

AUTOEFICÁCIA PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM PACIENTES COM SÍNDROME METABÓLICA

Catherine Bortolon

Doutoranda em Psicologia na Université Paul Valéry, Montpellier, França. Psicóloga no Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier, Hôpital La Colombière, Service Universitaire de Psychiatrie Adulte.

E-mail: <catherine.bortolon@etu.univ-montp3.fr>.

Martha Wallig Brusius Ludwig

Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação da PUCRS, Professora da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). E-mail: <marthaludwig@hotmail.com>.

Elisabeth Meyer da Silva

Doutora em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: <to_bethmeyer@hotmail.com>.

Margareth da Silva Oliveira

Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Adjunta da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Coordenadora do Grupo de Pesquisa "Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva". E-mail: <marga@puhrs.br>.

RESUMO

Introdução: A Síndrome Metabólica (SM) caracteriza-se por um conjunto de fatores de risco cardiovascular, sendo a prática de atividade física (AF) uma das intervenções recomendadas. A prática da AF sofre influência das crenças de autoeficácia (AE). Nesse contexto, o presente estudo visou avaliar as crenças de AE em pacientes com SM e os fatores implicados. **Método:** Trata-se de um estudo transversal do qual participaram 62 homens e mulheres (30 a 59 anos) com diagnóstico de SM. Avaliou-se os níveis de sintomas psiquiátricos, estresse, autoeficácia para a AF, hábitos de saúde e fatores associados a SM. Foram realizados testes de comparação (t de Student, Mann Whitney ou Chi-quadrado). **Resultados:** Os resultados indicaram que a maioria dos participantes apresentou uma AE moderada para prática de AF. Os participantes com baixa AE e baixo nível de AF apresentaram níveis maiores de estresse e sintomas de depressão. O número de participantes que praticavam AF foi significativamente maior no grupo com alta AE em comparação ao grupo com baixa AE. **Conclusão:** Os presentes resultados reforçam a importância de avaliar o nível de AE de qualquer paciente submetido a tratamento e a importância de desenvolver intervenções voltadas para trabalhar fatores psicológicos. **Palavras-chave:** Autoeficácia, Atividade física, Síndrome Metabólica.

A Síndrome Metabólica (SM) é caracterizada por um conjunto de fatores de risco para doença cardiovascular incluindo a resistência à insulina, intolerância à glicose, presença de diabetes, obesidade abdominal, dislipidemia e hipertensão (Lakka et al., 2003). Atualmente, a SM é responsável por 11,7%

das mortes em países desenvolvidos e está fortemente associada ao estilo de vida que é caracterizado, principalmente, por uma má alimentação e sedentarismo (Dalacorte, 2008; Viana, 2002).

Com o objetivo de prevenir ou pelo menos retardar doenças cardiovasculares, bem como de re-

duzir os fatores que compõem a SM, a abordagem não medicamentosa indicada é a modificação do estilo de vida. Esta, por sua vez, preconiza a prática de atividade física e/ou exercício físico, a adesão a uma dieta saudável, o combate ao tabagismo e ao uso de álcool e ao estresse (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia., 2006).

Dentre as mudanças de estilo de vida, a prática de atividade física está fortemente associada à melhora na maioria dos componentes da SM. Já a inatividade física é considerada responsável por aproximadamente dois milhões de mortes no mundo por estar relacionada a um maior risco de desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial, resistência à insulina, diabetes, dislipidemia e obesidade (Eriksson, Taimela, & Koivisto, 1997; Ferraz & Machado, 2008).

A prática regular de atividades físicas e/ou de exercício físico tem sido recomendada para a prevenção de doenças relacionadas à SM, pois propicia o aumento da sensibilidade à insulina, diminui os níveis de triglicérides, aumenta os níveis de HDL-colesterol, possui um efeito benéfico na pressão arterial sistêmica, reduz a incidência de hipertensão em pessoas saudáveis e está relacionada à perda de peso e a diminuição do acúmulo de gordura visceral, condições também relacionadas à SM (Guimarães & Ciolac, 2004; Lakka et al., 2003).

Além de promover a redução dos critérios de SM, a prática de atividade física e/ou exercício físico traz benefícios tais como o efeito de relaxamento, maior estabilidade positiva no estado de humor, melhora nos sintomas de ansiedade e da depressão, propicia uma maior participação social do indivíduo, maior nível de bem-estar biopsicofísico, aumento da autoestima e manutenção da saúde mental (Cheik et al., 2003; Monteiro, 2001; Vieira, Rocha, & Porcu, 2008).

Mesmo diante dos benefícios que o exercício físico e/ou a atividade física possa trazer, a manutenção da prática regular de exercício físico tem se mostrado problemática (Zhao et al., 2009). No Brasil, uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2013 verificou que o excesso de peso atingiu cerca de 50,8% da população brasileira enquanto a obesidade atingiu 17,5%. Igualmente, o estudo mostrou que 49,4% da população é insuficientemente ativa, o que denota a necessidade de incrementar a adesão a hábitos saudáveis.

Neste contexto, a avaliação da AE, definida como o grau de confiança que uma pessoa tem na sua capacidade de enfrentar uma situação (Ban-

dura, 1977), tem demonstrando um importante papel na mudança de comportamentos de saúde, inclusive na adesão à prática regular de exercício físico (Luszczynka & Sutton, 2006; Woodgate & Brawley, 2008).

