

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGSI)

DAIANE NUNES DOS SANTOS

AUTOEFICÁCIA, CONSTRUTOS CORRELATOS E DEPRESSÃO EM
ADOLESCENTES

Self-efficacy, related constructs, and depression in adolescents

Fevereiro, 2020

São Cristóvão, SE

DAIANE NUNES DOS SANTOS

**AUTOEFICÁCIA, CONSTRUTOS CORRELATOS E DEPRESSÃO EM
ADOLESCENTES**

Self-efficacy, related constructs, and depression in adolescents

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS) como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. André Faro

Linha de Pesquisa: Saúde e Desenvolvimento Humano

Fevereiro, 2020

São Cristóvão, SE

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S237a Santos, Daiane Nunes dos
Autoeficácia, construtos correlatos e depressão em
adolescentes = Self-efficacy related constructs, and depression in
adolescents / Daiane Nunes dos Santos ; orientador André Faro. –
São Cristóvão, SE, 2020.
137 f. : il.

Dissertação (mestrado em Psicologia) – Universidade
Federal de Sergipe, 2020.

1. Psicologia do adolescente. 2. Depressão em adolescentes.
3. Psicologia clínica da saúde. I. Faro, André, orient. II. Título.

CDU 159.922.8:616.89-008.454

DAIANE NUNES DOS SANTOS

**AUTOEFICÁCIA, CONSTRUTOS CORRELATOS E DEPRESSÃO NA
ADOLESCÊNCIA**

Self-efficacy, related constructs and depression in adolescence

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS)
como requisito para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia.

Aprovada em ___/___/_____

Prof. Dr. André Faro
Universidade Federal de Sergipe/PPGPSI/UFS
Orientador/Presidente

Prof. Dr. Elder Cerqueira-Santos
Universidade Federal de Sergipe/PPGPSI/UFS
Membro Interno

Prof. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo
Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)
Membro Externo

*Aos meus pais,
pelo amor e suporte incondicionais.*

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente aos meus pais, Ena e Douriedes, por serem meus maiores exemplos de amor e dedicação. Obrigada por estarem presentes em minha vida em cada escolha e cada passo dado, mesmo com a distância geográfica. Agradeço por confiarem em mim e construir caminhos para que eu pudesse alcançar meus sonhos e objetivos.

Ao meu companheiro e amor de uma vida inteira, Itauan, pelo apoio incansável, pelas palavras de coragem e força nos momentos mais difíceis, por ser meu maior incentivador, por dividir os melhores dias dessa vida comigo.

À minha irmã, Deisi, que é minha melhor amiga e minha saudade diária. Obrigada por estar comigo nos momentos de devaneios e no mesmo instante me ajudar a ver a vida com tanta clareza. Obrigada por me fazer conhecer esse amor de tia, Maya é a minha maior preciosidade. Meus amores raros, sem vocês eu não teria ido a lugar algum. Amo vocês infinitamente!

Agradeço, especialmente, ao meu orientador Prof. Dr. André Faro, pela disponibilidade e oportunidades de crescimento profissional e acadêmico. Obrigada pela generosidade ao compartilhar conhecimentos e experiências enriquecedoras e pela excelência das orientações.

À Profa. Dra. Marley Rosana Melo de Araújo pela orientação no estágio em docência e outras parcerias e frutos colhidos nos últimos anos.

Às minhas parceiras acadêmicas, Brenda, Mari e Luanna, sem dúvida, compartilhar as vivências e os desafios do mestrado com vocês fez toda a diferença. . Obrigada pela troca afetiva e de conhecimento. Admiro-as imensamente pela competência e compromisso com a Psicologia. Sempre estarei torcendo e vibrando pelo sucesso de vocês.

Aos integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicologia da Saúde (GEPPS), em especial, à Millena e Laís que sempre estiveram disponíveis para me ajudar.

Agradeço, ainda, às instituições de ensino da rede pública e privada de Aracaju-SE e Irecê-BA que abriram as portas para realização desta pesquisa e possibilitaram a coleta de dados e aos alunos pela receptividade e colaboração.

Por fim, agradeço aos membros da banca Prof. Dr. Elder Cerqueira-Santos e Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo, que aceitaram o convite para avaliação do meu trabalho. Muito obrigada por contribuírem com o aperfeiçoamento da minha pesquisa.

Resumo

A presente dissertação buscou investigar a relação entre autoeficácia, construtos correlatos (autoconceito e autoestima) e a ocorrência de sintomas depressivos em adolescentes do ensino médio. Para tanto, três estudos foram conduzidos. No Estudo 1, realizou-se uma revisão narrativa da literatura com objetivo de compreender o papel da autoeficácia nos processos e fenômenos em saúde, tais como comportamentos em saúde e ocorrência de Transtornos Mentais Comuns. Em linhas gerais, viu-se que a autoeficácia atua como facilitadora do processo de ajustamento psicológico e na adoção, iniciação e manutenção de comportamentos em saúde. O Estudo 2 consistiu em uma revisão integrativa da literatura acerca das evidências da relação entre autoeficácia e depressão em adolescentes. Buscou-se identificar e analisar as características bibliométricas e psicométricas das medidas utilizadas para mensurar as variáveis nos estudos primários. Além disso, realizou-se análise do conteúdo dos principais achados reunidos na amostra. Dentre os principais resultados, constatou-se, na maioria dos estudos, uma relação estatisticamente significativa e negativa entre autoeficácia e depressão em adolescentes. Por fim, o Estudo 3, de caráter empírico, objetivou analisar a capacidade de predição da autoeficácia e construtos correlatos sobre a sintomatologia depressiva em adolescentes. Realizou-se, ainda, o rastreamento de sintomas de depressão nesse público e análise de moderação das variáveis sexo e idade na relação entre construto cognitivo preditor e sintomatologia. Nesse estudo, evidenciou-se que níveis rebaixados de autoeficácia foram preditores de níveis mais altos de sintomas depressivos e essa relação não foi moderada pelo sexo ou idade do participante. A efetivação desse conjunto de estudos possibilitou a apreensão e relevância da autoeficácia no entendimento dos fenômenos em saúde, em especial, na ocorrência de depressão em adolescentes. Espera-se que o conhecimento científico então gerado auxilie no levantamento das características individuais que vulnerabilizam ou protegem os adolescentes quanto à presença de sintomas de depressão. Por fim, pretende-se

contribuir com a prática de psicólogos e trabalhadores da saúde atuantes na atenção a esse público, auxiliando no processo de investigação e tratamento da depressão.

Palavras-chave: Autoeficácia; Depressão; Adolescentes; Psicologia da Saúde.

Abstract

This dissertation investigated the relationship between self-efficacy, related constructs (self-concept and self-esteem) and the occurrence of depressive symptoms in high school adolescents. Three studies were conducted. In Study 1, a narrative review of the literature was carried out to understand the role of self-efficacy in health processes, such as health behaviors and the occurrence of Common Mental Disorders. In general, it was seen that self-efficacy acts as a facilitator of the psychological adjustment process and in the adoption, initiation and maintenance of health behaviors. Study 2 consisted of an integrative literature review about the evidence of the relationship between self-efficacy and depression in adolescents. We sought to identify and analyze the bibliometric and psychometric characteristics of the instruments used to measure the variables in primary studies. In addition, the content of their main findings was analyzed. Among the main results, it was found, in most studies, a statistically significant and negative relationship between self-efficacy and depression in adolescents. Finally, Study 3, which was empirical, aimed to analyze the ability to predict self-efficacy and related constructs on depressive symptoms in adolescents. It was also performed the tracking of symptoms of depression in this audience, and the analysis of moderation of the variables sex and age between the cognitive predictor and the depressive symptomatology. In this study, it was evidenced that low levels of self-efficacy were predictors of higher levels of depressive symptoms and this relationship was not moderated by the sex or age of the participant. The set of these studies enabled the apprehension and the relevance of self-efficacy in understanding health phenomena, especially about the occurrence of depression in adolescents. We expect the scientific knowledge generated will help to identify individual characteristics that make adolescents more vulnerable or protected with regard to the presence of depressive symptoms. Finally, we intend to contribute to the practice

of psychologists and health workers in the mental health care, and to improve the scientific investigation and psychological treatment of depression.

Keywords: Self-efficacy; Depression; Adolescents; Health Psychology

Sumário

Lista de Figuras	13
Lista de Tabelas.....	14
Lista de Abreviaturas e Siglas	15
Apresentação	16
- Capítulo 1 -	27
Estudo I	27
Autoeficácia: Aspectos Conceituais e Implicações no Campo da Saúde.....	27
- Capítulo 2 -	66
Estudo II	66
Evidências da Relação entre Autoeficácia e Depressão em Adolescentes: Revisão Integrativa	66
- Capítulo 3-	99
Estudo III.....	99
O Papel da Autoeficácia e Construtos Correlatos na Ocorrência de Depressão em Adolescentes.....	99
Considerações finais.....	122
ANEXOS.....	125

Lista de Figuras

Estudo II.

Figura 1. Processo de seleção e análise dos estudos primários encontrados para a revisão integrativa segundo a recomendação PRISMA.....74

Lista de Tabelas

Estudo II

Tabela 1. Bases de dados, descritores e estratégias de buscas utilizadas na investigação da relação entre autoeficácia e depressão em adolescentes.....73

Tabela 2. Principais resultados apresentados acerca das características bibliométricas e de conteúdo dos estudos primários sobre a relação entre autoeficácia e depressão em adolescentes.....75

Estudo III

Tabela 1. Índices de Correlação entre os escores de depressão, autoeficácia, autoestima e autoconceito.....108

Lista de Abreviaturas e Siglas

- AF5** – Escala de Autoconceito Forma 5
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAfe – Comunidade Acadêmica Federada
CAPES/MEC – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDI – *Children's Depression Inventory*
CES-D – *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*
DP – Desvio Padrão
DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Versão 4
DSS – *Depression Self-Rating Scale*
EAGP – Escala de Autoeficácia Geral Percebida
EAM – Escala de Autoconceito Multidimensional
EAR – Escala de Autoestima de Rosenberg
GBD – *Global Burden Disease*
IDD – *Inventory to Diagnose Depression*
LaPES – Laboratório de Pesquisa em Engenharia de *Software*
M – Média
Md – Mediana
OMS – Organização Mundial de Saúde
PePSIC – Periódicos Eletrônicos em Psicologia
PHQ-9 – *Patient Health Questionnaire-9*
PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
PsycINFO – *Psychological Information Database*
SciELO – *Scientific Electronic Library Online*
SEQ-C – *Self-efficacy Questionnaire for Children*
SEQ-M – *Self-efficacy Questionnaire-Modified*
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
StArt – *State of the Art through Systematic Review*
TA – Teoria da Autoeficácia
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC – Transtorno Mental Comum
TSC – Teoria Social Cognitiva
UFSCar – Universidade Federal de São Carlos
VD – Variável Dependente
VI – Variável Independente
WHO – *World Health Organization*

Apresentação

Os sintomas depressivos produzem acentuado sofrimento e disfunção em diferentes campos da vida dos indivíduos, como no trabalho e no âmbito escolar. Dados recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontaram que o número de pessoas que vivem com o transtorno no mundo teve um acréscimo de 18% entre os anos de 2005 e 2015. Atualmente, há 322 milhões de pessoas vivendo com esse transtorno mental, o que equivale a 4,4% da população mundial. Esse problema de saúde contribui significativamente com a incapacidade no mundo (7,5%), podendo levar, na pior das hipóteses, ao suicídio, considerado a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade de 15 a 29 anos (OMS, 2017).

