

# A Teoria da Auto-Eficácia na Saúde<sup>1</sup>

Angela Maria Monteiro da Silva  
Universidade Gama Filho

## Resumo

Os determinantes psicossociais do funcionamento biológico e do status da saúde operam, em parte, através do exercício da influência pessoal. A auto-eficácia percebida (AE) tem sido considerada um mecanismo de influência pessoal relevante, ligando fatores psicossociais ao status da saúde. O presente artigo, após descrever sucintamente a teoria da AE, examina a influência da AE em comportamentos e índices de saúde. Em geral, os estudos aqui revistos indicam que os mecanismos de auto-eficácia medeiam o impacto de fatores psicossociais nos sistemas biológicos e nos comportamentos que previnem ou diminuem condições patogênicas. Assim, a auto-eficácia tem se mostrado um conceito teórico relevante e tem sido adotado por diversos modelos cognitivo-sociais na área da psicologia da saúde. No entanto, a AE não explica uma porção significativa da variância dos comportamentos e índices de saúde. Outras variáveis, tais como a suscetibilidade percebida, a pressão e o suporte social das pessoas que são importantes para o indivíduo, devem ser levadas em consideração. A baixa associação entre variáveis de AE e índices de saúde pode refletir problemas na medida da AE, possivelmente ligados ao otimismo funcional e à desejabilidade social.

**Palavras-chave:** auto-eficácia; comportamento de saúde; modelos de cognição social.

## Self-Efficacy Theory and Health

### Abstract

Psychosocial determinants of the biological functioning and health status operate, in part, through the exercise of personal influence. Perceived self-efficacy has been considered a relevant mechanism of personal influence, linking psychosocial conditions to health functioning. The present paper, after describing the self-efficacy theory, has examined self-efficacy influence on health behaviors and indexes. Most studies reviewed here indicate that self-efficacy mechanisms mediate the impact of psychosocial factors on biological systems and on health behaviors that prevent or reduce pathogenic conditions. Self-efficacy, therefore, has been shown to be an important construct, which has been adopted by various social cognition models in the area of health psychology. However, self-efficacy cannot explain a significant proportion of the variation in health behaviors and indexes. Other variables, such as perceived susceptibility, social pressure and support, should be taken into consideration. Weak associations between self-efficacy variables and health indexes may be a consequence of measurement problems. Such problems may be linked to functional optimism and social desirability.

**Key words:** self-efficacy; health behavior; social cognition models.

A fim de prevenir e controlar a doença, as pessoas podem exercer controle sobre os seus comportamentos de saúde e as condições ambientais

que afetam o seu bem estar. Por exemplo, elas podem parar de fumar, passar a fazer exercícios físicos regularmente, manter uma boa higiene oral para

1. Trabalho apresentado na Mesa-redonda *A contribuição dos modelos psicossociais para a explicação e predição de comportamentos de saúde* na XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, Campinas – SP, outubro de 1999.

Endereço para correspondência: Mestrado em Psicologia, Universidade Gama Filho, Rua Manoel Vitorino nº 625 - CEP 20748-900 – Piedade, Rio de Janeiro - R.J. Fone /fax: (21)7109258. e-mail: amms@provide.psi.br

Agradecimentos ao Diretor do Instituto de Odontologia da Universidade Gama Filho, Prof. Dr. Mário João, ao Periodontista Prof. Rogério Galvão e aos Cirurgiões-Dentistas e Mestrandos em Psicologia Social Isabel C. Vasconcellos, Alexandre C. Bomfim, Mônica C. Hamond e Gislaíne A. Souza.

prevenir/controlar a doença periodontal e a cárie, usar preservativo para a profilaxia da infecção durante o coito e/ou da concepção, e enfrentar com eficiência os estressores para evitar os efeitos adversos do estresse na saúde.

A maneira como as pessoas lidam com as exigências do seu ambiente pode ter um impacto significativo nos sistemas biológicos que afetam as condições da saúde e o desenvolvimento de disfunções crônicas. Por exemplo, as pessoas que tendem a enfrentar o estresse através do aumento do uso de álcool e drogas estão em desvantagem em termos de saúde e bem estar.

Os determinantes psicossociais do funcionamento biológico e do status de saúde operam, em parte, através do exercício da influência pessoal, e a auto-eficácia (AE) é considerada um mecanismo relevante de influência pessoal (Bandura, 1991).

O conceito teórico de AE foi proposto por Albert Bandura em 1977. Apresentando a teoria da AE, Bandura (1977) clarifica que ela se baseia principalmente na suposição de que quaisquer tratamentos ou procedimentos psicológicos são um meio de criar e fortalecer expectativas de eficácia pessoal.