A AE foi inicialmente definida por Bandura (1977) como a crença do indivíduo em sua capacidade ou não de desempenho em determinados comportamentos necessários para a obtenção de um resultado esperado. Esta definição foi expandida e passou a se referir à crença do indivíduo em sua capacidade de controlar os eventos que podem influenciar sua vida (Bandura, 1989). As crenças de AE têm importante papel em diversos comportamentos, dentre eles a adesão a comportamentos saudáveis como a prática de exercício físico (Maddux, Brawley, & Boykin, 2005).

A AE não está ligada somente ao número de habilidades que a pessoa tem, mas sim ao que ela acredita que possa fazer com o que tem em várias circunstâncias. É considerada a convicção de que se pode executar com sucesso o comportamento requerido para se chegar a um resultado (Bandura, 1977). Conseqüentemente, as crenças de AE do indivíduo determinará se irá enfrentar determinada situação ou não. Mais especificamente, elas influenciam o curso das ações que são realizadas, quanto esforço será despendido para chegar aos objetivos, por quanto tempo irão perseverar diante dos obstáculos e fracassos, assim como influenciam a resiliência diante das adversidades e o nível de realização que alcançam. Além disso, as crenças de AE afetam os processos de pensamento, a motivação e as reações emocionais (Souza & Souza, 2004).

Um estudo realizado por Clark and Dodge (1999) avaliou a AE em pacientes mulheres com doença coronariana encontrando que a AE foi preditora de seguimento do tratamento para a doença que envolvia comportamentos tais como fazer exercício, manejo do estresse e seguir a dieta prescrita. Da mesma forma, Grembowski et al. (1993) também relataram que idosos com alta AE têm menor risco de saúde relacionado à prática de exercício, dieta, controle de peso, uso de álcool e tabaco, além de apresentarem melhor saúde física e mental.

Estudos mais recentes mostram que o aumento da atividade física é frequentemente acompanhado pelo aumento da autoeficácia para a atividade física o que pode influenciar positivamente outras dimensões da saúde, incluindo a qualidade de vida (Haworth, Young, & Thornton, 2009). Da

mesma maneira, intervenções que visam melhorar a autoeficácia para atividade física impactam positivamente no aumento da atividade física (Larson, Covey, Kapella, Alex, & McAuley, 2014), e ter uma boa AE para atividade física é importante para a manutenção da mesma (Higgins, Middleton, Winner, & Janelle, 2014). Estudos recentes com pacientes diabéticos tipo 2 mostraram o impacto de uma intervenção destinada a aumentar a atividade física no aumento da atividade física, o qual era mediado pelas crenças de AE (Dutton et al., 2009).

Não foram encontrados estudos brasileiros avaliando a autoeficácia em pacientes com Síndrome Metabólica. De fato, o conceito de autoeficácia relacionada aos hábitos de saúde como, por exemplo, atividade física e alimentação saudável, é ainda pouco explorado nas pesquisas brasileiras.

Em suma, o presente trabalho teve como objetivo avaliar as crenças de AE para regular a atividade física e, mais especificamente, comparar a quantidade de atividade física e frequência entre indivíduos com alta e baixa AE. Além disso, procurou investigar possíveis fatores implicados à autoeficácia e à prática de atividade física, principalmente fatores psicológicos como estresse, ansiedade e depressão.

MÉTODO

Delineamento:

Trata-se de um estudo transversal que faz parte de um projeto maior intitulado Programa de Mudança de Estilo de Vida e Risco Cardiovascular (MERC) desenvolvido na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Deste programa faz parte as Faculdade de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Participantes:

Os voluntários foram recrutados através de anúncios de jornais locais (mídia impressa) para participar de um programa de mudança de estilo de vida. Aqueles interessados que entraram em contato por telefone tiveram agendada a participação em uma reunião de triagem com a equipe de pesquisa. Neste momento, foram esclarecidos os objetivos, bem como os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Foram incluídos no estudo 62 homens e mulheres entre 30 e 59 anos de idade e com diagnóstico

de Síndrome Metabólica. Segundo a I Diretriz Brasileira para diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2005), esta acontece quando o indivíduo preenche pelo menos três dos seguintes fatores de risco: (a) circunferência abdominal (homens > 102 cm; mulheres > 88 cm); (b) triglicérides (≥ 150 mg/dL); (c) HDL colesterol (homens < 40 mg/dL; mulheres < 50 mg/dL); (d) pressão arterial (≥ 130 mmHg ou ≥ 85 mmHg); (e) glicemia de jejum (≥ 110 mg/dL).

Os critérios de não inclusão no estudo foram: (1) contraindicação absoluta para atividade física por problemas musculoesqueléticos, neurológicos, vasculares, pulmonares, cardíacos ou claudicação intermitente, avaliados por meio de um questionário elaborado pela equipe; (2) diagnóstico de transtorno psiquiátrico grave e/ou presença de prejuízo cognitivo significativo avaliado pela equipe através do Mini-Exame do Estado Mental; (3) falta de disponibilidade para participar do programa.

Aspectos Éticos:

O projeto Programa de Mudança de Estilo de Vida e Risco Cardiovascular (MERC) foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da PUCRS (CEP 10/05153). Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de sua inclusão na amostra.

Instrumentos:

Dados sociodemográficos:

Para avaliação inicial dos participantes, utilizou-se uma ficha de dados sociodemográficos, elaborada pela equipe da psicologia, com o objetivo de coletar informações tais como idade, sexo, escolaridade, estado civil, assim como questões complementares sobre a prática de atividade física, exercício físico e uso de medicação.