A prevalência global de depressão clínica entre adolescentes é de 2,8%. Isto é, a cada cem adolescentes no mundo, cerca de três convivem com o transtorno [*Global Burden of Disease (GBD)*, 2016]. Essa fase do desenvolvimento, que engloba as idades entre 10 e 19 anos (OMS, 1986) é caracterizada por numerosas mudanças nas esferas social, biológico e emocional. É um período marcado, por intensa variação do humor, no qual o humor deprimido pode ser facilmente entendido como normal, permanecendo indetectável (Barbosa, Andrade, Teixeira, Neto, & Felden, 2016; Yang, Lau, & Lau, 2018).

A depressão tem um curso instável nessa população, podendo variar de um único episódio ao longo da vida a múltiplos episódios, ou seja, mesmo em adolescentes deprimidos tratados com sucesso a ocorrência de episódios recorrentes é comum. Além disso, a depressão na adolescência pode prever a ocorrência de transtornos mentais na vida adulta, de modo que, um episódio durante essa fase muitas vezes anuncia uma desordem crônica recorrente e uma gama de dificuldades psicossociais e problemas de saúde a serem enfrentados mais tardiamente (Curry, 2014; Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012).

Existem na literatura alguns modelos explicativos que buscaram estabelecer aspectos etiológicos da depressão, um deles, o Modelo Cognitivo da Depressão trata de entender o

transtorno a partir do modo como os indivíduos entendem e percebem as suas relações com si mesmo, com os outros/mundo e com o futuro.

Modelo Cognitivo da Depressão

Nesse modelo, a presença de sintomas depressivos altera e distorce a forma como os indivíduos vêem a si mesmos, o mundo e os outros, bem como percebem, interpretam e demonstram suas emoções (Beck, 2008; Joormann & Quinn, 2014; Powell, Abreu, Oliveira, & Sudak, 2008). O ponto central do modelo compreende que há uma predisposição cognitiva para a depressão, sendo originada na forma como as pessoas interpretam suas experiências individuais, formando conceitos ou esquemas negativistas de si, do mundo e dos outros. No modelo, a depressão é explicada a partir de três conceitos básicos: a tríade cognitiva, os esquemas e as distorções cognitivas (Bahls, 2004; Beck, 2008)

A tríade cognitiva consiste na forma como a pessoa entende o mundo, a si mesmo e o futuro. Na depressão, o indivíduo apresenta uma visão negativa de si mesmo, gerando sentimentos de inadequação e inaptidão, onde estão presentes pensamentos como “sou uma pessoa desinteressante”, “as pessoas não gostam de mim, pois sou muito triste”. Em relação à visão do mundo, o paciente demonstra uma percepção negativa nos seus relacionamentos com as pessoas, com o seu trabalho e com outras atividades externas e, comumente, tem pensamentos como “as pessoas desprezam o meu trabalho”. Na percepção negativa acerca do futuro, por sua vez, os pensamentos estão associados cognitivamente a certo grau de desesperança (“nunca serei feliz”, “nunca irei melhorar”, etc) (Powell et al., 2008).

Os esquemas são entendidos como padrões cognitivos relativamente estáveis que se encontram na base central da regularidade das interpretações dos indivíduos diante de um conjunto de situações específicas. Na depressão, esses esquemas são direcionados pelos aspectos negativos do *self*, integram objetivos irrealistas, atitudes disfuncionais e, por consequência, produzem um viés no processamento de informações. Os esquemas apresentam

um caráter de rigidez e são aceitos de forma inquestionável por parte do indivíduo deprimido (Claudio, 2009; Telles-Correia & Barbosa, 2009).

As distorções cognitivas, por sua vez, são erros que ocorrem na percepção e processamento das informações. As pessoas com o transtorno costumam estruturar suas vivências de forma absolutista e inflexível, o que produz erros de interpretação quanto ao seu desempenho pessoal e em seu julgamento das situações. As distorções cognitivas mais presentes em pacientes deprimidos são a inferência arbitrária (conclusão, precipitada e com base em evidências frágeis), a abstração seletiva (tendência da pessoa em escolher as evidências relacionadas ao seu mau desempenho), a supergeneralização (propensão do indivíduo em considerar que um evento ou desempenho negativo sempre ocorrerá outras vezes), entre outros (Powell et al., 2008).

O Modelo Cognitivo da Depressão tem chamado a atenção de pesquisadores e profissionais da saúde mental, pois possibilita entender e identificar os erros cognitivos que estão associados à depressão, bem como tem embasado o desenvolvimento de intervenções com foco na reestruturação cognitiva (Muris, 2002). Observa-se que a adolescência é uma fase do desenvolvimento em que mudanças fisiológicas, cognitivas e sociais estão marcadamente presentes, evidenciando a necessidade de compreender melhor a depressão e estruturar modelos de intervenção que desenvolvam ou melhorem as cognições associadas ao transtorno nessa população, como por exemplo, aperfeiçoando crenças eficazes em situações sociais (Ahmad, Yasien, & Ahmad, 2014).

Alguns construtos cognitivos, que se referem às crenças do indivíduo acerca de si mesmo na tríade cognitiva, apresentam-se como elementos protetivos à depressão e podem auxiliar no processo de ajustamento psicológico dos indivíduos que sofrem com o transtorno. Diferentes estudos comprovaram que percepções negativas ou desadaptativas de auto-crenças como o autoconceito (Blomfield & Barber, 2014) autoestima (Shimotsu & Horikawa, 2016;

Wang et al., 2018), e a autoeficácia (Galicia-Moyeda, Sánchez-Velasco, & Robles-Ojeda, 2013; Pu, Hou, & Ma, 2017) estão associadas a níveis elevados de depressão.

O autoconceito é definido como um conjunto de crenças que os indivíduos possuem acerca de si mesmos, constituídas a partir de experiências vividas e pelo contexto que os envolve. O autoconceito em adolescentes pode ser dividido em acadêmico e não acadêmico, sendo este último organizado em componentes emocionais (mais subjetivos e internos), sociais (associado à conduta em relação aos outros) e físicos (vinculados às atitudes e aparência geral). O estudo dessa variável tem sido um tópico de crescente interesse nas pesquisas com adolescentes, pois o autoconceito positivo está associado ao bom funcionamento social, pessoal e na satisfação com a vida, contribuindo assim, com o bem-estar psicológico (Sarriera et al., 2015).

A autoestima é entendida como um resultado de julgamentos e atribuições valorativas, positivas ou negativas, que o indivíduo faz acerca de si mesmo. Em outras palavras, diz respeito às avaliações que o indivíduo produz que indicam o grau em que ele se considera capaz, importante ou valioso (Cruz, Santos, & Rodrigues, 2016). Na adolescência, percepções adaptativas de autoestima são consideradas um importante indicador de saúde e bem-estar psicológico, estabelecendo uma relação significativa com desempenho escolar (Cvencek, Covarrubias, & Meltzoff, 2018), bem-estar no ambiente escolar (Tian, Liu, Huang, & Huebner, 2013) e satisfação com a vida (Watson & Haktanir, 2017). Adolescentes que apresentam níveis rebaixados de autoestima desenvolvem mecanismos que distorcem a comunicação de seus pensamentos e sentimentos, produzindo dificuldades nas relações grupais, bem como prevêm depressão na vida adulta (Steiger, Allemand, Robins, & Fend, 2014). Por sua vez, níveis elevados de autoestima, estão relacionados à persistência e ao progresso em atividades consideradas difíceis, bem como a relacionamentos positivos com os pares (Bandeira & Hutz, 2010).

A autoeficácia atua como um preditor significativo e um importante redutor de sintomas depressivos (Ribeiro & Santos, 2015). Ela pode ser definida como um conjunto de crenças do indivíduo acerca da sua própria capacidade de organizar e executar determinado curso de ação para alcançar um resultado (Bandura, 2004). Na adolescência, as crenças de autoeficácia podem atuar no gerenciamento de emoções e relações interpessoais, colaborando na promoção de expectativas positivas sobre o futuro, na manutenção de um autoconceito mais adaptativo e na percepção de sentimentos de satisfação pela vida, produzindo emoções mais positivas frente às demandas inerentes à fase (Ahmad, Yasien, & Ahmad, 2014).

Proposta do Presente Estudo

A depressão na adolescência tornou-se, respectivamente, a terceira e a quarta causa principal de ‘anos vividos com incapacidade’ e ‘anos de vida ajustados por incapacidade’ no mundo (GBD, 2016), bem como tem sido associado a inúmeros comportamentos de risco à saúde, como uso de substâncias psicoativas (Stoduto et al., 2008) e, de forma mais grave, à ideação suicida (Macias, Mendonza, & Camargo, 2016). De modo que, entender melhor o papel moderador das auto-crenças, como o autoconceito, a autoestima e autoeficácia, mostra-se relevante, pois avalia o ajustamento psicológico do indivíduo, possibilitando entender o processo saúde-doença.

A autoeficácia tem se destacado enquanto uma variável importante no ajustamento psicológico diante de aspectos adversos inerentes à adolescência. Defende-se que a autoeficácia, em comparação aos demais construtos cognitivos, apresenta um poder explicativo maior na ocorrência de depressão, devido sua implicação direta sobre o comportamento (Maddux, 1995). Segundo a Teoria da Autoeficácia, a sintomatologia depressiva é resultado das discrepâncias entre os objetivos pessoais estabelecidos e os recursos individuais disponíveis para alcançá-los, gerando sentimentos de incapacidade e estado de humor rebaixado (Bandura, 1982).

Intervenções educacionais, com foco nos efeitos do construto no bem-estar psicológico se demonstraram proficientes na capacitação de recursos pessoais empreendidos para lidar com demandas ambientais (Caroli & Sagone, 2014), bem como um componente importante na regulação emocional (Soysa & Wilcomb, 2015). Além disso, altos níveis de sintomas depressivos ou afeto negativo foram associados à baixa autoeficácia em adolescentes (Minnix et al., 2011). O desafio se configura em compreender as variáveis que podem atuar como fatores protetivos à depressão na adolescência, contribuindo na elaboração de práticas psicoterapêuticas e psicoeducativas mais eficazes, que promovam a minimização do sofrimento mental a partir do fortalecimento de crenças adaptativas de eficácia, possibilitando, assim, estratégias de enfrentamento mais assertivas.

Portanto, o presente estudo teve como objetivo geral analisar a relação entre autoeficácia, construtos correlacionados (autoconceito e autoestima) e ocorrência de sintomas depressivos em uma amostra de adolescentes. Para tanto, foram desenvolvidos três estudos, a saber: (1) Uma Revisão Narrativa, de caráter teórico, acerca do construto Autoeficácia, sua implicação nos fenômenos em saúde, com objetivo de fornecer fundamentação teórica aos estudos subsequentes; (2) Uma Revisão Integrativa da Literatura acerca da relação entre Autoeficácia e Depressão em adolescentes, que possibilitou identificar na literatura as evidências que se têm sobre essa relação e as lacunas existentes a serem respondidas no Estudo 3; e (3) Um Estudo Empírico, que teve como investigar a relação entre autoeficácia, construtos correlatos e sintomas depressivos em adolescentes.

