallar a associação do perfil sócio demográfico e estilo de vida com a autoeficácia e

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-000

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1088

E-mail: cep@uniplaclages.edu.br

Continuação do Parecer: 3.673.379

com a resiliência em indivíduos com síndrome metabólica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os critérios estão descritos em conformidade com a Resolução 466/125

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância acadêmica, Social e Científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Contemplados.

Recomendações:

Divulgar dados da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-900

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (40)3251-1086

E-mail: cep@uniplac.lages.edu.br

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC**



Continuação do Parecer: 3.673.379

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1441195.pdf	25/09/2019 22:23:27		Acelto
Outros	APENDICE_I_ARTIGO_REVISAO.docx	25/09/2019 22:18:19	CAROLINE BERTUOL	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisador_responsavel.pdf	25/09/2019 22:16:15	CAROLINE BERTUOL	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	25/09/2019 22:12:20	CAROLINE BERTUOL	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_ciencia_concordancia_instituicoes_envolvidas.pdf	25/09/2019 22:12:02	CAROLINE BERTUOL DACOREGIO	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_parte_2_CEP.docx	24/09/2019 21:30:25	CAROLINE BERTUOL DACOREGIO	Acelto
Outros	APENDICE_III_QUESTIONARIO_SOCIODEMOGRAFICO.docx	24/09/2019 21:28:07	CAROLINE BERTUOL	Acelto
Outros	ANEXO_III_IPAQ.docx	24/09/2019 21:27:27	CAROLINE BERTUOL	Acelto
Outros	ANEXO_II_ESCALA_DE_RESILIENCIA.docx	24/09/2019 21:26:42	CAROLINE BERTUOL	Acelto
Recurso Anexado pelo Pesquisador	ANEXO_I_ESCALA_DE_AUTOEFICACIA.docx	24/09/2019 21:25:12	CAROLINE BERTUOL	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_II_TCLE.docx	24/09/2019 21:24:39	CAROLINE BERTUOL DACOREGIO	Acelto
Orçamento	RECURSOS_HUMANOS_E_MATERIAIS.docx	24/09/2019 21:24:25	CAROLINE BERTUOL	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	24/09/2019 21:23:58	CAROLINE BERTUOL	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAGES, 31 de Outubro de 2019

Assinado por:

Odila Maria Waldrich
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-900

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1066

E-mail: cep@uniplaclages.edu.br

Anexo III – Escala de Autoeficácia para Gerenciamento de Doença Crônica – 6 itens

Escala de Autoeficácia para Gerenciamento da Doença Crônica – 6 itens	
Gostaríamos de saber o quanto seguro você está em fazer determinadas atividades. Para cada uma das questões a seguir, por favor, escolha o número que corresponde à sua segurança em fazer regularmente determinada tarefa no momento atual.	
1. Você está seguro para impedir que a fadiga causada pela sua doença interfira nas coisas que você gostaria de fazer?	Nada seguro 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente seguro
2. Você está seguro para impedir que o desconforto físico ou a dor causados pela sua doença interfira nas coisas que você gostaria de fazer?	Nada seguro 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente seguro
3. Você está seguro para impedir que o sofrimento emocional causado pela sua doença interfira nas coisas que você gostaria de fazer?	Nada seguro 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente seguro
4. Você está seguro para impedir que quaisquer outros sintomas ou problemas de saúde que você tenha interfira nas coisas que você gostaria de fazer?	Nada seguro 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente seguro
5. Você está seguro para conseguir fazer as diferentes tarefas e atividades necessárias para gerenciar sua condição de saúde de modo a reduzir sua necessidade de ir ao médico?	Nada seguro 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente seguro
6. Você está seguro para conseguir fazer outras coisas além de apenas tomar o medicamento para reduzir os efeitos de sua doença na vida diária?	Nada seguro 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente seguro

Fonte: Pereira, (2018).

Anexo IV – Escala de Resiliência

ESCALA DE RESILIÊNCIA 0=Nunca é verdadeiro 1=Raramente é verdadeiro 2=Algumas vezes é verdadeiro 3=Muitas vezes é verdadeiro 4=É verdadeiro quase sempre						
1	Sou capaz de me adaptar a mudanças	0	1	2	3	4
2	Tenho relacionamentos próximos e seguros	0	1	2	3	4
3	Algumas vezes o destino ou Deus podem me ajudar	0	1	2	3	4
4	Eu posso enfrentar qualquer coisa que vier	0	1	2	3	4
5	Meus sucessos anteriores me dão confiança para novos desafios	0	1	2	3	4
6	Eu vejo o que acontece com humor	0	1	2	3	4
7	Enfrentar situações com estresse me fortalece	0	1	2	3	4
8	Eu sou inclinado a me recuperar após uma doença ou sofrimento	0	1	2	3	4
9	O que acontece na vida tem sempre uma razão	0	1	2	3	4
10	Eu dou o meu melhor, não importa em que seja	0	1	2	3	4
11	Eu posso alcançar minhas metas	0	1	2	3	4
12	Quando as coisas parecem sem esperança, não desisto	0	1	2	3	4
13	Eu sei onde buscar ajuda	0	1	2	3	4
14	Eu penso e focalizo claramente sob pressão	0	1	2	3	4
15	Eu prefiro ficar no comando na resolução de problemas	0	1	2	3	4
16	Não desanimo facilmente por causa de meus erros	0	1	2	3	4
17	Eu me vejo como uma pessoa forte	0	1	2	3	4
18	Posso tomar decisões impopulares ou difíceis.	0	1	2	3	4
19	Posso lidar com sentimentos desagradáveis	0	1	2	3	4
20	Tenho que agir na intuição	0	1	2	3	4
21	Tenho forte sentimento de determinação	0	1	2	3	4
22	Mantenho controle de minha vida	0	1	2	3	4
23	Eu gosto de desafios	0	1	2	3	4
24	Eu trabalho para alcançar minhas metas/objetivos	0	1	2	3	4
25	Eu me orgulho de minhas conquistas	0	1	2	3	4

Fonte: Connor; Davidson (2003).