Atividade Física

Junto à ficha de dados sociodemográficos os participantes responderam questões específicas sobre a prática de atividade física como a frequência, a duração (em minutos) e o tipo de atividade física praticada.

Autoeficácia:

A fim de avaliar as crenças de AE para o exercício físico, utilizou-se a escala desenvolvida por Bandura (2005) que foi traduzida e validada

por Boff (2012). O instrumento contempla 18 situações, tais como “quando estou sobre pressão no trabalho”, as quais o indivíduo deve responder o quão confiante se sente em seguir uma rotina de exercício físico em cada uma das situações específicas. A escala mede a autoeficácia dentro de um intervalo de 0 a 100, sendo 0 “baixa autoeficácia” ou nada confiante, 50 “moderada autoeficácia” ou “moderadamente confiante” e 100 indicando “alta autoeficácia” ou “altamente confiante”.

Estresse:

Para avaliar o nível de estresse dos participantes, utilizou-se o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos-ISSL (Lipp, 2000). O inventário é composto de 53 itens que avaliam a presença ou não de sintomas de estresse, a fase de estresse em que o indivíduo se encontra (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão) e a sintomatologia predominante, se física, psicológica ou ambas.

Sintomas de Ansiedade e Depressão:

O *Adult Self-Report* (ASR) é uma escala do *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (Aseba) de fácil e rápida aplicação. É destinada especificamente a indivíduos de 18 a 59 anos. Esse instrumento de autorrelato visa avaliar aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico sendo constituído de 126 itens distintos (Achenbach, Dumenci, & Rescorla, 2003), que possibilitam estabelecer uma relação entre os resultados e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Estudos de evidências de validade do ASR para a realidade brasileira já foram realizados (Lucena-Santos, Moraes, & Oliveira, no prelo) com índices de consistência interna considerados satisfatórios. O instrumento é dividido em grandes áreas de avaliação, subdivididas em escalas, e existem pontos de corte específicos para cada escala avaliada, os quais classificam a pontuação obtida em faixa normal, limítrofe ou clínica. Este estudo considerou somente as escalas orientadas pelo DSM-IV, mais precisamente, as escalas que avaliam os sintomas de depressão e ansiedade.

Dados fisiológicos:

Os pacientes realizaram exames médicos para a coleta dos dados fisiológicos. A avaliação da presença ou não de hipertensão foi realizada pela equipe da fisioterapia através da verificação

da pressão arterial sistólica e diastólica de acordo com as recomendações da V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2005). Para o cálculo do Índice de Massa Corporal os participantes foram pesados com roupa e sem sapato pela equipe de nutricionistas utilizando uma Balança de Plataforma Mecânica. A altura foi verificada por meio do Antropômetro da Balança da Plataforma Mecânica. A medida da circunferência abdominal foi realizada com o uso de uma Fita métrica inelástica, pela equipe da nutrição.

Procedimentos de coleta:

Os dados fisiológicos e psicológicos foram coletados no Centro de Reabilitação da PUCRS, em Porto Alegre, por membros da equipe do projeto. Aos participantes que buscaram a pesquisa foi garantido sigilo e anonimato. A avaliação só foi realizada após compreensão dos objetivos e concordância em participar do projeto e somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Um membro da equipe acompanhava os participantes ao Laboratório do Centro Clínico do Hospital São Lucas da PUCRS para realização dos exames clínicos. Os exames ocorreram no turno da manhã e todos os participantes receberam orientações sobre os cuidados como uso de medicações e jejum. As demais avaliações foram marcadas por telefone o que permitiu que o participante comparecesse no Centro de Reabilitação da PUCRS no horário agendado.

Análise Estatística

Os dados foram computados e analisados no Programa Estatístico SPSS, versão 17.0. Para análise dos dados foram realizadas estatísticas descritivas, médias, desvios padrão, percentagens dos dados sociodemográficos e dos fatores da SM.

O teste *Kolmogorov-Smirnov* foi usado para analisar a distribuição das variáveis. Dependendo da distribuição teste *t* de *Student* ou teste *Mann Whitney* foram usados para comparar os dois grupos. Além disso, utilizou-se o teste *Chi-quadrado*. O nível de significância foi de $p < 0,05$. Os dados são apresentados em média \pm desvio padrão.

Resultados

Os dados sociodemográficos dos 62 voluntários avaliados são apresentados na Tabela 1. Os participantes tinham média de idade de 51.16 (DP = 6,49).

Tabela 1. Características Sociodemográficas dos participantes

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	40	64,1
Masculino	22	35,9
Escolaridade		
Ensino Fundamental	12	19,4
Ensino Médio	26	41,9
Ensino Superior	22	35,5
Mestrado	1	1,6
Outro	1	1,6
Estado Civil		
Solteiro	7	11,3
Casado	45	72,6
Viúvo	3	4,8
Divorciado	7	11,3

Na Tabela 2, é possível observar os dados fisiológicos dos exames laboratoriais, pressão arterial, IMC e circunferência abdominal.

Tabela 2. Dados fisiológicos dos participantes

Variável	M	DP
IMC	33,18	3,31
Circunferência Abdominal	110,51	9,12
HDL-Colesterol (mg/dL)	46,88	11,66
Triglicerídeos (mg/dL)	197,94	93,35
Glicose em Jejum (mg/dL)	105,37	31,02
Pressão arterial sistólica repouso	137,35	15,66
Pressão arterial diastólica repouso	88,98	11,06

IMC= Índice de Massa Corporal; HDL= *High Density Lipoproteins*

Na Tabela 3, é apresentada a descrição dos fatores de risco para doenças cardiovasculares que envolvem alimentação não saudável, como sedentarismo, estresse, uso de tabaco e consumo de álcool.