Segundo Bandura (1986), a eficácia de uma pessoa em lidar com o ambiente não é simplesmente uma questão de saber o que fazer. Também não é um ato fixo que a pessoa tem ou não tem no seu repertório comportamental. Ela abrange mais do que uma construção lingüística de eficácia em termos de uma coleção de palavras ou um grupo de sentenças fixas num repertório verbal. Ao invés, a eficácia é mais complexa e envolve uma capacidade generativa na qual habilidades comportamentais, sociais e cognitivas devem ser organizadas em cursos de ação integrados para servir a inúmeros propósitos (Bandura, 1986). Geralmente, o sucesso só é alcançado após a produção e a testagem de formas de comportamento e estratégias alternativas, o que requer esforço e perseverança.

Há uma grande diferença entre possuir determinadas habilidades e ser capaz de usá-las efetiva e consistentemente sob condições adversas.

A AE pode ser definida como a crença do indivíduo de que ele pode desempenhar um comporta-

mento específico ou um conjunto de comportamentos necessários para produzir um determinado resultado. Esta definição da AE refere-se a julgamentos pessoais de capacidades de performance em um domínio específico de atividade.

O conceito de AE tem sido aplicado em diversas áreas tais como: realização acadêmica, transtornos emocionais, saúde física e mental, escolha da carreira e mudança sócio-política (Schwarzer e Fuchs, 1996). A expansão da teoria aos mais diversos níveis da ação humana levou à flexibilização do conceito. Conseqüentemente, a AE também passou a ser considerada um traço generalizado que reflete um fator de recurso pessoal para enfrentar um grande conjunto de indutores do estresse. Todavia, a especificidade mais tradicional e o emprego de medidas específicas são preferíveis em estudos de intervenção para a mudança comportamental.

O presente artigo, após descrever sucintamente a teoria da AE, examina a influência da AE em comportamentos e índices de saúde.

## O modelo da AE

Bandura (1977) desenvolveu a teoria da AE como um modelo de expectativa de domínio e mudança comportamentais. A teoria distingue três tipos de expectativa:

1. expectativas de resultados advindos das circunstâncias ambientais, em que as conseqüências são percebidas como decorrentes de eventos ambientais sem influência da ação pessoal;
2. expectativas de resultados ligados às ações, em que os resultados são derivados da ação pessoal;
3. expectativas de AE, que se referem às crenças das pessoas quanto às suas capacidades para executar um comportamento específico necessário para a obtenção de um resultado desejado.

As expectativas de resultados advindos das circunstâncias ambientais refletem a crença de que o mundo muda sem o engajamento e o esforço do próprio indivíduo. Pessoas com este tipo de expectativa tendem a permanecer passivas, esperando as coisas

acontecerem. Podem também empregar defesas tais como ilusões acerca do futuro, que lhes ajudam a lidar com ameaças antecipadas (Schwarzer e Fuchs, 1996). Por exemplo, quando as pessoas antecipam uma doença, elas podem distorcer a probabilidade da sua ocorrência através de uma comparação social distorcida: “Eu sou mais resistente à doença do que os outros”. Ao contrário, as expectativas de resultados ligados às ações pessoais e às expectativas de AE incluem a opção para mudar o mundo e para lidar diretamente com as ameaças através de ações preventivas.

É difícil diferenciar as expectativas de resultado de ação daquelas de AE. Há considerável desacordo sobre o que constitui um resultado, o que torna complicado comparar expectativas de resultado em diversos estudos (Manning e Wright, 1983). Outra fonte de dificuldade na diferenciação de expectativas de resultado de ação pessoal e de AE encontra-se no potencial para confundir os dois tipos de expectativas. Teasdale (1978) critica Bandura por diferenciar as expectativas de resultado de ação pessoal e AE em algumas definições e por, às vezes, incorporar as expectativas de resultado de ação pessoal em outras definições de expectativas de AE. Segundo Schwarzer e Fuchs (1996), é difícil distinguir as duas empiricamente, porque a AE não opera sem a expectativa de resultado de ação pessoal. A AE implicitamente inclui algum grau de expectativa de resultado de ação pessoal, porque as pessoas acreditam que podem executar as respostas necessárias para chegar aos objetivos ou resultados almejados.

Bandura (1978) também assume que um certo nível de incentivo ou valor é um pré-requisito indispensável para a AE:

“As pessoas podem possuir as habilidades apropriadas e um forte senso de eficácia de que podem executá-las sem dificuldade, mas decidir não desempenhar as atividades porque não têm incentivo para fazê-lo. A auto-eficácia não entra em ação a menos que haja uma razão para desempenhar um comportamento” (p.250).