Referências

Ahmad, Z. R., Yasien, S., & Ahmad, R. (2014). Relationship between perceived social self-efficacy and depression in adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 8(3), 65. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4359727/>

- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366. doi: 10.1590/S0021-75572002000500004
- Bandeira, C. D. M., & Hutz, C. S. (2010). As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), 131-138. doi: 10.1590/S1413-85572010000100014
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanisms in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147. doi: 10.1037/0003-066X.37.2.122
- Barbosa, D. G., Andrade, R. D., Teixeira, C. S., Filho Neto, M. G., & Gomes Felden, É. P. (2016). Sintomas depressivos em adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(2). doi: 10.1590/1414-462X201600020195
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-977. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08050721
- Blomfield Neira, C. J., & Barber, B. L. (2014). Social networking site use: Linked to adolescents' social self-concept, self-esteem, and depressed mood. *Australian Journal of Psychology*, 66(1), 56-64. doi: 10.1111/ajpy.12034
- Chang, C. W., Yuan, R., & Chen, J. K. (2018). Social support and depression among Chinese adolescents: The mediating roles of self-esteem and self-efficacy. *Children and Youth Services Review*, 88, 128-134. doi:10.1016/j.childyouth.2018.03.001
- Cláudio, V. (2009). Domínios de esquemas precoces na depressão. *Análise Psicológica*, 27(2), 143-157. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-2312009000200003

- Curry, J. F. (2014). Future directions in research on psychotherapy for adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 510-526. doi: 10.1080/15374416.2014.904233
- Cvencek, D., Fryberg, S. A., Covarrubias, R., & Meltzoff, A. N. (2018). Self-concepts, self-esteem, and academic achievement of minority and majority north American elementary school children. *Child Development*, 89(4), 1099-1109. doi: 10.1111/cdev.12802
- De Caroli, M. E., & Sagone, E. (2014). Generalized self-efficacy and well-being in adolescents with high vs. low scholastic self-efficacy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 141, 867-874. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.05.152
- Eaton, W. W., Smith, C., Ybarra, M., Muntaner, C., & Tien, A. (2004). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R). In Maruish M. E. (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (3^a ed., pp 63-77), Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum.
- Galicia-Moyeda, I. X., Sánchez-Velasco, A., & Robles-Ojeda, F. J. (2013). Autoeficacia en escolares adolescentes: Su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. *Anales de Psicología*, 29(2), 491-500. doi: 10.6018/analesps.29.2.124691
- Global Burden of Disease Pediatrics, C., 2016. Global and national burden of diseases and injuries among children and adolescents between 1990 and 2013: Findings from the global burden of disease 2013 study. *JAMA Pediatric*. 170 (3), 267–287. doi: 10.1001 / jamapediatrics.2015.4276
- Hutz, C. (2000). *Adaptação da Escala de Autoestima de Rosenberg*. Manuscrito não publicado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

- Joormann, J., & Quinn, M. E. (2014). Cognitive processes and emotion regulation in depression. *Depression and Anxiety, 31*(4), 308-315. doi:0.1002/da.22264
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Macías, E., Mendoza, I., & Camargo, Y. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Revista de Pensamiento Psicológico, 51*-61. doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ADIS
- Maddux, J. E., & Meier, L. J. (1995). Self-efficacy and depression. In J. E. Maddux (Org.). *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application* (pp. 143-169). Springer: Springer Science & Business Media.
- Minnix, J. A., Blalock, J. A., Marani, S., Prokhorov, A. V., & Cinciripini, P. M. (2011). Self-efficacy mediates the effect of depression on smoking susceptibility in adolescents. *Nicotine & Tobacco Research, 13*(8), 699-705. doi:10.1093/ntr/ntr061
- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and individual differences, 32*(2), 337-348. doi: 10.1016/S0191-8869(01)00027-7
- Powell, V. B., Abreu, J. N. S., Oliveira, I. R. D., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*(2), 73-80. doi: 10.1590/S1516-44462008000600004
- Pu, J., Hou, H., & Ma, R. (2017). The mediating effects of self-esteem and trait anxiety mediate on the impact of locus of control on subjective well-being. *Current Psychology, 36*(1), 167-173. doi: 10.1007/s12144-015-9397-8.

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401. doi: 10.1177/014662167700100306
- Sarriera, J. C., Aznar, F. C., Bedin, L. M., Abs, D., dos Santos, B. R., Borges, F. C., Cerrato M. S., & González, M. (2015). Propriedades psicométricas da Escala de Autoconceito Multidimensional em adolescentes brasileiros. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment, 14*(2), 281-290. doi: 10.15689/ap.2015.1402.13
- Shimotsu, S., & Horikawa, N. (2016). Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. *Asian Journal of Psychiatry, 24*, 125-129. doi: 10.1016/j.ajp.2016.09.003
- Silva, D. D. S. D., Silva T., N. V., Alexandre, A. R. G., Freitas, D. A., Brêda, M. Z., de Albuquerque, M. C. D. S., & de Melo Neto, V. L. (2015). Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: Revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 49*(6), 1023-1031. doi: 10.1590/S0080-623420150000600020
- Soysa, C. K., & Wilcomb, C. J. (2015). Mindfulness, self-compassion, self-efficacy, and gender as predictors of depression, anxiety, stress, and well-being. *Mindfulness, 6*(2), 217-226. doi: 10.1007/s12671-013-0247-1
- Steiger, A. E., Allemand, M., Robins, R. W., & Fend, H. A. (2014). Low and decreasing self-esteem during adolescence predict adult depression two decades later. *Journal of Personality and Social Psychology, 106*(2), 325–338. doi: 10.1037/a0035133
- Stoduto, G., Dill, P., Mann, R. E., Wells-Parker, E., Toneatto, T., & Shuggi, R. (2008). Examining the link between drinking-driving and depressed mood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*(5), 777-780. doi: 10.15288/jsad.2008.69.777

- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Anxiety and depression in medicine: Models and measurement. *Acta Medica Portuguesa*, 22(1), 89-98. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19341597>
- Tian, L., Liu, B., Huang, S., & Huebner, E. S. (2013). Perceived social support and school well-being among Chinese early and middle adolescents: The mediational role of self-esteem. *Social Indicators Research*, 113(3), 991-1008. doi: 10.1007/s11205-012-0123-8
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056-1067. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- Wang, X., Wang, W., Xie, X., Wang, P., Wang, Y., Nie, J., & Lei, L. (2018). Self-esteem and depression among chinese adults: A moderated mediation model of relationship satisfaction and positive affect. *Personality and Individual Differences*, 135, 121-127. doi: 10.1016/j.paid.2018.06.055
- Watson, J. C., & Haktanir, A. (2017). School Connectedness, Self-Esteem, and Adolescent Life Satisfaction. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research*, 44(2), 32-48. doi: 10.1080/15566382.2017.12069189
- WHO, World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates. Geneva: WHO, 2017.
- WHO, World Health Organization. Young People’s Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.
- Yang, X., Lau, J. T., & Lau, M. C. (2018). Predictors of remission from probable depression among Hong Kong adolescents—A large-scale longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 229, 491-497. doi: 10.1016/j.jad.2017.12.080

- Capítulo 1-

Estudo I

Autoeficácia: Aspectos Conceituais e Implicações no Campo da Saúde¹

Introdução

Ao longo da vida, as pessoas se deparam com as mais variadas situações e enfrentam uma infinidade de decisões, problemas e desafios. Embora muitas evidências apontem a significativa prevalência de disfunção emocional e comportamental nessas situações, a maioria das pessoas, em grande parte das vezes das vezes, mostra-se capaz de efetivamente tomar decisões, resolver problemas e superar desafios que se apresentam (Bandura, 2012). Entender como essas pessoas se adaptam a essa infinidade de situações e desafios ao longo da vida é, talvez, o problema mais importante para a Psicologia em diversas áreas. Importantes modelos de aprendizagem humana, cognição, emoção, personalidade e interação social buscaram explicar a capacidade do indivíduo de responder de forma adaptativa às mudanças ambientais (Maddux, 1995). Por esse motivo, diferentes teorias procuraram explorar e explicar as relações entre crenças de competência pessoal e capacidade de adaptação, ajustamento e bem-estar psicológico dos indivíduos; dentre elas, a Teoria de Autoeficácia (TA) (Bandura, 1977).

A TA é uma das mais recentes teorias sobre competência ou eficácia pessoal, tendo gerado mais pesquisas em diferentes áreas da Psicologia do que outros modelos e teorias (Zimmermann, 2013), como por exemplo, a Teoria de Auto-regulação (Bagozzi, 1992) e a Teoria de Estabelecimento de Objetivos (Locke & Latham, 1990). A TA propõe que a iniciação e persistência em diferentes comportamentos são fortemente determinadas por julgamentos que o indivíduo faz acerca da sua própria habilidade e pela crença na probabilidade de ser capaz de lidar com demandas e desafios ambientais (Bandura, 1977,

¹ Nunes, D. & Faro, A. (2019). Autoeficácia: Aspectos conceituais e implicações no campo da saúde. In A. Faro, M. E. O. Lima, D. X. França, S. R. F. Enumo, & C. R. Pereira (Org.). *Psicologia Social & Psicologia da Saúde: Tópicos atuais* (pp. 157-177). Curitiba: CRV.

1993, 1997). Além disso, a TA sustenta que esses mesmos fatores exercem um papel fundamental no processo de ajustamento psicológico e/ou disfunção em relação aos desafios que se apresentam cotidianamente (Bandura, 1989).

No campo da saúde, a autoeficácia tem despertado o interesse de pesquisadores (Guntzviller, King, Jensen, & Davis, 2017; Kershaw, Ellis, Yoon, Schafenacker, Katapodi, & Northouse, 2015; Schönfeld, Brailovskaia, Bieda, Zhang, & Margraf, 2016; Srivastava & Kaur, 2018), tendo em vista seu potencial de influência sob a adoção, iniciação e manutenção de comportamentos em saúde. Contudo, a despeito de que se tenha evidências de que a autoeficácia é uma variável importante, tanto para a pesquisa, como para as intervenções em saúde, ainda são poucos os estudos que se debruçaram sobre seus aspectos teóricos ou buscaram explicar a relação entre esse construto e diferentes processos em saúde (Sheeran et al., 2016).

Diante disso, este capítulo teve como objetivo realizar uma revisão de caráter narrativo acerca do conceito da autoeficácia e sua relevância para a Psicologia da Saúde. Este material se torna relevante na perspectiva de que grande parte da literatura especializada no tema se encontra disponível apenas em publicações fora do Brasil. Por esta razão, buscou-se explanar, inicialmente, alguns aspectos relacionados à Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1986), que serviu como pano de fundo para o desenvolvimento da TA. Posteriormente, discute-se o papel da autoeficácia no campo da saúde, envolvendo sua influência nos processos de adaptação e ajustamento psicológicos, nos comportamentos em saúde e na ocorrência de alguns transtornos mentais comuns. Por fim, são analisadas as diferenças da autoeficácia segundo a variável sexo, considerada um importante determinante social de saúde.

Teoria Social Cognitiva

O desenvolvimento da teoria de autoeficácia (TA) apoiou-se na Teoria Social Cognitiva (TSC) de Bandura (1986). Esta seção descreve a estrutura conceitual da TSC,

incluindo os principais papéis desempenhados pelos processos vicários, simbólicos e autorregulatórios no comportamento humano.