Tabela 3. Hábitos ligados a fatores de risco para doenças cardiovasculares

Variável	N	%
Está fazendo exercício físico?		
Sim	21	33,9
Não	41	66,1
Tem uma alimentação saudável?		
Sim	39	62,9

Não	23	37,1
Fuma?		
Sim	4	6,5
Não	58	93,5
Se sente estressado?		
Sim	34	54,8
Não	28	45,2

A média da AE para exercício físico foi de 61,34 (DP=20,76), sendo que o valor mínimo foi 5,5 e o máximo de 100. A Figura 1 mostra a percentagem de participantes.

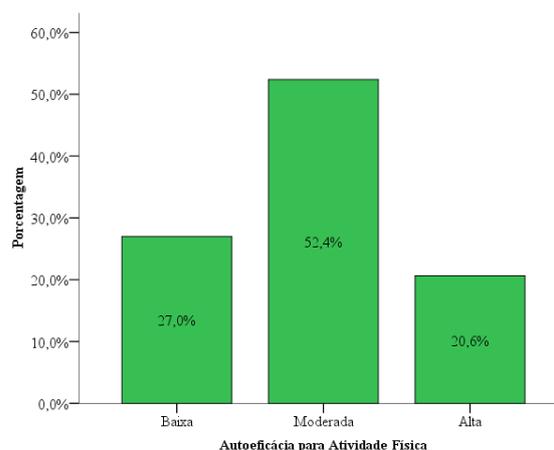


Figura 1. Percentagem de participantes segundo as crenças de Autoeficácia

Observa-se que para o exercício físico, 52,4% dos participantes apresentaram autoeficácia moderada. Uma percentagem menor de participantes exibiram autoeficácia baixa (27%) e alta (20,6%).

Os participantes foram divididos em dois grupos (alta AE vs. baixa AE) usando a mediana da escala de AE. Nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos foi encontrada com relação à idade ($p = 0,706$), sexo ($p = 0,336$), estado civil ($p = 0,585$) e escolaridade ($p = 0,63$). Da mesma forma, não houve diferença significativa entre os indivíduos que realizavam exercício físico e aqueles que não praticavam em relação ao IMC ($p = 0,738$), circunferência abdominal ($p = 0,920$), colesterol HDL ($p = 0,186$), triglicerídeos ($p = 0,912$), glicose em jejum ($p = 0,147$), pressão arterial sistólica ($p = 0,514$), e pressão arterial diastólica ($p = 0,295$). A Tabela 5 mostra a comparação entre participantes com alta AE e baixa em relação à prática de atividade física.

Tabela 5. Comparação entre participantes com alta e baixa AE em relação à prática de atividade física.

Variável	Baixa AE (31)		Alta AE (31)		Estatística
	M	SD	M	SD	
Frequência por semana	0,76	1,56	1,71	2,18	U = 391, p = 0,056
Tempo por semana (em minutos)	12,58	24,63	24,92	29,49	U = 394, p = 0,062

Notas: M = Média; SD = Desvio Padrão; AE= Autoeficácia

Os resultados mostraram que apesar dos participantes com alta AE praticarem mais frequentemente e por mais tempo atividade física por semana, não foram encontradas diferenças significativas. Os dados evidenciam apenas uma tendência em direção à significância.

A frequência de participantes que faziam atividade física ou que não faziam e que tinham baixa ou alta AE, como visto na Figura 2, também foi comparada. Os resultados mostraram diferenças significativas entre os dois grupos ($p = 0,043$). Enquanto 21,2% dos participantes com baixa AE faziam atividade física, 45,2% dos participantes com alta AE estavam no momento do estudo praticando atividade física.

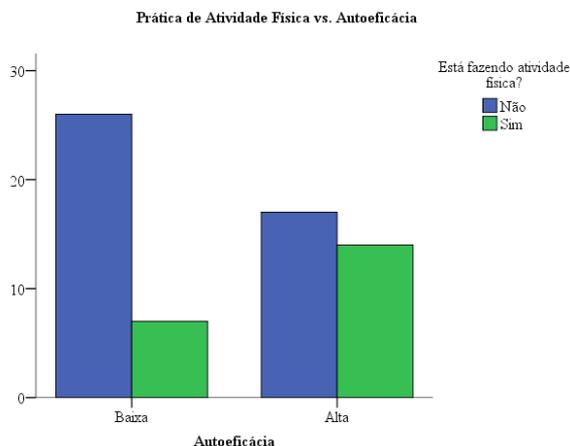


Figura 2. Percentagem de participantes praticando ou não atividade físico em relação ao nível de Autoeficácia

Com o objetivo de avaliar quais fatores psicológicos poderiam estar relacionados à AE, foram analisadas as diferenças entre os dois grupos em relação aos sintomas de depressão e ansiedade. Da mesma forma, verificou-se se haviam diferenças significativas na proporção de participantes com estresse que tinham baixa ou alta AE. Os resultados mostraram diferenças significativas entre os dois grupos no que tange aos sintomas de depressão ($t(61) = 2,699, p = 0,009$). Participantes com maior AE também apresentaram sintomas menos importantes de depressão ($M = 4,46, DP = 3,17$) em comparação ao outro grupo ($M = 6,78, DP = 3,6$). Nenhuma diferença foi encontrada em

relação aos sintomas de ansiedade. Os achados mostraram que os indivíduos com alta AE apresentaram menos estresse ($p = 0,026$) como pode ser visto na Figura 3.