Adotar comportamentos que promovem a saúde ou abster-se de comportamentos prejudiciais à saúde não é coisa fácil. A maioria das pessoas tem dificuldade em decidir mudar e, mais tarde, em manter as mudanças adotadas quando enfrentam circunstâncias adversas. Segundo Schwarzer e Fuchs (1996), a probabilidade de que as pessoas adotarão um comportamento de saúde positivo (por ex., seguir uma dieta de baixa caloria) ou acabarão com um hábito prejudicial (por ex., parar de fumar) depende de três conjuntos de cognições:

1. a expectativa de que se incorre em risco de saúde “o meu risco de vir a sofrer de câncer de pulmão decorrente do fumo é acima da média”;
2. a expectativa de que a mudança comportamental reduziria a ameaça “eu reduziria o meu risco de sofrer de câncer de pulmão, se eu parasse de fumar”;
3. a expectativa de que se é capaz de adotar um comportamento positivo ou evitar um hábito nocivo “eu sou capaz de parar de fumar para sempre”.

No processo de adoção de um comportamento desejado, as pessoas primeiro formam uma intenção e depois buscam executar a ação. As expectativas de resultado são consideradas importantes na formação de intenções, mas, presume-se que tenham menos importância no controle da ação. Por outro lado, a AE parece ser crucial nos dois estágios de auto-regulação do comportamento (Schwarzer e Fuchs, 1996). As expectativas de resultado encorajam a decisão de mudar o comportamento. Depois deste ponto, as expectativas de resultado podem se tornar dispensáveis, aparecendo um novo problema que diz respeito à performance real do comportamento e à sua manutenção. Neste estágio, a AE continua a ter uma influência importante.

No contexto de comportamentos prejudiciais à saúde, a AE representa a crença de que a pessoa pode mudar o comportamento nocivo através da ação pessoal. Por exemplo, empregando as suas habilidades para resistir à tentação. A mudança comportamental depende da capacidade percebida da pessoa para lidar com o estresse e o tédio, e para mobilizar os seus recursos para tomar o curso de ação necessário para

fazer frente às exigências da situação. Em suma, as crenças de eficácia afetam a intenção para mudar o comportamento de risco, a quantidade de esforço despendido para se atingir este objetivo e a persistência para chegar ao objetivo final e manter a mudança a despeito de barreiras e fracassos que podem diminuir a motivação.

A teoria da AE postula que:

1. a AE de um comportamento que afeta a saúde predirá o status da saúde futura, uma vez que o indivíduo acredita que o resultado do comportamento será a melhora na saúde e que um melhor status de saúde seja uma meta valorizada;
2. a AE pode ser mudada;
3. a AE aumentada será associada com um melhor status de saúde na área afetada pelo comportamento em questão. Atividades ou técnicas específicas podem ser planejadas a fim de facilitar ou melhorar a performance do comportamento relevante e, portanto, aumentar AE de executar tal comportamento (Lorig e cols., 1989).

Segundo Bandura (1977), as crenças de AE podem ser alteradas através de quatro maneiras principais: experiências diretas de domínio, modelação, persuasão social e *feedback* fisiológico.

Como envolvem a ação direta, as experiências de domínio parecem ser a fonte mais importante de informação acerca da eficácia. As experiências de sucesso aumentam as expectativas de domínio. A AE é melhor desenvolvida através de uma seqüência de sub-objetivos de dificuldade gradualmente crescente, que são adequados para expandir a competência em uma determinada área (por exemplo, superar uma fobia ou melhorar o rendimento acadêmico). A obtenção de sub-objetivos provê indicativos de domínio que aumentam a AE durante o percurso até que o objetivo final seja alcançado. Os fracassos, ao contrário, podem debilitar o sentido de auto-eficácia, especialmente quando ocorrem cedo na seqüência de eventos (Bandura, 1977). Todavia, os fracassos ocasionais, que são mais tarde superados através do esforço, podem fortalecer a persistência auto motivada, quando a pessoa descobre, através da experiência, que mesmo os obstáculos mais difíceis podem

ser superados pelo esforço continuado. Em suma, os efeitos do fracasso na AE dependem, em parte, da ocasião e do padrão total de experiências em que os fracassos ocorrem.

Muitas expectativas de AE nascem da experiência vicária. Se o indivíduo observa outras pessoas terem sucesso através do esforço continuado, as crenças desse indivíduo, a respeito das suas próprias capacidades, se fortalecem. Observar as falhas de outras pessoas lidando com problemas similares pode despertar no observador dúvidas sobre a sua própria habilidade para lidar com tarefas semelhantes. A informação derivada da influência vicária pode alterar a auto-eficácia através de outras maneiras além da comparação social (Bandura, 1991). Modelos competentes podem ensinar habilidades e estratégias efetivas para lidar com situações complexas. Além do mais, a modelação pode fornecer informação sobre a natureza das tarefas e das dificuldades que elas apresentam, clarificando os critérios sociais através dos quais a capacidade pessoal é julgada e a natureza das exigências da tarefa (Bandura, 1991). A experiência vicária é uma fonte que envolve menos informação direta sobre as capacidades de um indivíduo do que a evidência advinda diretamente da sua performance pessoal bem sucedida. Assim, as expectativas de eficácia induzidas apenas através da modelação tendem a ser mais fracas e mais suscetíveis à mudança do que aquelas geradas pela experiências de domínio (Bandura, 1977).