A TSC propõe que o comportamento humano opera dentro de uma estrutura de reciprocidade triádica, envolvendo interações entre três conjuntos de influências: pessoal (cognições, crenças e habilidades), comportamental e fatores socioambientais. Nessa relação, as pessoas afetam e são influenciadas por suas ações e pelo ambiente em que estão inseridas. Ela reflete uma visão de agência humana, o que significa que os indivíduos participam ativamente do seu próprio sucesso e desenvolvimento, exercendo alto grau de controle sobre seus pensamentos, sentimentos e ações. Os processos vicários, simbólicos e autorregulatórios são os mais proeminentes dentro da visão de agência humana da TSC (Bandura, 1986).

O processo vicário se refere à capacidade do indivíduo de aprender indiretamente, ou seja, permite que este adquira crenças, cognições, afetos, habilidades, estratégias e comportamentos por meio da observação do comportamento de outras pessoas em seus ambientes sociais e, também, as consequências dos comportamentos. Tal aspecto reduz muito a dependência das pessoas na aprendizagem por meio da tentativa e erro, possibilitando uma rápida apreensão de habilidades complexas que não seriam possíveis se as pessoas apenas fossem capazes de aprender a partir da ação e experimentação direta das consequências de seus comportamentos. Por exemplo, estudantes de Mestrado acadêmico, que pretendem se tornar futuros professores, podem aprender de forma indireta, tais como assistir aulas, observar e trabalhar com professores em contexto de sala de aula, ler livros e outros materiais. Essa capacidade é resultado da evolução de mecanismos e estruturas neuropsicológicas complexas, que possibilitaram uma resposta cognitiva, afetiva e comportamental aos eventos ambientais (Bandura, 2008). Em outras palavras, o fato de sermos capazes de aprender com modelos nos garantiu a sobrevivência e a evolução da espécie.

Além de sua capacidade de aprendizagem vicária, os indivíduos possuem a habilidade para representações simbólicas, o que permite criar modelos internos de experiência, desenvolvimento de cursos de ação, teste hipotético destes e previsão de resultados. As pessoas usam processos simbólicos (mentais, cognitivos) para interpretar ações e resultados em suas vidas e para orientar suas ações futuras, sem a necessidade da tentativa e erro. Dessa forma, o indivíduo é capaz de se imaginar na situação, planejar rotas de ação, visualizar imprevistos e soluções para contorná-los.

A TSC atribui, ainda, um papel proeminente aos processos autorregulatórios. A autorregulação refere-se à capacidade dos indivíduos de se auto-agenciar, através de processos de ativação e sustentação de comportamentos, cognições e afetos, que são sistematicamente orientados para a consecução de objetivos. As pessoas adotam padrões de comportamento pessoal, avaliam suas respostas em relação a esses padrões e, assim, criam seus próprios incentivos que modelam, motivam e guiam seus comportamentos. Isto é, à medida que trabalham em determinadas tarefas, elas avaliam seu progresso em direção aos objetivos e decidem se continuam ou alteram suas estratégias, a fim de obter um resultado mais satisfatório e adaptativo (Bandura, 1986, 2008).

Tendo descrito os aspectos conceituais, pressupostos e processos da agência humana da TSC, a saber, a aprendizagem vicária, representações simbólicas e mecanismos autorregulatórios, a seguir se discutem diferentes elementos da TA. Serão abordadas a construção e evolução conceitual em termos de generalidade, especificidade, dimensões e determinantes das crenças de autoeficácia, além das principais fontes de desenvolvimento dessas crenças.

Teoria da Autoeficácia de Albert Bandura

Em 1977, Bandura escreveu um artigo intitulado *Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*, sendo este considerado um clássico e ao mesmo tempo o

marco inicial referente às discussões acerca das crenças de autoeficácia. Ao longo dos anos, o conceito sofreu algumas alterações. Sua nomenclatura, por exemplo, em 1977, era entendida como ‘expectativa de eficácia’ e se referia à convicção de alguém para realizar com sucesso a execução do comportamento requerido para produzir resultados. A partir de 1997, o termo evoluiu para ‘autoeficácia percebida’, tendo sido descrita como as crenças de alguém em sua capacidade em organizar e executar cursos de ação requeridos para produzir certas realizações (Bandura, 1977, 1997).

Segundo Zimmerman (2013), em 1977, Bandura elaborou o conceito de autoeficácia quando ele utilizava as técnicas de aprendizagem de modelação para tratar fobias e percebeu, durante esse processo, algumas diferenças individuais quanto ao sucesso do tratamento. Anos após, Bandura (1982) concluiu que as crenças das pessoas afetavam a quantidade de estresse e depressão que elas suportavam quando colocadas em situações de ameaça, afetando também o seu nível de motivação. Portanto, ele trouxe uma nova visão do funcionamento humano relativamente aos processos cognitivos, vicários, autorreguladores e autorreflexivos na adaptação e nas mudanças humanas. Os indivíduos deixam de ser guiados por forças ambientais e passam a ser vistos como proativos, auto-organizados, autorreflexivos e autorregulados. Destaca-se que foi em 1982 que a autoeficácia foi considerada por Bandura como uma chave central na TSC e foi definida como “julgamentos das pessoas em suas capacidades para organizar e executar cursos de ação necessários para alcançar certos tipos de desempenho” (Bandura, 1982, p. 122).

O desenvolvimento da TA tomou como pressuposto básico o papel dos fatores cognitivos pessoais no modelo de reciprocidade triádica da TSC, isto é, o efeito multideterminado dos fatores pessoais, comportamentais e socioambientais nos processos cognitivos. A TA se apoiou na premissa de que todos os processos de mudança psicológica e

comportamental operam através da alteração do senso de domínio pessoal do indivíduo em determinado contexto (Bandura, 1977, 1982).

O conceito de autoeficácia foi originalmente definido como um tipo particular de expectativa relacionada às crenças da pessoa na capacidade de realizar um comportamento específico ou conjunto de comportamentos necessários para produzir um resultado (Bandura, 1977). A partir de 1986, o construto deixa de ser entendido como expectativa e passa a ser nomeado como autoeficácia percebida, referindo-se aos julgamentos das pessoas sobre o quão bem podem executar cursos de ação requeridos para lidar com situações em prospectiva (Bandura, 1986). As pesquisas realizadas a datar da década de 1990 até os dias atuais compreendem o conceito da autoeficácia como a noção de crença pessoal na capacidade de organizar e executar cursos de ação requeridos para produzir certas realizações (Bandura, 1993, 1997, 2008, 2012).

A análise das definições de autoeficácia ao longo dos anos, desde a década de 1970, permite visualizar a evolução conceitual do construto. Este passou da ideia de expectativas para a noção de crenças, da noção de realização com sucesso para crença na própria capacidade, e de ser capaz de executar um comportamento mudou para organizar e executar cursos de ação. Por fim, percebe-se a diferenciação feita em relação ao foco de ação, que passou de uma visão ampla de produzir resultados para um foco em situações específicas de desempenho (Azzi & Polydoro, 2006).

O ponto central da TA é que a iniciação e a persistência em comportamentos e cursos de ação são determinadas, principalmente, por julgamentos e expectativas em relação às habilidades comportamentais e à probabilidade de ser capaz de lidar com demandas ambientais. A TA também sustenta que esses mesmos fatores desempenham um papel importante no ajustamento psicológico e em intervenções terapêuticas eficazes para problemas emocionais e comportamentais (Bandura, 1997).

O conceito de autoeficácia é agora entendido em termos de generalidade e especificidade das crenças. Isto é, grande parte das concepções sobre variáveis, como autoconceito e autoestima, tem sido interpretada como construtos globais ou traços. No entanto, medidas gerais não apresentam uma compreensão clara acerca do funcionamento psicológico em domínios comportamentais ou situações específicas. Nesse sentido, o conceito de autoeficácia não é entendido como uma característica global ou característica de personalidade. Em vez disso, é mais bem definido em termos de comportamentos específicos em situações específicas, como por exemplo, a percepção de autoeficácia para seguir um cronograma de estudo para realização de uma prova.

As expectativas de eficácia do indivíduo em diferentes domínios são amplamente independentes, ou seja, a crença de autoeficácia em um determinado contexto, não implica uma crença geral de eficácia. Por exemplo, um alto senso de autoeficácia para adotar um comportamento de promoção de saúde não é visto, necessariamente, como generalizável a outros comportamentos. O que se pode afirmar, em termos de generalidade das crenças de autoeficácia, é que uma expectativa de autoeficácia positiva em um domínio específico pode resultar em aumento da autoestima, o que gera julgamentos mais elevados da autoeficácia para outros domínios (Hevey, Smith, & McGee, 1998; Maddux, 1995; O'Leary, 1992).

A autoeficácia é conceituada não como um traço de personalidade, mas definida dentro de um contexto de comportamentos relativamente específicos em dadas situações (Bandura, 1989). Por exemplo, quando pensamos no comportamento de fumar, a melhor maneira de prever a tentativa e o sucesso em abandonar os cigarros é medir sua expectativa de autoeficácia para parar de fumar (contexto específico), e não sua autoconfiança geral (traço global). Avaliar a expectativa de autoeficácia para parar de fumar será mais bem-sucedido se medirmos as expectativas do fumante de ser capaz de evitar fumar em situações específicas (em uma festa ou ao redor de outros fumantes). Isso não implica rejeitar a noção de

generalidade da percepção de autoeficácia. A eficácia percebida em um domínio específico se generalizará para outros comportamentos e situações dependendo da extensão em que os comportamentos e contextos situacionais compartilham e exigem habilidades semelhantes (Bandura, 1990).

O conceito de autoeficácia também pode ser entendido a partir da noção de dimensões. As dimensões das crenças de autoeficácia são caracterizadas quanto à magnitude e à força. A magnitude compreende a ideia de que qualquer comportamento pode ser dividido em partes de diferentes níveis de complexidade. Dentro de uma lógica de hierarquia de comportamentos, a magnitude se refere às "etapas" de crescente dificuldade ou ameaça que uma pessoa acredita ser capaz de realizar. Por exemplo, os indivíduos podem se sentir confiantes na sua capacidade para seguir as recomendações dietéticas em casa, mas ter menos confiança em suas habilidades quando estão em uma situação social. Assim, indivíduos com expectativas de autoeficácia de baixa magnitude estão mais confiantes de que podem executar apenas a mais simples das etapas de tarefas, ao passo que aqueles com expectativas de alta magnitude se sentem capazes de realizar as tarefas mais complexas das etapas. A dimensão de força, por sua vez, diz respeito às convicções e a persistência de uma pessoa de que ela pode realizar um comportamento em questão. A força da expectativa de autoeficácia tem sido relacionada à persistência e ao enfrentamento diante de situações que provocam frustração, dor e outras barreiras ao desempenho (Bandura, 1986; Hevey et al., 1998; Maddux, 1995).

Em resumo, a autoeficácia denota a crença do indivíduo na sua capacidade de executar certos planos de ação para alcançar determinados desfechos. Essas crenças variam de acordo com domínios de atividade e condições situacionais, em vez de se manifestarem uniformemente entre tarefas e contextos, à semelhança de uma ideia de traço geral.