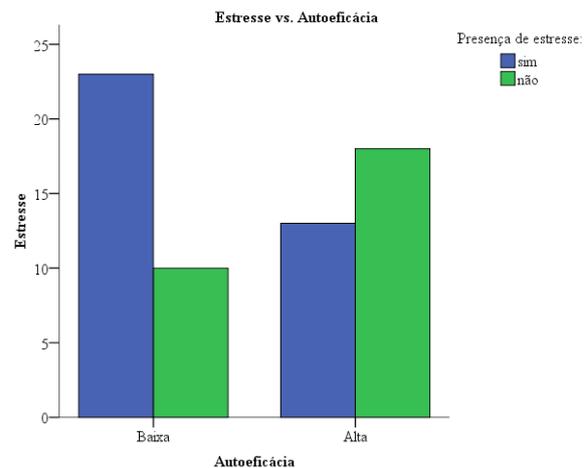


Figura 3. Percentagem de participantes com ou sem estresse em relação ao nível de Autoeficácia

Um padrão similar foi encontrado quando se comparou níveis de depressão, ansiedade e estresse entre os praticantes e os não praticantes de exercício físico. Praticantes de exercício físico apresentaram níveis menos importantes de depressão ($M = 4,28, DP = 3,14$) em comparação aos não praticantes ($M = 6,38, DP = 3,6; p = 0,027$). Nenhuma diferença foi encontrada em relação aos sintomas de ansiedade. Com relação à presença de estresse, os resultados demonstraram que uma proporção maior de participantes que não praticam atividade física (65,1%) estão estressados em comparação aos participantes que praticam (38,1%; $p = 0,042$).

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal do presente estudo foi avaliar as crenças de autoeficácia para atividade física, mais precisamente, a diferença na prática de atividade física entre os participantes com alta e baixa AE. Os objetivos específicos foram avaliar quais fatores, principalmente psicológicos, poderiam estar relacionados à prática de atividade física e à AE.

Nossos resultados mostraram que a maioria dos participantes (52,4%) incluídos no estudo apresentou uma AE moderada. Este resultado está de acordo com a teoria de Bandura (1997), segundo a qual o nível de AE está diretamente relacionado ao quanto esforço o indivíduo despende para aderir a determinados comportamentos como, por exemplo, praticar exercício físico. Para compreensão desse resultado, deve-se levar em conta que 32,8% dos participantes realizavam alguma atividade física e/ou exercício físico. Além disso, o presente resultado corrobora o estudo realizado por Cardoso (2006) que avaliou AE para comportamentos saudáveis, como dieta e prática de exercício físico, em pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes *mellitus*, com idade entre 40 e 60 anos. Para a prática de exercício, a autora encontrou média de 4,55 (DP=4,09), em um intervalo de 0 a 10, indicando nível de AE moderado, um pouco abaixo do índice médio.

Nossos achados também devem ser analisados considerando que os participantes incluídos nesse estudo estavam se preparando para começar um programa de tratamento para mudar hábitos de saúde, como realizar atividade física. O simples fato de ter em mente que em um futuro próximo eles começariam a prática de atividade física poderia, por si só, influenciar seus sentimentos de autoeficácia. Dos 62 participantes, 31 (52,4%) apresentaram AE moderada. O nível moderado de AE encontrado na avaliação do presente estudo está de acordo com os achados de Linde, Rothman, Baldwin and Jeffery (2006). Na avaliação inicial daquele estudo os participantes incluídos em um programa de intervenção para perda de peso apresentaram AE para o exercício físico de 22,33 (DP=8,58), dentro de um intervalo de 1 a 40, indicando AE moderada.

Nossos resultados também demonstraram que em comparação aos participantes com baixa AE, mais participantes com alta AE praticavam exercício físico, com maior frequência e por mais tempo por semana. Mesmo que nem todas as análises tenham apresentado uma diferença estatisticamente significativa, as médias revelaram uma prática superior de exercício físico nos participantes com alta AE. Esses achados estão de acordo com a Teoria Social Cognitiva que menciona que à medida que os indivíduos realizam determinada tarefa ou atividade, obtêm sucesso e o interpretam de tal forma, consequentemente

têm sua AE aumentada (Bandura, 2008). Além disso, indivíduos que não tiveram experiências pessoais com determinada tarefa ou atividade tendem a apresentar menor AE para tal. Outros estudos também encontraram essa concordância entre a prática de exercício físico e nível mais alto de AE (Cowan, Logue, Milo, Britton, & Smucker, 1997). Igualmente, Pinto et al. (2002) obtiveram resultados que apontam nesta direção ao comparar um grupo de mulheres que reportavam comportamentos não saudáveis, como não fazer dieta e nem realizar exercício físico com aquelas com comportamentos saudáveis tais como dieta com baixo teor de gordura e prática de exercício físico. Os autores encontraram que o grupo de mulheres saudáveis apresentava nível de AE maior para o exercício físico e dieta. Em um estudo com funcionários públicos e funcionários de um hospital, Marcus, Rakowski and Rossi (1992), encontraram que aqueles funcionários que ainda não haviam começado a se exercitar apresentavam menor confiança, ou seja, menor AE para o exercício físico, em comparação àqueles funcionários que já praticavam exercício físico. Outros estudos também reportaram AE mais alta em indivíduos com comportamentos saudáveis em contraste com aqueles com comportamentos não-saudáveis (Clark & Dodge, 1999; Marcus, Selby, Niaura, & Rossi, 1992).