A persuasão social também pode ser usada na tentativa de convencer as pessoas de que elas possuem as capacidades para alcançar o que elas procuram. As expectativas de eficácia assim induzidas também tendem a ser mais fracas do que aquelas que nascem da experiência pessoal direta e bem sucedida. Embora a persuasão social tenda a apresentar indiscutíveis limitações quando usada isoladamente para induzir um senso duradouro de AE, ela pode contribuir para o sucesso quando aliada à correção do desempenho (Bandura, 1977). Em outras palavras, aqueles que são socialmente persuadidos de que possuem capacidades para dominar situações difíceis e recebem uma ajuda provisória para a ação efetiva tendem a mobili-

zar um maior esforço do que aqueles que só recebem um auxílio para a performance. Entretanto, aumentar as expectativas de competência pessoal de alguém sem lhe prover condições que facilitem a sua performance efetiva provavelmente resulta em fracasso, provocando o descrédito dos que exerceram a persuasão e a redução da AE daquele que foi alvo da persuasão. Assim, é importante levar em consideração tanto os efeitos específicos da persuasão social, quanto os efeitos decorrentes da sua combinação com outras fontes de eficácia (Bandura, 1977).

As pessoas também se baseiam parcialmente em inferências ligadas ao seu estado fisiológico quando julgam as suas capacidades. A excitação autonômica, portanto, é uma outra fonte de informação que pode afetar a AE quando se lida com situações ameaçadoras. Por exemplo, quando uma pessoa avalia a sua própria ansiedade e vulnerabilidade ao estresse. Dado que uma excitação elevada geralmente prejudica a performance, as pessoas tendem mais a esperar o sucesso quando não estão sob forte ativação autonômica. A excitação autonômica e a tensão tendem a ser interpretadas como sinais de vulnerabilidade e disfunção. Em atividades envolvendo força e resistência físicas, as pessoas interpretam a sua fadiga, falta de fôlego e dores como indicativos de ineficácia física. Uma intervenção para influenciar as crenças de AE, com base nas informações dos estados fisiológicos, inclui fornecer às pessoas habilidades para reduzir as reações fisiológicas aversivas e para alterar as interpretações da informação somática.

A teoria apresentada por Bandura (1977) postula um processador central da informação relativa à eficácia. Desta maneira, as pessoas processam, pesam e integram diversas fontes de informação relativas à sua capacidade e, então, com base nesse processo, regulam o comportamento escolhido e o esforço a ser despendido. No entanto, há que se considerar a evidência de que as pessoas podem desenvolver diferentes expectativas de eficácia quando expostas a semelhantes experiências diretas como, por exemplo, de domínio e extinção de ansiedade. Uma possível explicação para essa variância

envolve diferenças no processamento cognitivo da informação de eficácia. Uma vez que as pessoas diferem na maneira pela qual elas apreendem cognitivamente os seus decréscimos de excitação autonômica e as suas realizações comportamentais, as suas percepções de auto-eficácia devem também variar (Bandura, 1977). Uma outra explicação possível se refere à múltipla determinação da eficácia. Dado que as pessoas têm tido diferentes tipos e quantidades de experiências capazes de alterar a AE, quando se provê uma nova fonte de informação de eficácia não se pode esperar que ela afete a todos da mesma maneira (Bandura, 1991). Por exemplo, a extinção da excitação autonômica associada a eventos ameaçadores aumenta mais a auto-eficácia daqueles indivíduos que ocasionalmente experimentaram o enfrentamento (*coping*) bem sucedido no passado do que daqueles que consistentemente vivenciaram o fracasso.

O processamento cognitivo da informação de eficácia envolve duas funções principais. A primeira se refere aos tipos de informação que o indivíduo costuma relevar e usar como indicativos da sua eficácia. Cada uma das quatro fontes de informação tem seus próprios indicadores de eficácia. A segunda envolve as regras que o indivíduo usa para pesar e integrar as informações provenientes das diversas fontes para produzir o seu julgamento de auto-eficácia. O peso dado às novas experiências depende da natureza e da força de auto concepções pré-existentes, às quais a nova informação deve ser integrada (Bandura, 1991).