As crenças são desenvolvidas a partir de seis fontes primárias: (a) experiências de desempenho ou de atuação, (b) experiências vicárias, (c) experiências imaginárias, (d)

persuasão verbal, (e) estados fisiológicos e (f) estados emocionais. Essas fontes de autoeficácia raramente operam isoladamente e de modo independente umas das outras. Trata-se de um processo dinâmico, no qual as pessoas experimentam o resultado dos seus esforços em interação com a observação da performance de terceiros em situações semelhantes e, periodicamente, recebem avaliações sociais e reavaliam a adequação de seu comportamento. As influências exercidas pelas fontes de autoeficácia se afetam entre si, podendo modificar notavelmente a depender da força de outras fontes (Bandura, 1997; Lent & Brown, 2006). Cumpre ressaltar que as fontes que dão origem às crenças de autoeficácia foram mais expansivamente explicadas por Bandura; contudo, outros autores deram continuidade nessas explanações, a exemplo de Pajares, que acrescentou elucidações sobre fontes de autoeficácia. A seguir, as seis fontes de informação da eficácia pessoal são detalhadas.

A fonte das experiências de desempenho é obtida por meio da interpretação de experiências prévias. Essa interpretação – em particular, sucesso ou fracasso claros – são consideradas as fontes de maior influência na formação das crenças de eficácia individual, uma vez que se trata de uma experiência autêntica. O sucesso em uma tarefa, comportamento ou habilidade fortalece as expectativas de autoeficácia para aquela tarefa, comportamento ou habilidade, ao passo que as percepções de fracasso diminuem a expectativa de autoeficácia. Posteriormente, elas exercerão influência no engajamento, na motivação e persistência para se envolver em tarefas do mesmo domínio. Cabe ressaltar que a relação estabelecida entre sucesso/fracasso e o aumento/diminuição da crença de autoeficácia não se dá de modo linear e será influenciado pela forma como o indivíduo interpreta o evento. Isso implica afirmar que o desenvolvimento das crenças de autoeficácia é resultado de processamento cognitivo de uma informação sobre o desempenho. Em outras palavras, a percepção de autoeficácia em uma dada situação varia ou se mantém inalterada a depender de como as diversas contribuições

personais e situacionais são interpretadas, além da própria valoração atribuída a esses eventos por parte do próprio indivíduo (Bandura, 1977, 1986, 1997; Pajares, 2002).

As experiências vicárias correspondem à aprendizagem observacional, modelagem e imitação. Tais experiências influenciam as crenças de autoeficácia a partir da observação do comportamento e desempenho de outras pessoas. Através da informação inferencial, o indivíduo poderá modelar seu próprio senso de eficácia, inferindo que se outras pessoas semelhantes obtiveram sucesso em suas ações, ele também é capaz de agir com sucesso em situações comparáveis. Uma série de condições pode tornar o indivíduo mais ou menos sensível a essa fonte de autoeficácia como, por exemplo, o grau de incerteza sobre sua própria competência, a ausência de experiência prévia para poder basear suas avaliações e a falta de conhecimento direto sobre suas capacidades em dada situação. As experiências vicárias, enquanto fonte de influência para as crenças de eficácia, geralmente são mais fracas comparativamente às experiências pessoais. Entretanto, podem produzir mudanças significativas e duradouras por meio do seu efeito indireto na melhora das performances. (Bandura, 1977, 1986, 1997; Pajares, 2002).

Quanto às experiências imaginárias, aponta-se que as pessoas podem gerar crenças sobre sua eficácia ou ineficácia a partir da imaginação de si mesmas ou a outras pessoas se comportando de maneira efetiva ou ineficaz em situações que acontecerão. Trata-se de imagens mentais que podem ser ou não derivadas de experiências reais. Essa fonte não apresenta uma influência tão significativa sobre a formação de crenças de autoeficácia quanto uma experiência de sucesso ou fracasso real, mas pode ser utilizada na Psicologia Clínica por meio de técnicas, como a dessensibilização sistemática² e a modelagem encoberta³, a fim de desenvolver crenças adaptativas de eficácia pessoal (Bandura, 1986, 1997; Pajares, 2002).

² Consiste, inicialmente, na exposição do paciente a um estímulo descrito como aversivo, em associação com um estado de relaxamento que pretende inibir a reação emocional na presença do estímulo (Wolpe, 1978).

A fonte da persuasão verbal ou social também é uma fonte menos potente de mudança duradoura na percepção de autoeficácia quando comparada às experiências de desempenho e às experiências vicárias. Tal fonte pode ser entendida como um meio adicional para fortalecimento das crenças das pessoas acerca da sua própria competência. Essa fonte de influência se refere ao convencimento de que o indivíduo tem ou não as habilidades necessárias para alcançar o que buscam, através de *feedback* avaliativo. Ao longo do processo de desenvolvimento humano, diferentes modelos exercem papel significativo na vida das pessoas e ocupam centralidade no estímulo de suas crenças. A potência da persuasão verbal como fonte de desenvolvimento de crenças de autoeficácia está relacionada, portanto, a fatores como a perícia, a confiabilidade e a atratividade da fonte da persuasão (Bandura, 1986, 1997).

Por fim, o indivíduo avalia sua competência e confiança para realizar dada tarefa por meio de indicadores de estados fisiológicos e emocionais. Bandura (1986, 1997) apontou que as pessoas associam excitação fisiológica aversiva com desempenho comportamental ruim, reforçando crenças de incompetência e falha, pois interpretam sua ativação fisiológica e sua reação emocional como sinais de vulnerabilidade. Quando as pessoas se tornam consciente de uma excitação fisiológica desagradável, são mais propensas a duvidar de sua competência comportamental do que se o estado fisiológico for interpretado como agradável ou neutro. Essa fonte, assim como as demais, também é sensível aos fatores selecionados pela atenção dirigida e pelo significado dado a eles (Pajares, 2002).

Examinando a influência dessas seis fontes de informação no desenvolvimento das crenças de autoeficácia, observa-se que estas estão inseridas em um processo dinâmico de interação e são divididas apenas para fins explanatórios. A interação entre as fontes não se dá de modo linear, visto que algumas delas exercem um papel mais explícito na formação de

³ Consiste em reforçar, diferencialmente, respostas que se aproximam cada vez mais da resposta-alvo objetivo (Skinner, 2003)

crenças na competência pessoal, a exemplo das experiências individuais de desempenho, enquanto outras atuam de forma mais indireta como as experiências imaginárias.

Na área da Saúde, os processos se constituem como um campo múltiplo e complexo que envolve a interação de fatores fisiológicos, comportamentais, cognitivos e sociais (Schramm & Castiel, 1992). Isso implica entender a saúde enquanto um domínio que busca criar caminhos de comunicação entre diferentes áreas de pesquisa que estão interessados em esclarecer processos causais interativos, o que inclui a Psicologia, a Sociologia e a Medicina (O’Leary, 1985). Os fatores envolvidos nos processos de saúde não são independentes, mas interagem entre si de modo causal, evidenciado a complexidade dos fenômenos no campo da saúde.

É interessante notar, em termos de aspectos teóricos, que os trabalhos mais clássicos, a exemplo de Bandura (1986, 1997), Maddux (1995), O’Leary (1985) e Schwarzer e Luszczynska (2005), permanecem sendo os mais utilizados para a explicação conceitual. No entanto, quando se fala de evidências, há um notável leque de pesquisas mais recentes que reforçam a importância do estudo da autoeficácia em relação à saúde.

Psicologia da Saúde e Autoeficácia

A Psicologia, em sua área mais próxima do estudo dos processos em saúde – a Psicologia da Saúde – tem contribuído com a investigação e intervenção sobre fatores de risco e proteção associados a processos de adoecimento (Calvetti, Muller, & Nunes, 2007) alívio do sofrimento resultante de procedimentos médicos aversivos (Barros, 2010; Jensen & Turk, 2014), treinamento de habilidades de enfrentamento do estresse decorrente de condições de saúde (Porter et al., 2011; Somers et al., 2012) e consequente melhoria da qualidade de vida de pacientes (Proctor, Maltby, & Linley, 2011). Pesquisas nessa área têm buscado explicar, dentre outros aspectos, como condições de saúde podem ser tratadas de maneiras distintas pelos indivíduos e como ações de enfrentamento dos pacientes, quando benéficas (prática de

atividade física) ou quando prejudiciais (aumento do consumo de álcool), afetam a qualidade de seu ajustamento em termos de saúde (Saklofske, Austin, Galloway, & Davidson, 2007).

A Psicologia da Saúde busca entender por que as pessoas experienciam um determinado conjunto de sintomas de maneiras diferentes, mesmo quando recebem um mesmo diagnóstico, ou seja, entender os motivos pelos quais as diferenças individuais impactam os processos em saúde (Fernandes, Faro, & Tecchio, 2015; French, Fletcher, & Irwin, 2004). Nesse rol de perspectivas de estudo, inclui-se a TA, que pode ser entendida como um dos modelos teóricos de estudo que ganhou notoriedade ao longo dos anos, pois tem demonstrado capacidade explicativa, em alguma medida, do que altera a probabilidade das pessoas virem a adoecer ou se manterem saudáveis (Leganger, Kraft, & Rysamb, 2000).

A autoeficácia se funda na noção de competência pessoal, que permite que os indivíduos estimem sua capacidade de realizar tarefas com sucesso e de alcançar resultados desejados (Bandura, 1997, Bong & Skaalvik, 2003; Schunk & Pajares, 2005). A autoeficácia produz impacto na forma como nos sentimos, pensamos e agimos, pois as crenças que temos sobre nossa competência pessoal determinam o quão motivado estamos para nos comportar em determinado contexto (Bandura 1997). Em outros termos, o indivíduo que tem uma baixa crença de eficácia tende a ter uma visão negativa de si mesmo e da sua capacidade de executar uma tarefa com êxito. Por isso, a autoeficácia tem sido objeto de estudos e têm despertado o interesse de pesquisadores da Psicologia da Saúde, nas mais diversas subáreas, incluindo saúde mental (Dupéré, Leventhal, & Vitaro, 2012), comportamentos em saúde (Jerome-D'Emilia & Suplee, 2015; Loeb, Steffensmeier, & Kassab, 2011), saúde geral (Shakespeare-Finch, Rees, & Armstrong, 2015), entre outros.

A autoeficácia atua na regulação de comportamentos, resultados e cuidados em saúde, podendo prever se as pessoas se engajarão em comportamentos saudáveis ou evitarão comportamentos de risco e o quão motivado estão na sua manutenção (Parto & Besharat,

2011). Assim, a autoeficácia é um importante tópico dentro da Psicologia da Saúde, pois está no cerne dos processos de ajustamento e adaptação psicológicos observados nos diferentes processos em saúde (Schwarzer & Luszczynska, 2006).

Autoeficácia, Adaptação e Ajustamento Psicológico

A adaptabilidade se refere à capacidade do indivíduo em se ajustar prontamente, isto é, sem dificuldades impeditivas de realização final, diante de situações de mudança. Esse ajuste pode ser de natureza psicológica e/ou física e as circunstâncias da mudança podem ser positivas, negativas ou neutras. Embora a capacidade de se ajustar a novas circunstâncias seja positiva, a adaptabilidade pode levar a resultados positivos e/ou negativos (Rettew, 2009). A autoeficácia é uma das variáveis que incidem sobre o processo adaptativo, pois ela influencia os processos de implementação da mudança. Por exemplo, uma pessoa pode ter uma alta capacidade para mudança, contudo, apresenta baixa percepção de autoeficácia sobre a probabilidade de implementá-la com sucesso, resultando em um desfecho negativo de ajuste. Em outras palavras, embora a pessoa perceba que a mudança é necessária e tenha recursos físicos e psicológicos para efetuar a mudança, a confiança para iniciar o comportamento de mudança é mais relevante para o desfecho de ajuste (Maddux, Norton, & Leary, 1988; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; Rettew, 2009).