Estudos mais recentes também têm demonstrado a importância das crenças de AE para a prática de atividade física e/ou exercício físico. Por exemplo, Mishali, Omer, and Heymann (2011) mostraram que a AE tem um importante papel na adesão à prática de atividade física para pessoas com diabetes. Outro estudo de Everett, Salamonsen, and Davidson (2009) mostrou que participantes com maior AE para o exercício físico também apresentaram melhor capacidade física, medida pelo Teste de caminhada de seis minutos. Além disso, Vanden Bosch, Robbins, and Anderson (2014) encontraram que uma alta AE está relacionada à maior prática de atividade física moderada à vigorosa em mulheres de idade média.

Os presentes resultados, juntamente com os dos demais estudos apresentados, mostraram que a AE tem grande participação na mudança de comportamento, mais especificamente na mudança de comportamentos relacionados à saúde e à adesão ao tratamento para doenças crônicas que incluem a mudança de estilo de vida. Os resultados obtidos neste estudo estão de acor-

do com a teoria de Bandura (1977), que relata a importância das experiências prévias no nível de AE dos indivíduos, além de outros fatores como o incentivo e observação do estado emocional. De acordo com o autor, a principal fonte de modificação da autoeficácia são as experiências prévias. Dessa forma, à medida que o indivíduo obtém sucesso na prática de exercício físico, maior será sua autoeficácia para tal comportamento.

Além disso, os resultados deste estudo mostram que a depressão e o nível de estresse podem ter um papel importante nas crenças de AE e na prática de exercício físico. Mais precisamente, os resultados mostraram que aqueles indivíduos com níveis de AE mais baixo apresentaram mais sintomas de depressão e se sentiam mais frequentemente estressados. Estudos anteriores também mostraram o envolvimento da depressão na prática de atividade física e nas crenças de AE. O estudo de Kramer, Helmes, Seelig, Fuchs, and Bengel (2014) mostrou que pacientes com depressão apresentavam déficit motivacional que influenciava nas intenções de fazer exercício físico e nas crenças de AE. Além disso, eles foram menos capazes de transformar as intenções de fazer exercício em ação. Da mesma maneira, Jefferis et al. (2014) mostraram que os participantes que aderiram às diretrizes para a prática de atividade física sofriam de menor depressão e tinham maior AE em comparação aos participantes que não aderiram. Com relação ao estresse, o estudo de Mailey and McAuley (2014) mostrou que o aumento da AE foi o único preditor da redução do estresse em mães trabalhadoras que participaram de uma intervenção baseada na Teoria da Cognição Social de Bandura. Em adultos obesos ou com sobrepeso, correlações significativas foram encontradas na qualidade de vida relacionada à prática de atividade física e estresse percebido indicando que quanto maior o estresse menor a qualidade de vida (Wang, Sereika, Styn, & Burke, 2013).

Dessa forma, esses resultados, junto com os do presente estudo, sugerem que a baixa AE, o estresse e os sintomas de depressão são fatores que podem estar relacionados no contexto da prática de atividade física. A depressão é caracterizada principalmente por sintomas de tristeza, falta de motivação, perda de prazer por atividades cotidianas, cansaço, sentimentos de desvalorização e crenças negativas em relação a si mesmo, incluindo crenças de baixa AE. Esse conjunto de sintomas e, em particular, os déficits de motivação podem

influenciar na redução da prática de atividade física (Kramer et al., 2014). O estresse, por sua vez, quando excessivo, pode ter consequências psicológicas importantes como cansaço mental, dificuldades de concentração, ansiedade e alterações do humor, além de estar associado às doenças decorrentes da baixa do sistema imunológico. Assim sendo, um indivíduo mais deprimido e/ou estressado terá, provavelmente, mais dificuldade de acreditar na sua capacidade e de efetivamente se engajar e manter uma prática regular de atividade física.

Embora o presente estudo não nos permita falar em termos de preditores da baixa atividade física ou da baixa AE, pode sugerir que esses fatores coexistem com outros problemas psicológicos indicando que estes se influenciam e, consequentemente, podem dificultar o engajamento na prática de atividade física. Dessa forma, estes resultados ressaltam a importância de desenvolver intervenções voltadas para trabalhar fatores psicológicos como, por exemplo, o gerenciamento do estresse quando se tem por objetivo ajudar os indivíduos a praticar mais atividade física.

Algumas limitações deste estudo devem ser mencionadas. Primeiro, o uso de somente uma amostra clínica sendo necessário um estudo que abrangesse outros tipos de participantes que não somente aqueles com SM. Segundo, o presente estudo usou apenas uma medida subjetiva e simples quanto à prática de atividade física/exercício físico, sendo necessária uma medida mais completa como o uso de um instrumento validado ou outra medida objetiva, como o teste de caminhada de seis minutos. Terceiro, avaliou-se principalmente a prática de exercício físico, mas não a prática de atividade física. Pode-se supor que alguns participantes não praticavam exercício físico regular, mas praticavam atividade física regularmente como, por exemplo, fazer compras, limpar a casa ou realizar pequenas caminhadas.