Mais importante do que as fontes de AE em si é a seleção, integração, interpretação e devolução da informação proveniente dessas fontes (Bandura, 1995).

Com frequência a AE varia substancialmente em diferentes domínios de funcionamento. DiClement (1986), por exemplo, demonstrou que a AE para controlar o comer em excesso se correlacionava fracamente com a AE para controlar o comportamento de fumar. Conseqüentemente, a AE parece apresentar maior poder de predição quando medida como um estado específico e não um traço generalizado (Monteiro da Silva, 1999). Um indivíduo com artrite pode ter uma elevada AE para usar correta-

mente as medicações, mas apresentar uma baixa AE para usar o relaxamento a fim de aliviar a dor (Lorig, Chastain, Ung, Shoor e Holman, 1989). Portanto, o papel da AE no comportamento relacionado à saúde parece ser melhor elucidado por medidas de eficácia voltadas para domínios específicos do funcionamento da saúde (Bandura, 1991).

Após a apresentação do modelo da AE, segue abaixo uma revisão da pesquisa sobre a influência da AE em comportamentos e índices de saúde.

### Estudos sobre a influência da AE em comportamentos e índices de saúde

Vários estudos sobre a adoção de práticas de saúde têm medido a AE para avaliar a sua possível influência na mudança comportamental. Por exemplo, Beck e Lund (1981) submeteram pacientes dentais a uma comunicação persuasiva a fim de alterar suas crenças sobre a doença periodontal. A severidade percebida da doença e a expectativa de resultado não foram preditores significativos do comportamento adotado, quando a AE foi controlada. A AE foi o melhor preditor da intenção de usar o fio dental ( $r=0,69$ ) e da frequência do uso do fio dental ( $r=0,44$ ).

Ainda na área da saúde oral, um estudo por Tedesco, Keffer e Fleck-Kandath (1991) indicou que variáveis de AE para aderir a um regime de prevenção de doença periodontal foram preditores significativos do auto-relato da escovação e do uso do fio dental. Reisine e Litt (1993) demonstraram que as crianças cujos pais tinham um locus de controle dental mais externo e uma baixa AE apresentavam índices de cárie mais elevados. No entanto, um estudo por Tedesco, Keffer, Davis e Christersson (1993) indicou que a AE quando acrescentada às variáveis da teoria da ação racional explicou uma variância adicional significativa para as medidas de auto-relato de escovação de dentes e uso de fio dental, mas não acrescentou nada em termos da variância de índices clínicos da doença periodontal (acúmulo de placa dental e sangramento da gengiva). As variáveis da

teoria da ação racional e a AE, em conjunto, foram capazes de predizer até no máximo 11% da variância de acúmulo de placa e sangramento da gengiva, e no máximo 51% do comportamento de saúde oral auto-relatado.

Outra área da saúde em que a AE tem sido investigada é o fumo. Por exemplo, um estudo por Godding e Glasgow (1985) indicou que as crenças de AE para resistir à tentação de fumar predisseram a redução do número de cigarros consumidos ( $r=0,62$ ), a quantidade de fumo consumida ( $r=-0,43$ ) e o conteúdo de nicotina ( $r=-0,30$ ).

Quanto ao estresse, Bandura, Taylor, Williams, Mefford e Barchas (1985) testaram a hipótese de que a AE de enfrentamento é um mediador do efeito de eventos ambientais estressantes na secreção de catecolaminas. Diferentes níveis de AE foram induzidos em participantes fóbicos através da modelação. O nível de secreção de catecolaminas foi medido quando foram apresentados aos sujeitos tarefas de enfrentamento nas seguintes variações de auto-eficácia: baixa, média e elevada. A AE elevada foi acompanhada de baixos níveis de epinefrina e norepinefrina no plasma sanguíneo, durante a interação com um objeto fóbico. Na condição de AE moderada, os participantes apresentaram um aumento substancial de catecolaminas no plasma. As duas catecolaminas declinaram acentuadamente quando os fóbicos se recusaram a executar tarefas para as quais eles se julgavam completamente ineficazes. Depois que a AE foi elevada ao nível máximo através da modelação, todas as tarefas foram executadas sem qualquer diferença nos níveis das catecolaminas.