A abordagem de adaptação baseada na TA considera que as crenças de autoeficácia influenciam o ajustamento psicológico por meio de três caminhos: (a) na definição de metas e persistência, (b) na eficiência cognitiva e (c) na adaptabilidade emocional (Maddux & Lewis, 1995). Esses caminhos serão analisados a seguir.

O primeiro caminho – crenças de autoeficácia influenciando a definição de metas e a persistência – aponta que, quando os indivíduos apresentam uma percepção de autoeficácia mais positiva, eles tendem a estabelecer metas pessoais mais desafiadoras e a persistir em direção aos seus objetivos, mesmo diante de obstáculos (por exemplo, tendem a seguir mais

rigorosamente uma dieta restritiva); conseqüentemente, aumentam a probabilidade de maior sucesso e fortalecimento dessas crenças (Bandura, 1988). Além disso, uma forte percepção de autoeficácia produz maior persistência diante de dificuldades que possam surgir ao longo do percurso ao se estabelecer um objetivo, posto que os indivíduos tendem a ter pensamentos mais realistas sobre a possibilidade de adversidades acontecerem (Locke & Latham, 1990).

As crenças de autoeficácia positivas produzem também maior eficiência cognitiva no processo de adaptação psicológica frente a situações adversas de vida, como o adoecimento (Taylor & Armor, 1996). Esse segundo caminho apresentado pela TA demonstra que as pessoas que têm maior confiança na sua capacidade de lidar problemas em diferentes esferas usam seus recursos cognitivos mais efetivamente e com mais eficiência do que pessoas que duvidam de suas habilidades cognitivas e intelectuais (Bandura, 1997; Bandura & Wood, 1989). Essa eficiência geralmente leva a melhores soluções e maior realização, corroborando as crenças do indivíduo sobre sua competência pessoal. Por exemplo, as pessoas com alta percepção de autoeficácia têm maior probabilidade de avaliar as situações estressoras de forma mais realista na busca de diagnóstico e solução para os problemas. Por outro lado, em condições similares, pessoas com baixa percepção de autoeficácia têm maior probabilidade de refletirem mais sobre suas inadequações e incompetência, em vez de dedicarem seus esforços para avaliar o obstáculo e pensar em soluções adaptativas para o problema (Maddux & Meier, 1995).

No terceiro caminho, que se refere à adaptabilidade emocional no processo de ajustamento psicológico, entende-se que crenças positivas sobre competência e habilidade pessoal produzem estados emocionais adaptativos e satisfatórios (Zimmerman, 2013). Os indivíduos que apresentam alta percepção de autoeficácia abordam as situações estressoras de modo mais positivo e, conseqüentemente, tornam-se mais engajados na busca ativa de soluções. Diferentemente disso, crenças relacionadas à ineficácia pessoal geram estados

emocionais angustiantes, que fazem com que os indivíduos experimentem sentimentos e emoções dolorosas, contribuindo com a percepção de maior ineficiência cognitiva e comportamental (Maddux & Meier, 1995).

Em resumo, embora esses três caminhos operem, às vezes, com relativa independência entre si, eles geralmente influenciam o ajustamento e a adaptação de maneira interativa, como grande parte dos processos sociais e cognitivos. No processo de ajustamento psicológico, as crenças de autoeficácia exercem influência no estabelecimento de metas e persistência no alcance dos objetivos, manejando os resultados e o fortalecimento das crenças. Além disso, contribuem com a percepção de eficiência cognitiva, fato que, conseqüentemente, influencia sentimentos no processo de adaptabilidade emocional do indivíduo. Em conjunto, esses fatores são determinantes para a iniciação e a manutenção dos comportamentos em saúde.

Autoeficácia e comportamentos em saúde

A autoeficácia está relacionada à adoção, iniciação e manutenção de diferentes comportamentos em saúde, sendo facilitados a partir da percepção pessoal de controle e da capacidade de resolução de problemas e desafios que se apresentam. Desse modo, uma pessoa que acredita ser capaz de causar um evento e de controlá-lo, apresenta maior probabilidade de conduzir um curso de vida mais ativo e autodeterminado, engajando-se em comportamentos pró-ativos (Schwarzer & Fuchs, 1996). Assim, as crenças de autoeficácia mediam a motivação para agir, de modo que indivíduos com alta percepção de autoeficácia optam por realizar tarefas mais desafiadoras e acreditam serem mais capazes de manter um comportamento em saúde (Locke & Latham, 1990). Esta sessão apresentará a relação entre autoeficácia e alguns comportamentos em saúde, a exemplo dos comportamentos aditivos, prática de exercício físico e controle e enfrentamento da dor, a partir de evidências empíricas.

Comportamentos aditivos

A percepção de autoeficácia exerce um papel multifacetado sobre os comportamentos aditivos, definidos como comportamentos repetitivos (compulsão e obsessão) dirigidos a uma substância ou prática e que gera mal-estar e consequências negativas em diferentes esferas da vida do indivíduo (Dowd, Lawson, & Petosa, 1988). Ela está presente na iniciação do comportamento, no processo de intervenção e na prevenção de recaídas, com enfoque de diferentes tipos de avaliações de eficácia pessoal. A literatura sobre a temática aponta a especificidade e subdivide em cinco tipos distintos de autoeficácia: (a) de enfrentamento, (b) do comportamento dirigido ao tratamento, (c) da recuperação, (d) do controle e (e) da abstinência. A autoeficácia de enfrentamento se concentra no enfrentamento bem-sucedido de situações específicas, como, por exemplo, ser assertivo ao procurar amigos para conversar em situações nas quais está emocionalmente angustiado, em vez de recorrer ao comportamento viciante. A autoeficácia do comportamento dirigido ao tratamento diz respeito à capacidade do indivíduo de se engajar no processo e realizar atividades que são relevantes ao tratamento (Overholser & Beck, 1985). A autoeficácia de recuperação está relacionada à confiança que o indivíduo tem de se recuperar após uma recaída, de modo que, quanto maior a percepção de sua competência pessoal para se recuperar de possíveis deslizes, maior a probabilidade de êxito (O'Leary, 1985). A autoeficácia de controle se refere à confiança que o indivíduo tem na sua capacidade de se controlar em situações provocativas, como, por exemplo, a capacidade de resistir ao desejo de beber em uma confraternização com amigos (Glynn & Ruderman, 1986). Por último, a autoeficácia relacionada à abstinência, que envolve a percepção que a pessoa tem sobre sua capacidade de se abster do comportamento aditivo em situações-gatilhos para realizá-lo (DiClemente, 1981).

O papel da autoeficácia no estabelecimento de aliança terapêutica em paciente em tratamento para transtornos por uso de álcool foi estudado por Maisto et al. (2015). A

pesquisa evidenciou que a autoeficácia pós-tratamento foi moderadora da relação entre aliança terapêutica e os resultados do consumo de bebida nesse período. Desse modo, uma maior percepção de autoeficácia previu melhores desfechos de tratamento. Em outras palavras, o estudo reafirmou a importância da aliança terapêutica e da autoeficácia na previsão dos resultados do tratamento.

Em resumo, a autoeficácia atua como um elemento moderador desde a adição do comportamento ao processo de recaída, pois desempenham um papel fundamental na avaliação da vulnerabilidade à iniciação do comportamento aditivo. Um baixo senso sobre a habilidade de recusar alguma droga ilícita, por exemplo, tende a aumentar a probabilidade de se engajar em comportamentos aditivos. Além disso, atua na previsão da capacidade de modificar o comportamento ou de se abster quando se deparam com situações de alto risco, como a vivência de sentimentos angustiantes ou pressão social. Nessas situações, os indivíduos podem realizar com sucesso ou não comportamentos de enfrentamento adaptativos, à medida que se percebe capaz de lidar com elas. Em contrapartida, as crenças de autoeficácia também são modeladas a partir dessas experiências, de modo que a eficácia para lidar com cada situação aumenta com o sucesso e diminui com a falha.

Prática de exercício físico

A autoeficácia é um dos principais determinantes da prática de atividade física e sua consequente promoção de saúde. Há uma relação recíproca entre as crenças de eficácia dirigidas à prática de exercício e ao comportamento em si, isto é, as crenças de eficácia, tanto exercem influência sobre a prática de atividade física, quanto são modeladas pelos resultados satisfatórios e o bem-estar promovido. Os indivíduos que apresentam níveis mais altos de autoeficácia têm maior probabilidade de se comprometerem em um programa regular de exercícios e de terem sentimentos mais fortes sobre sua efetividade, comparativamente com

aqueles com níveis mais baixos (Marcus, Eaton, Rossi, & Harlow, 1994; McAuley & Jacobson, 1991).

Uma revisão sistemática foi feita por French, Olander, Chisholm, e Sharry (2014), com objetivo de identificar técnicas de mudança de comportamento que moderam a autoeficácia e, conseqüentemente, o comportamento de atividade física em adultos não-clínicos. Os resultados apontaram que intervenções com foco no desenvolvimento de habilidades de autorregulação, como o estabelecimento de metas comportamentais, o estímulo ao automonitoramento do comportamento, o planejamento de recaídas, o fornecimento de informações normativas e de *feedback* sobre o desempenho, foram associadas a níveis mais altos de autoeficácia e ao aumento da prática de atividade física. Outro estudo objetivou analisar os papéis da autoeficácia e da motivação na previsão de adesão ao exercício entre os pacientes com doença coronariana. Os achados demonstraram, que tanto a motivação, quanto a autoeficácia foram importantes determinantes da regulação da prática de atividade física entre esses pacientes. Evidenciou-se também que a autoeficácia tem uma importante função mediadora da relação entre a motivação para o exercício e o comportamento em si. O estudo, portanto, confirmou a relevância dos papéis, tanto da motivação, quanto da autoeficácia no processo de mudança de comportamento em saúde (Slovinec, Pelletier, Reid, & Huta, 2014).

Em resumo, esses achados demonstram a importância e as implicações do papel da autoeficácia para ações em saúde, principalmente para o campo da Psicologia. Intervenções com foco no desenvolvimento de crenças mais positivas de autoeficácia têm se mostrado uma estratégia promissora para motivar o engajamento e a manutenção de hábitos mais saudáveis, incluindo a prática de exercício físico e uma boa alimentação, contribuindo no melhoramento de indicadores gerais de saúde.

Controle e enfrentamento da dor

A noção de que a experiência de dor está associada apenas à estimulação fisiológica já não se sustenta na literatura (Burke, Mathias, & Denson, 2015). Inúmeros fatores estão relacionados a essa vivência, incluindo os efeitos da excitação emocional, a interpretação e o contexto, o passado histórico de dor e fatores cognitivos. Este último abarca uma série de processos, como o foco da atenção, a imaginação e o autoencorajamento, o controle percebido sobre a estimulação dolorosa, entre outros (Walker, 2005). O papel do controle cognitivo da dor começou a receber mais atenção nos últimos anos. Estudos mostraram que o uso de estratégias cognitivas é efetivo na redução da dor, superando outras intervenções, como o treinamento de relaxamento, e até mesmo superiores à medicação analgésica em alguns casos (Kadimpati, Zale, Hooten, Ditre, & Warner, 2015; Kim & Suh, 2017).