A partir dos dados discutidos acima, percebe-se a importância de avaliar o nível de AE de qualquer paciente submetido a um tratamento, visto que esta poderia prever melhor adesão. Observa-se, atualmente, uma mudança no estilo de vida na sociedade contemporânea caracterizada pelo aumento do sedentarismo, maior consumo de alimentos ricos em gordura e açúcar, além dos embutidos (Dalacorte, 2008; Viana, 2002) e consequentemente o avanço das doenças relacionadas ao risco cardiovascular. Diante disso, desenvolver

intervenções que visem o aumento dos comportamentos saudáveis e a manutenção dos mesmos torna-se necessária como forma de prevenção e tratamento. Dessa forma, desenvolver estratégias que visem o aumento da AE dos indivíduos se configura como uma das possibilidades para trabalhar a mudança de estilo de vida e, consequente, melhora no quadro das doenças assim como da SM. Sugere-se uma avaliação pós-tratamento com o objetivo de verificar se haverá aumento no nível de AE como observado em outros estudos (Bernier & Avard, 1986; Jeffery et al., 1984; Warziski, Sereika, Styn, Music, & Burke, 2008).

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2003). DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 32(3), 328-340. doi: 10.1207/S15374424JCCP3203_02
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *Am Psychol*, 44(9), 1175-1184.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2005). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*. (pp. 307-337): Information Age Publishing.
- Bandura, A. (2008). Social cognitive theory. . In W. Donsbach (Ed.), *International encyclopedia of communication*. (Vol. 10, pp. 4654-4659). Oxford, UK: Blackwell.
- Bernier, M., & Avard, J. (1986). Self-efficacy, outcome, and attrition in a weight-loss program. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 319-338.
- Boff, R. M. (2012). *Evidências Psicométricas das Escalas de Auto-Eficácia para Regular Hábito Alimentar e Auto-Eficácia para Regular Exercício Físico*. (Mestrado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Cardoso, C. M. (2006). *A influência da autoeficácia na adesão aos comportamentos de saúde*. (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.
- Cheik, N. C., Reis, I. T. H., R. A. G., Ventura, M. L., Tufik, S., Antunes, H. K. M., & Mello, M. T. (2003). Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Revista Brasileira de Ciências e Movimento*, 11, 45-52.
- Clark, N. M., & Dodge, J. A. (1999). Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health Educ Behav*, 26(1), 72-89.
- Cowan, R., Logue, E., Milo, L., Britton, P. J., & Smucker, W. (1997). Exercise Stage of change and self-efficacy in primary care: implications for intervention. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4(3).
- Dalacorte, R. R. (2008). *Síndrome metabólica e atividade física em idosos de uma comunidade do sul do Brasil*. (Doutorado em Medicina), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Dutton, G. R., Tan, F., Provost, B. C., Sorenson, J. L., Allen, B., & Smith, D. (2009). Relationship between self-efficacy and physical activity among patients with type 2 diabetes. *J Behav Med*, 32(3), 270-277. doi: 10.1007/s10865-009-9200-0
- Eriksson, J., Taimela, S., & Koivisto, V. A. (1997). Exercise and the metabolic syndrome. *Diabetologia*, 40(2), 125-135. doi: 10.1007/s001250050653
- Everett, B., Salamonsen, Y., & Davidson, P. M. (2009). Bandura's exercise self-efficacy scale: validation in an Australian cardiac rehabilitation setting. *Int J Nurs Stud*, 46(6), 824-829. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.01.016
- Ferraz, A. S. M., & Machado, A. A. N. (2008). Atividade física e doenças crônico-degenerativas. *Revista Diversa*, 1, 25-35.
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E., & Hecht, J. (1993). Self-efficacy and health behavior among older adults. *J Health Soc Behav*, 34(2), 89-104.
- Guimarães, G. V., & Ciolac, E. G. (2004). Síndrome Metabólica: abordagem do educador físico. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*, 14(4).
- Haworth, J., Young, C., & Thornton, E. (2009). The effects of an 'exercise and education' programme on exercise self-efficacy and levels of independent activity in adults with acquired neurological pathologies: an exploratory, randomized study. *Clin Rehabil*, 23(4), 371-383. doi: 10.1177/0269215508101728
- Higgins, T. J., Middleton, K. R., Winner, L., & Janelle, C. M. (2014). Physical activity interventions differentially affect exercise task and barrier self-efficacy: a meta-analysis. *Health Psychol*, 33(8), 891-903. doi: 10.1037/a0033864