Wiedenfeld e cols. (1990) examinaram o impacto de diversos níveis da AE, relativa ao exercício de controle sobre estressores, em componentes do sistema imunológico. Mudanças imunológicas durante o enfrentamento de estressores fóbicos foram medidas usando-se um delineamento de controle intra-sujeitos que incluiu uma fase de linha de base, uma fase de aquisição de eficácia, e uma fase de eficácia máxima. Em cada uma destas fases a AE, o nível de ativação endócrina e autonômica, e vários componentes do sistema imunológico foram medi-

dos. O desenvolvimento de uma forte AE para controlar os estressores fóbicos provocou um aumento em alguns aspectos da resposta imunológica (um nível mais elevado de linfócitos e de função da célula T). Durante a fase de aquisição de eficácia, o desenvolvimento vagaroso da AE para controlar estressores fóbicos, a aceleração do batimento cardíaco e a ativação de cortisol diminuíram o *status* do sistema imunológico. Um rápido desenvolvimento da AE predisser a manutenção do aumento da resposta imunológica durante a fase de máxima AE. Segundo os autores, a evidência de uma rápida aquisição da AE de enfrentamento de estresse predizendo um aumento da resposta imunológica, depois que um forte senso de eficácia tinha sido instalado, parece indicar que um domínio vigoroso de estressores crônicos não apenas leva a um forte senso de eficácia, mas também produz mudanças duradouras que podem proteger contra efeitos imunológicos adversos de estressores psicológicos. A significância clínica dessas alterações no sistema imunológico que acompanham as mudanças na AE de enfrentamento de estressores deverá ser investigada por futuros estudos.

A restauração da AE física é um ingrediente essencial no processo de recuperação do infarto do miocárdio, quando o paciente permanece sem maiores complicações físicas. Ewart, Taylor, Reese, e Debusk (1983) demonstraram que o domínio progressivo na execução de exercício físico e o aconselhamento médico persuasivo fortaleceram as crenças dos pacientes nas suas capacidades físicas. Quanto mais forte a AE sobre as atividades físicas e cardíacas, mais ativos os pacientes se tornavam na sua vida diária. Ewart e cols. (1986) também mostraram que a AE física dos pacientes predisser significativamente a execução de exercícios físicos prescritos num programa, enquanto a capacidade física real dos pacientes não foi um bom preditor.

Um estudo conduzido por Taylor, Bandura, Ewart, Miller e DeBusk (1985) examinou algumas maneiras pelas quais o exercício físico poderia ser usado para fortalecer as percepções das esposas a respeito das capacidades de seus maridos, que haviam sofrido infarto do miocárdio. Várias semanas

após o ataque cardíaco, os pacientes começaram gradualmente a se exercitar fisicamente em três condições de envolvimento das esposas:

1. nenhum envolvimento nos exercícios físicos do marido;
2. observação do progresso do marido nos exercícios físicos ou;
3. observação da performance do marido enquanto executavam os mesmos exercícios físicos para obter informação direta sobre o esforço requerido.

Após os exercícios, um cardiologista informava os casais a respeito do funcionamento cardíaco do paciente e da sua capacidade para reassumir as atividades da vida diária. As esposas que não foram envolvidas ou foram meras observadoras não diminuíram significativamente as suas dúvidas sobre as capacidades cardíacas e físicas dos seus maridos. Mesmo um detalhado aconselhamento médico não produziu qualquer efeito na percepção da capacidade física do marido. No entanto, as esposas que tinham experimentado pessoalmente o esforço físico imposto aos seus maridos interpretaram o vigor dos maridos como um reflexo de uma notável capacidade cardíaca. A mudança quanto à AE cardíaca e física dos maridos levou as esposas a uma maior aceitação do aconselhamento médico.

Reese (1983) investigou o papel da AE na mediação da potência de analgésicos psicológicos. Os participantes receberam uma de três modalidades de tratamento para aliviar a dor causada durante o ato de colocar a mão em água gelada. Na modalidade cognitiva, as pessoas foram ensinadas a usar as seguintes técnicas cognitivas: desvio da atenção, imaginação agradável, instrução de autoenfrentamento e dissociação. Na modalidade motora, os participantes usaram o auto-relaxamento muscular para lidar com a dor. Na terceira modalidade, os participantes receberam um placebo apresentado como um analgésico medicinal. Cada uma destas modalidades aumentou a AE para enfrentar e aliviar a dor. Quanto mais elevada a AE, mais alto era o limiar e maior a tolerância da dor. A modalidade cognitiva mostrou-se mais efetiva do que o relaxa-

mento muscular, o qual, por sua vez, foi mais efetivo do que o placebo.

A suposição de que a AE facilita o manejo da dor também é apoiada por estudos da dor aguda e crônica no contexto clínico. Manning e Wright (1983) estudaram mulheres primíparas que foram ensinadas a usar exercícios de relaxamento e respiração durante o parto. Embora todas tivessem recebido o mesmo treinamento, elas diferiram quanto a sua AE para controlar a dor durante o parto. Quanto mais forte a sua AE ao lidar com a dor, mais tempo elas toleraram a dor sem pedir medicação durante o trabalho de parto, e menos medicação para a dor elas usaram.