A autoeficácia percebida é um dos mais importantes construtos cognitivos que exercem papel mediador no empreendimento de estratégias cognitivas de enfrentamento à dor (Arnstein, Caudill, Mandle, Norris, & Beasley, 1999). Indivíduos que apresentam maior percepção de autoeficácia estão mais inclinados a tentar persistir nos esforços para controlar a dor através de tratamentos não medicamentosos, como, por exemplo, com o uso de técnicas cognitivo-comportamentais. Além disso, uma pessoa que tem uma crença de autoeficácia mais positiva tende a experimentar menos sintomas de ansiedade e depressão no manejo e controle da dor. A TA também pode explicar as diferenças individuais na tolerância à dor, pois esta está correlacionada à precisão que as pessoas fazem sobre a quantidade de tempo em que suportariam um estímulo doloroso (Ahlstrand, Vaz, & Falkmer, 2017; Salvetti, Pimenta, Lage, Junior, & Rocha, 2007). Por exemplo, quanto menor a percepção do indivíduo de ser capaz de lidar com uma experiência dolorosa, mais dor a pessoa espera e menor é sua autoeficácia para realizar ações relacionadas à redução da dor. Portanto, a avaliação que os

pacientes fazem acerca da sua percepção de eficácia pessoal para controlar a dor e fortalecê-las pode ter grande utilidade clínica (Salveti et al., 2007).

Uma metanálise foi realizada com objetivo de avaliar a relação entre a variável autoeficácia e funcionamento (intensidade da dor, comprometimento funcional e sofrimento afetivo) em amostras de pacientes com dor crônica. A metanálise agrupou 86 estudos, totalizando mais de 15.000 respondentes. Os pesquisadores constataram que a autoeficácia está correlacionada negativamente com todas as dimensões do funcionamento. Em outros termos, quanto maior a percepção de autoeficácia do indivíduo, menor será o comprometimento funcional na vivência de dor crônica, menor o sofrimento afetivo e menor será a gravidade da dor percebida. Como esperado, níveis elevados de autoeficácia foram relacionados a um melhor funcionamento em todos os desfechos investigados, destacando seu papel fundamental no ajustamento psicológico para a dor crônica. Portanto, a variável autoeficácia é considerada um dos correlatos mais robustos nos principais resultados relacionados à dor crônica, apresentando-se como um fator protetivo, potencialmente relevante para implicações no funcionamento dos grupos afetados por esta condição clínica (Jackson, Wang, Wang, & Fan, 2014).

A promoção e prática de comportamentos saudáveis e a prevenção, redução ou eliminação de comportamentos não saudáveis para os indivíduos se configura como um dos maiores desafios para a Psicologia da Saúde. Nesse sentido, a autoeficácia se revela como um importante determinante e preditor de comportamentos mais eficazes em saúde (Bandura, 1997; Maddux, 1995; O'Leary, 1992; Schwarzer & Fuchs, 1996). Essa variável desempenha um papel significativo na iniciação, manutenção, controle, abandono e evitação de vários comportamentos em saúde (Hevey et al., 1998).

Por outro lado, sabe-se que muitos desses comportamentos classificados como de risco à saúde estão presentes em outros quadros clínicos, como na ocorrência de Transtornos

Mentais Comuns (TMCs) (World Health Organization [WHO], 2014). Por esse motivo, a seguir, se discute como a TA se aplica à ocorrência de TMCs, considerando seu valor preditivo e sua função como fator de proteção.

Transtornos Mentais Comuns e Autoeficácia

Os TMCs caracterizam uma série de sintomas de caráter não-psicótico, como a insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que produzem impacto significativo na vida dos indivíduos acometidos, incluindo sofrimento mental muitas vezes não abrangido pelos critérios diagnósticos das classificações internacionais (Goldberg & Huxley, 1992). Esses transtornos produzem não só diminuição na qualidade de vida das pessoas, como também acarreta em impactos econômicos para os sistemas de saúde, considerando, ainda, o fato de estarem diretamente associados a comorbidades, como problemas cardíacos e diabetes. Mundialmente, estima-se que 4,4% da população sofrem de transtornos depressivos e 3,6% de transtornos de ansiedade. Esses dados revelam que a prevalência de TMCs se configura como uma das maiores questões em saúde pública (WHO, 2017).

De um modo geral, a saúde mental denota a capacidade de ajustamento psicológico individual e a capacidade de se adaptar à mudança e lidar com a adversidade (Goldberg & Huxley, 1992). Nesse contexto, a autoeficácia tem sido considerada um importante moderador na relação com diferentes transtornos mentais, como a depressão e a ansiedade, transtornos fóbicos, transtorno de estresse pós-traumático e transtornos alimentares (Steele, Bergin, & Wade, 2011), entre outros.

Depressão e Autoeficácia

A depressão é um dos problemas mais comuns que têm sido direcionados ao encaminhamento para profissionais de saúde, incluindo médicos e psicólogos (Anthony et al., 2010). O Modelo Cognitivo de Beck (1976) é a perspectiva teórica mais utilizada para

explicar a depressão. Nessa abordagem, a depressão é entendida como um processo resultante de uma inibição global da pessoa, que altera e distorce a forma como ela vê o mundo e a realidade, e como percebe e demonstra suas emoções. O modelo entende que existe uma predisposição cognitiva para a depressão, predisposição esta derivada das experiências individuais das pessoas, as quais formam conceitos ou esquemas negativistas sobre a forma como a pessoa entende a si mesma, o mundo e o seu futuro. A aplicação da TA à depressão recebeu menos atenção do que esse modelo, mas também contribuiu significativamente para a compreensão da depressão (Maddux & Meier, 1995).

A TA busca explicar a relação entre cognições de autodesvalorização e autodepreciação e a capacidade individual de lidar com a iniciação e manutenção de comportamentos de enfrentamento diante de um quadro depressivo. Nesse processo, estão envolvidos três tipos de crenças de autoeficácia que influenciam a depressão. A primeira crença está relacionada ao sentimento de incapacidade de atingir padrões de realização ou desempenho que produzam satisfação pessoal. A segunda implica na crença de incapacidade de desenvolver e se engajar em relacionamentos satisfatórios com outras pessoas. Por último, a crença de que são incapazes de controlar rumações depressivas (Bandura, 1993). Além disso, as crenças de autoeficácia exercem influência significativa no humor e, conseqüentemente, no desempenho, estabelecendo uma relação de reciprocidade, na qual os estados emocionais e os desempenhos são fontes de informação no desenvolvimento das crenças de autoeficácia.

Em resumo, baixas expectativas de autoeficácia ou baixas expectativas relacionadas aos resultados podem produzir sentimentos de apatia e baixos índices de iniciação de comportamentos, falta de interesse e persistência em uma tarefa, além de gerar sentimentos de inutilidade e inadequação. Segundo a TA, quando um resultado é altamente valorizado e o indivíduo apresenta uma baixa percepção de autoeficácia para desempenhá-lo com êxito, é

bem provável a ocorrência de depressão, pois este experimentará sentimentos de incapacidade. Quando as pessoas acreditam que resultados altamente desejados (por exemplo, ser aprovado em um concurso público) podem ser obtidos através do desempenho de certos comportamentos (alto padrão de organização e comprometimento para estudo) e acreditam que são incapazes (comparativamente a outras pessoas, interpretadas pelo indivíduo como capazes) de realizar os comportamentos requeridos, eles exibem baixas taxas de iniciativa comportamental e persistência (não conseguem iniciar e manter o plano de estudo), auto-desvalorização (passam a acreditar serem incapazes) e, conseqüentemente, apresentam um humor deprimido (Bandura, 1982, 1986).

Uma pesquisa realizada por Chang, Wang, Li e Liu (2011) investigou o nível de depressão entre enfermeiros e o papel mediador da autoeficácia. Os resultados demonstraram que 52,5% dos participantes relataram sintomas depressivos de leves a moderados e a variável autoeficácia se revelou como um fator protetivo à depressão. Enfermeiros que tinham uma percepção mais positiva sobre suas crenças de autoeficácia relataram níveis mais baixos de depressão e se percebiam mais capazes de lidar com as demandas no ambiente de trabalho. Outro estudo investigou a correlação entre depressão e autoeficácia após Acidente Vascular Cerebral (AVC), e os resultados da reabilitação. Os pacientes foram avaliados no processo de admissão e ao final do tratamento com fisioterapia. Os resultados apontaram uma diferença significativa negativa nos escores de depressão, uma melhor recuperação funcional ao final do treinamento e maior nível de autoeficácia. Os pacientes que apresentaram boa recuperação funcional e alto nível de autoeficácia também indicaram melhora significativa do humor. Ressaltou-se que focar e potencializar a autoeficácia no ambiente de reabilitação pode ajudar os médicos a obter melhores resultados funcionais, incluindo a redução da depressão (Torrisi et al., 2018). Portanto, observa-se que a autoeficácia exerce um papel moderador importante

para a depressão, sendo indicada como um construto-chave para pesquisas e intervenções clínicas.

Ansiedade e Autoeficácia

A ansiedade e os distúrbios fóbicos estão entre os problemas psicológicos mais prevalentes, angustiantes e incapacitantes, chamando a atenção de inúmeros pesquisadores e profissionais de saúde. O transtorno de ansiedade denota uma gama diversificada de respostas emocionais, atitudinais, cognitivas, perceptuais, fisiológicas e comportamentais em relação a um estímulo. Ela passa a ser entendido como patológica quando é desproporcional ao objeto de medo e quando interferem significativamente na qualidade de vida, no conforto emocional ou no desempenho diário do indivíduo. Essas reações exacerbadas aos estímulos ansiogênicos se desenvolvem, entre outros fatores, a partir de uma predisposição neurobiológica herdada (Paulus, Wadsworth, & Hayes-Skelton, 2015).

A ansiedade é grandemente explicada pela Análise do Comportamento (Skinner, 1965). Nessa abordagem, a ansiedade não pode ser entendida como causa de outros comportamentos, visto que também se trata de um comportamento sob o controle de determinadas circunstâncias. Trata-se de uma reação emocional resultante da apresentação de um estímulo que antecede um estímulo aversivo, com efeitos no comportamento operante publicamente observável (Skinner, 1965). A ansiedade foi um dos primeiros transtornos mentais comuns a serem aplicados à TA (Bandura, 1977; Bandura & Adams, 1977; Bandura, Adams, & Beyer, 1977).

Na TA, a ansiedade é consequência de uma percepção de incapacidade de lidar comportamental e cognitivamente com ameaças potenciais (Bandura, 1988). A ameaça percebida é, em grande parte, uma função de quão bem se pensa que pode lidar com as circunstâncias. Por exemplo, realizar um teste em matemática pode ser ansiogênico para quem não estudou o conteúdo previsto. Quando as pessoas têm uma crença diminuída de que podem

exercer respostas de enfrentamento eficazes, elas tendem a ficar preocupadas com suas deficiências e a refletir sobre possíveis perigos.