- Jefferis, B. J., Sartini, C., Lee, I. M., Choi, M., Amuzu, A., Gutierrez, C., . . . Whincup, P. H. (2014). Adherence to physical activity guidelines in older adults, using objectively measured physical activity in a population-based study. *BMC Public Health*, *14*, 382. doi: 10.1186/1471-2458-14-382
- Jeffery, R. W., Bjornson-Benson, W. M., Rosenthal, B. S., Lindquist, R. A., Kurth, C. L., & Johnson, S. L. (1984). Correlates of weight loss and its maintenance over two years of follow-up among middle-aged men. *Prev Med*, *13*(2), 155-168.
- Kramer, L. V., Helmes, A. W., Seelig, H., Fuchs, R., & Bengel, J. (2014). Correlates of reduced exercise behaviour in depression: the role of motivational and volitional deficits. *Psychol Health*, *29*(10), 1206-1225. doi: 10.1080/08870446.2014.918978
- Lakka, T. A., Laaksonen, D. E., Lakka, H. M., Mannikko, N., Niskanen, L. K., Rauramaa, R., & Salonen, J. T. (2003). Sedentary lifestyle, poor cardiorespiratory fitness, and the metabolic syndrome. *Med Sci Sports Exerc*, *35*(8), 1279-1286. doi: 10.1249/01.MSS.0000079076.74931.9A
- Larson, J. L., Covey, M. K., Kapella, M. C., Alex, C. G., & McAuley, E. (2014). Self-efficacy enhancing intervention increases light physical activity in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, *9*, 1081-1090. doi: 10.2147/COPD.S66846
- Linde, J. A., Rothman, A. J., Baldwin, A. S., & Jeffery, R. W. (2006). The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. *Health Psychol*, *25*(3), 282-291. doi: 10.1037/0278-6133.25.3.282
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Luszczynka, A., & Sutton, S. (2006). Physical activity after cardiac rehabilitation: evidence that different types of self-efficacy are important in maintainers and relapsers. *Rehabilitation Psychology*, *51*(4), 314-321.
- Maddux, J. E., Brawley, L., & Boykin, A. (2005). Self-efficacy and Health Behavior: Prevention, Promotion and Detection. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, Adaptation and Adjustment: theory, research and application*. New York: Plenum Press.
- Mailey, E. L., & McAuley, E. (2014). Physical activity intervention effects on perceived stress in working mothers: the role of self-efficacy. *Women Health*, *54*(6), 552-568. doi: 10.1080/03630242.2014.899542
- Marcus, B. H., Rakowski, W., & Rossi, J. S. (1992). Assessing motivational readiness and decision making for exercise. *Health Psychol*, *11*(4), 257-261.
- Marcus, B. H., Selby, V. C., Niaura, R. S., & Rossi, J. S. (1992). Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Res Q Exerc Sport*, *63*(1), 60-66. doi: 10.1080/02701367.1992.10607557
- Mishali, M., Omer, H., & Heymann, A. D. (2011). The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. *Fam Pract*, *28*(1), 82-87. doi: 10.1093/fampra/cm086
- Monteiro, C. S. (2001). *A influencia da nutrição, da atividade física e do bem-estar em idosos*. (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Pinto, B. M., Maruyama, N. C., Clark, M. M., Cruess, D. G., Park, E., & Roberts, M. (2002). Motivation to modify lifestyle risk behaviors in women treated for breast cancer. *Mayo Clin Proc*, *77*(2), 122-129. doi: 10.4065/77.2.122
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2005). I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (Vol. 84).
- Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. (2006). Síndrome Metabólica: Tratamento Não Farmacológico para Redução de Risco Cardiovascular. Brasil: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.
- Souza, I., & Souza, M. A. (2004). Validação da Escala de Autoeficácia Geral Percebida. *Revista Universidade Rural, Série Ciências Humanas*, *26*(1-2), 12-17.
- Vanden Bosch, M. L., Robbins, L. B., & Anderson, K. (2014). Correlates of Physical Activity in Middle-Aged Women With and Without Diabetes. *West J Nurs Res*. doi: 10.1177/0193945914541333
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, *4*(20), 611-624.
- Vieira, J. L. L., Rocha, P. G. M., & Porcu, M. (2008). Influência do exercício físico no humor e na depressão clínica em mulheres. *Motriz*, *14*(2), 179-186.
- Wang, J., Sereika, S. M., Styn, M. A., & Burke, L. E. (2013). Factors associated with health-related quality of life among overweight or obese adults. *J Clin Nurs*, *22*(15-16), 2172-2182. doi: 10.1111/jocn.12280
- Warziski, M. T., Sereika, S. M., Styn, M. A., Music, E., & Burke, L. E. (2008). Changes in self-efficacy and dietary adherence: the impact on weight loss in the PREFER study. *J Behav Med*, *31*(1), 81-92. doi: 10.1007/s10865-007-9135-2

Woodgate, J., & Brawley, L. R. (2008). Self-efficacy for exercise in cardiac rehabilitation: review and recommendations. *J Health Psychol*, 13(3), 366-387. doi: 10.1177/1359105307088141

Zhao, G., Ford, E. S., Dhingra, S., Li, C., Strine, T. W., & Mokdad, A. H. (2009). Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. *Int J Obes (Lond)*, 33(2), 257-266. doi: 10.1038/ijo.2008.268.

Physical Activity Self-Efficacy in Patients with Metabolic Syndrome

ABSTRACT

Introduction: Metabolic syndrome (SM) is characterized by a set of risk factors for cardiovascular disease, and the practice of physical activity (PA) is one of the recommended interventions. The practice of PA is under direct influence of the self-efficacy beliefs (SE). Therefore, the present study aims to investigate the SE in patients with SM and the implicated factors. **Method:** This cross-sectional study enrolled 62 men and women (30 to 59 years), who were diagnosed with MS. The participants were evaluated in terms of levels of psychiatric symptoms and stress, SE for PA, healthy habits and MS associated factors. Comparison (Student t-test, Mann Whitney or Chi-square) analyses were performed. **Results:** Results showed that most of the participants present a moderate PA SE, which seems to be related to the levels of stress and symptoms of depression. The number of participants practicing PA in the group Higher SE was bigger than those of the group Lower SE. **Conclusions:** The present results highlight the important of evaluating SE in participants before any intervention aiming at changing healthy habits and the important of developing interventions targeting psychological aspects. **Keywords:** Self-Efficacy, Physical Exercise, Metabolic Syndrome.

Recebido em: 28/11/2014

Avaliado em: 15/12/2014

Correções em: 02/02/2015

Aprovado em: 15/05/2015

Editor: Vinícius Renato Thomé Ferreira