Em um estudo conduzido por O'Leary, Shoor, Lorig e Holman (1988) pacientes com artrite reumatóide foram ensinados a usar auto-relaxamento, atenção refocalizadora, imaginação vívida e dissociação para diminuir a dor envolvida na execução das atividades diárias. Os pacientes também usaram aproximação gradual do objetivo para aumentar o seu nível de atividade física e auto-incentivos para motivar os seus esforços. Comparados com o grupo de controle, os pacientes que receberam o tratamento aumentaram a sua AE para:

1. reduzir a dor;
2. diminuir outros aspectos debilitantes da artrite;
3. executar atividades físicas potencialmente dolorosas. Os pacientes tratados também reduziram a sua dor e a inflamação nas suas juntas, apresentando-se menos afetados pela artrite.

Em suma, os estudos acima revistos indicam que, em geral, a AE prediz significativamente o comportamento e indicativos clínicos da saúde em diversas condições e circunstâncias.

## Conclusões

A AE tem se mostrado um conceito teórico importante, que tem sido adotado por outros modelos teóricos de cognição social. Por exemplo, Maddux e Rogers (1983) acrescentaram a AE como um determinante de intenções na sua teoria da motivação de proteção. Becker e Rosenstock (1987) introduziram-na em seu modelo de crenças em saúde. Na teoria do comportamento planejado (Ajzen, 1988) o controle comportamental, que é o mesmo que a AE, é esperado influenciar o comportamento através de intenções. Schwarzer (1992) desenvolveu um modelo teórico, "a abordagem do processo de ação na saúde", no qual enfatiza a importância da AE como um determinante tanto de intenções comportamentais quanto de auto-relatos do comportamento. Em suma, os modelos teóricos de cognição social para a adoção e manutenção de comportamentos de saúde têm incluído o construto de auto-eficácia, cuja evidência tem mostrado ser um fator relevante em diversos domínios da saúde.

Apesar da sua relevância, a AE não resolve todos os problemas, sejam eles relativos à predição de comportamento ou ligados à intervenção para a mudança comportamental na saúde. Embora se apresente, com frequência, um preditor significativo, a AE não explica uma parte significativa da variância dos comportamentos de saúde. Por exemplo, a susceptibilidade percebida, a pressão e o suporte sociais das pessoas que são importantes para o indivíduo geralmente têm um grande valor preditivo (Schwarzer e Leppin, 1991).

Outra questão diz respeito ao fato de muitas pessoas acreditarem que as suas ações produzirão resultados positivos e que elas são pessoalmente capazes de enfrentar as exigências das suas vidas (otimismo funcional). O otimismo funcional baseia-se tanto nas expectativas de resultado quanto nos recursos pessoais de enfrentamento, que incluem a AE.



Assim, algumas vezes, as pessoas podem superestimar a sua capacidade de executar uma tarefa ou comportamento e relatar um nível irreal de AE. Os dados de uma pesquisa recente que realizamos com 78 pacientes da clínica odontológica da Universidade Gama Filho indicaram que não houve uma correlação significativa da AE de execução das atividades de limpeza dental com o acúmulo de placa dental ( $\rho$  de Spearman=-0,12;  $p=0,27$ ); assim como da AE de auto-controle para executar essas atividades sob condições adversas (tais como muito cansaço ou falta de tempo) com o acúmulo de placa ( $\rho=0,058$ ;  $p=0,62$ ). A medida do índice de placa realizada pelo clínico não se correlacionou significativamente com a medida de AE. No entanto, os resultados deste estudo indicaram que a AE percebida de limpeza oral apresentou uma correlação direta significativa com a frequência auto-relatada de escovação e uso de fio dental,  $\rho=0,29$ ,  $p=0,01$ ;  $\rho=0,40$ ,  $p=0,0001$ , respectivamente. Estes dados sugerem que os comportamentos de escovar os dentes e usar fio dental estão mais próximos de auto cognições, tais como as variáveis de AE, do que o índice clínico de acúmulo de placa dental.

Outros dados também sugerem que as pessoas podem superestimar as suas capacidades. Por exemplo, um estudo de Haaga e Stewart (1992) indicou que os participantes que relataram uma elevada AE não se recuperaram tão bem de recaídas, após a suspensão do fumo, quanto os participantes que relataram uma moderada eficácia.

Dados como os acima relatados, que apontam uma baixa associação de variáveis de AE com índices e comportamentos de saúde, poderiam, então, indicar problemas na medida da AE. Tais problemas talvez reflitam uma dificuldade do paciente em estimar realisticamente o seu nível de AE. Por exemplo, os periodontistas relatam que muitas vezes os pacientes periodontais julgam que são competentes na execução das atividades de esco-

vação e uso de fio dental, mas apresentam elevado índice de placa dental. Como um elevado nível de higiene oral é crucial para o controle da doença, esses pacientes precisam de auxílio para perceber acuradamente o seu nível de eficácia de comportamento de higiene oral a fim de que se motivem, atinjam e mantenham um elevado padrão de limpeza oral. Por fim, o auto-relato de níveis elevados é irreais de AE em certos indivíduos pode ser uma consequência da desejabilidade social. Tais indivíduos distorceriam, inconscientemente, as suas respostas a fim de se apresentarem bem diante dos outros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. Milton Keynes: Open University Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1978). Reflections on self-efficacy. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1, 237-267.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health promoting behavior. Em J. Madden (org.), *Neurobiology of learning and affect* (pp. 229-269). New York: Raven.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. Em A. Bandura (org.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 1-45). Cambridge: University Press.
- Bandura, A.; Taylor, C. B.; Williams, S. L.; Mefford, I. N. e Barchas, J. D. (1985). Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 406-414.
- Beck, K. H. e Lund, A. K. (1981). The effects of health threat seriousness and personal efficacy upon intentions and behaviors. *Journal of Applied Social Psychology*, 11, 401-415.
- Becker, M. H. e Rosenstock, I. M. (1987). Comparing social learning theory and the health belief model. Em

- W. B. Ward (org.), *Advances in health education and promotion* (Vol.2, pp. 245-249). Greenwich: JAI.
- DiClement, C. C. (1986). Self-efficacy and the addictive behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology, 4*, 302-315.
- Ewart, C. K.; Stewart, K. J.; Gillilan, R. E.; Kelemen, M. H.; Valenti, S. A.; Manley, J. D. e Kalemén, M. D. (1986). Usefulness of self-efficacy in predicting overexertion during programmed exercise in coronary artery disease. *American Journal of Cardiology, 57*, 557-561.
- Ewart, C. K.; Taylor, C. B.; Reese, L. B. e DeBusk, R. F. (1983). Effects of early postmyocardial infarction exercise testing on self perceptions and subsequent physical activity. *American Journal of Cardiology, 51*, 1076-1080.
- Godding, P. R. e Glasgow, R. E. (1985). Self-efficacy and outcome expectations as predictors of controlled smoking status. *Cognitive Therapy and Research, 9*, 583-590.
- Haaga, D. A. F. e Stewart, B. L. (1992). Self-efficacy for recovery from a lapse after smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 24-28.
- Lorig, K.; Chastain, R. L.; Ung, E.; Shoor, S. e Holman, H. R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis and Rheumatism, 32*, 37-44.
- Maddux, J. E. e Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology, 19*, 469-479.
- Manning, M. M. e Wright, T. L. (1983). Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*, 421-431.
- Monteiro da Silva, A. M. (1998). Auto-eficácia e saúde. *Mente Social, 4* (2), 49-70.
- O'Leary, A.; Shoor, S.; Lorig, K. e Holman, H. R. (1988). A cognitive-behavioral treatment for rheumatoid arthritis. *Health Psychology, 7*, 527-544.
- Reese, L. (1983). Coping with pain: The role of perceived self-efficacy. Doctoral Dissertation, Stanford University, California.
- Reisine, S. e Litt, M. (1993). Social and psychological theories and their use for dental practice. *International Dental Journal, 43*, 279-287.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: Theoretical approaches and a new model. Em R. Schwarzer (org.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Schwarzer, R. e Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviours. Em M. Conner e P. Norman (orgs.), *Predicting health behaviour* (pp. 163-196). Buckingham, UK: Open University Press.
- Schwarzer, R. e Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships, 8*, 99-127.
- Taylor, C. B.; Bandura, A.; Ewart, C. K.; Miller, N. H. e DeBusk, R. F. (1985). Exercise testing to enhance wives' confidence in their husbands' cardiac capabilities soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology, 55*, 635-638.
- Teasdale, J. D. (1978). Toward a unifying theory of behavioural change. *Advances in Behaviour Research and Therapy 1*, 211-215.
- Tedesco, L. A.; Keffer, M. A.; Davis, E. L. e Christersson, L. A. (1993). Self-efficacy and reasoned action: predicting oral health status and behavior at one, three, and six month intervals. *Psychology and Health, 8*, 105-121.
- Tedesco, L. A.; Keffer, M. A. e Fleck-Kandath, C. (1991). Self-efficacy, reasoned action, and oral health behavior reports: a social cognitive approach to compliance. *Journal of Behavioral Medicine, 14*, 341-355.
- Wiedenfeld, S. A.; O'Leary, A.; Bandura, A.; Brown, S.; Levine, S. e Raska, K. (1990). Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 1082-1094.

Recebido em: 30/10/99

Aceito em: 20/11/00