Um estudo de Brown et al. (2014) avaliou as variações na autoeficácia e na expectativa de resultados durante tratamento de uma amostra com transtorno de pânico ($n = 262$), transtorno de ansiedade generalizada ($n = 549$), transtorno de ansiedade social ($n = 132$) e transtorno de estresse pós-traumático ($n = 61$). A hipótese dos autores era de que um aumento nos níveis de autoeficácia e de expectativa de resultado poderia prever reduções na ansiedade e melhorar o funcionamento psicossocial do indivíduo. Os resultados apontaram evidências de que ambas as variáveis foram importantes na predição dos sintomas e do funcionamento psicossocial, ao longo de todo o tratamento. Além disso, os achados indicaram que, tanto a autoeficácia, quanto a expectativa de resultados podem variar durante o tratamento; além disso, essa mudança prediz significativamente a melhora dos sintomas e do funcionamento psicossocial durante os 18 meses de tratamento. Uma possível explicação sobre como essas variáveis preveem efeitos benéficos está no maior senso de controle e motivação para se engajar em atividades terapêuticas, a exemplo da exposição e da reestruturação cognitiva, as quais levam a maiores melhorias nos sintomas e funcionamento.

Autoeficácia e a variável gênero

A variável gênero é um dos principais elementos nas pesquisas em Psicologia de modo geral e, especificamente, na Psicologia da Saúde, visto que o sexo do indivíduo é um importante determinante de saúde e bem-estar (Coen & Banister, 2012). Essa variável influencia a adoção de comportamentos de risco, o acesso aos cuidados de saúde, o comportamento de busca de saúde, a utilização dos cuidados e, conseqüentemente, a prevalência de doenças e os resultados do tratamento (Hoffman & Tarzian, 2001).

O gênero também tem ocupado espaço dentro das pesquisas sobre autoeficácia (Jenkins, Goodness, & Buhrmester, 2002; Kalichman & Nachimson, 1999; Linde et al., 2004;

McKay, Dempster, & Byrne, 2014; Wu, Tang, & Kwok, 2003). Esses achados empíricos sustentam a hipótese de que homens e mulheres têm crenças distintas entre si sobre sua competência pessoal para gerar resultados em determinados contextos. Quanto a essas diferenças, Bandura (1986, 1997) afirmou que elas se dão em decorrência dos processos de socialização diferenciados entre os sexos e que são presentes nas mais diversas sociedades. Esses processos de socialização assumem que há papéis esperados para homens e mulheres, que reforçam estereótipos de gênero e geram expectativas específicas para cada um deles (Mueller & Dato-On, 2008). Por exemplo, mulheres que são mais afetadas pelos estereótipos de gênero tendem a ter uma crença de autoeficácia menor sobre sua capacidade para exercer atividades consideradas tradicionalmente masculinas. Por outro lado, aquelas que têm uma visão mais igualitária sobre os papéis de gênero, ou que não são significativamente afetadas pelos estereótipos, tendem a desenvolver uma crença favorável de eficácia pessoal (Bandura, 1997; Lent, Hackett, & Brown, 2004).

Em resumo, os estudos evidenciam que há diferenças nas crenças de autoeficácia no que se refere à variável gênero. As mulheres tendem a se perceberem menos capazes para executar ações requeridas para realização de determinadas tarefas, comparativamente aos homens, mesmo em contextos nos quais os desfechos são mais exitosos para elas, por exemplo, nas atividades de cuidado. Essas diferenças podem ser explicadas, pelo menos em parte, pela crença socialmente construída de que homens são mais competentes em papéis que são mais valorizadas socialmente (Croft, Schmader, & Block, 2015). De modo geral, a autoeficácia é um importante fator de influência para a saúde para ambos os sexos. Contudo, esses achados evidenciam a necessidade de intervenções com foco maior no desenvolvimento de crenças positivas de autoeficácia nas mulheres.

Considerações Finais

Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão narrativa conceitual do construto autoeficácia e suas implicações no campo da saúde, incluindo alguns fenômenos e variáveis. A análise conceitual revisitou os aspectos históricos, a evolução conceitual do construto e sua emergência dentro da Teoria Social Cognitiva de Bandura. Esta revisão possibilitou a construção de um espaço para a discussão da importância da autoeficácia nos processos em saúde; como ela pode influenciar fenômenos na área, incluindo comportamentos, ocorrência e prevalência de transtornos mentais comuns e relação com a variável sexo, considerada um determinante potencial em saúde.

A autoeficácia é entendida como a crença que o indivíduo tem em sua capacidade de realizar com sucesso um curso de ações para um determinado fim. Por exemplo, a crença de um indivíduo com diabetes de ser capaz de seguir uma dieta para obter êxito em reduzir índices glicêmicos. A autoeficácia é um construto-chave para explicar uma série de fenômenos em diferentes áreas da Psicologia, incluindo o campo da saúde, no qual se concentra grande parte do corpo de pesquisas sobre a influência da autoeficácia em seus processos e fenômenos.

Foi demonstrado, empiricamente, que a autoeficácia é uma variável influente nos comportamentos de mudança e manutenção em saúde, além de importante preditor em condições de adoecimento. Para futuros progressos no campo da autoeficácia, sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas com foco na investigação de diferenças das crenças em termos de idade, que é considerada uma variável determinante em saúde. Sugere-se também, a realização de estudos de caráter interventivo, que avaliem a autoeficácia antes e depois de processos educacionais que deem atenção ao fortalecimento de crenças de autoeficácia adaptativas.

Referências

- Ahlstrand, I., Vaz, S., Falkmer, T., Thyberg, I., & Björk, M. (2017). Self-efficacy and pain acceptance as mediators of the relationship between pain and performance of valued life activities in women and men with rheumatoid arthritis. *Clinical Rehabilitation*, *31*(6), 824-834. doi: 10.1177/0269215516646166
- Anthony, J. S., Baik, S. Y., Bowers, B. J., Tidjani, B., Jacobson, C. J., & Susman, J. (2010). Conditions that influence a primary care clinician's decision to refer patients for depression care. *Rehabilitation Nursing*, *35*(3), 113-122. doi: 10.1002/j.2048-7940.2010.tb00286
- Arnstein, P., Caudill, M., Mandle, C. L., Norris, A., & Beasley, R. (1999). Self-efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, *80*(3), 483-491. doi: 10.1016/S0304-3959(98)00220-6
- Azzi, R. G., & Polydoro, S. A. J. (2006). Autoeficácia proposta por Albert Bandura: algumas discussões. In R. G. Azzi, & S. A. J. Polydoro (Orgs.), *Auto-eficácia em diferentes contextos* (pp. 9-23). Campinas: Editora Alínea.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, *1*, 287-308. doi: 10.1007/BF01663995
- Bandura, A., Adams, N. E., & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavior change. *Journal of Personality and Social Psychology*, *35*, 125-139. doi: 10.1037/0022-3514.35.3.125
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, *37*, 122-147. doi: 10.1037/0003-066X.37.2.122

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1, 77-98. doi: 10.1080/10615808808248222
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184. doi: 10.1037/0003-066X.44.9.1175
- Bandura, A., & Wood, R. E. (1989). Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 805-814. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2724068>
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *Journal of Applied Sport Psychology*, 2(2), 128-163. doi: 10.1080/10413209008406426
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-148. doi: 10.1207/s15326985ep2802_3
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2008). The reconstrual of “free will” from the agentic perspective of social cognitive theory. In J. Baer, J. C. Kaufman, & R. F. Baumeister (Orgs.), *Are we free? Psychology and free will* (pp. 86-127). Oxford: Oxford University Press.
- Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management*, 38, 9-44. doi: 10.1177/0149206311410606
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: Contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18(2), 295-306. Recuperado em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751436005>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

- Bong, M., & Skaalvik, E. M. (2003). Academic self-concept and self-efficacy: How different are they really? *Educational Psychology Review*, *15*, 1-40. doi: 10.1023/A:1021302408382
- Brown, L. A., Wiley, J. F., Wolitzky-Taylor, K., Roy-Byrne, P., Sherbourne, C., Stein, M. B., ... & Craske, M. G. (2014). Changes in self-efficacy and outcome expectancy as predictors of anxiety outcomes from the CALM study. *Depression and Anxiety*, *31*(8), 678-689. doi: 10.1002/da.22256
- Burke, A. L., Mathias, J. L., & Denson, L. A. (2015). Psychological functioning of people living with chronic pain: A meta-analytic review. *British Journal of Clinical Psychology*, *54*(3), 345-360. doi: 10.1111/bjc.12078
- Calvetti, P. U., Muller, M. C., & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: Perspectivas e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *27*(4), 706-717.
- Chang, Y., Wang, P. C., Li, H. H., & Liu, Y. C. (2011). Relations among depression, self-efficacy and optimism in a sample of nurses in Taiwan. *Journal of Nursing Management*, *19*(6), 769-776. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01180.x
- Cohen, P. N., & Huffman, M. L. (2003). Individuals, jobs, and labor markets: The devaluation of women's work. *American Sociological Review*, 443-463. doi: 10.2307 / 1519732
- Croft, A., Schmader, T., & Block, K. (2015). An underexamined inequality: Cultural and psychological barriers to men's engagement with communal roles. *Personality and Social Psychology Review*, *19*(4), 343-370. doi: 10.1177/1088868314564789.
- DiClemente, C. C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, *5*(2), 175-187. doi: 10.1007/BF01172525
- Dowd, E. T., Lawson, G. W., & Petosa, R. (1986). Attributional styles of alcoholics. *International Journal of the Addictions*, *21*(4-5), 589-593. doi: 10.3109/10826088609083543

- Dupéré, V., Leventhal, T., & Vitaro, F. (2012). Neighborhood processes, self-efficacy, and adolescent mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, *53*, 183-198. doi: 10.1177/0022146512442676
- Fernandes, S. R., Faro, A., & Tecchio, E. (2015). Pesquisas em Psicologia Social e da Saúde. *Revista Brasileira de Psicologia*, *1*(2), 58-70. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/273143722_Pesquisas_em_Psicologia_Social_e_da_Saude_Health_and_Social_Psychology_Researchs
- French, C. T., Fletcher, K. E., & Irwin, R. S. (2004). Gender differences in health related quality of life in patients complaining of chronic cough. *Chest Journal*, *125*, 482- 488. Recuperado em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14769728>
- French, D. P., Olander, E. K., Chisholm, A., & Mc Sharry, J. (2014). Which behaviour change techniques are most effective at increasing older adults' self-efficacy and physical activity behaviour? A systematic review. *Annals of Behavioral Medicine*, *48*(2), 225-234. doi: 10.1007/s12160-014-9593-z
- Glynn, S. M., & Ruderman, A. J. (1986). The development and validation of an eating self-efficacy scale. *Cognitive Therapy and Research*, *10*(4), 403-420. doi: 10.1007/BF01173294
- Goldberg, D. P., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. New York: Tavistock/Routledge.
- Guntzviller, L. M., King, A. J., Jensen, J. D., & Davis, L. A. (2017). Self-efficacy, health literacy, and nutrition and exercise behaviors in a low-income, Hispanic population. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *19*(2), 489-493. doi: 10.1007/s10903-016-0384-4
- Hevey, D., Smith, M. L., & McGee, H. M. (1998). Self-efficacy and health behaviour: A review. *The Irish Journal of Psychology*, *19*, 248-273. doi: 10.1080/03033910.1998

- Hoffmann, D. E., & Tarzian, A. J. (2001). The girl who cried pain: A bias against women in the treatment of pain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 28, 13-27. doi: 10.1111/j.1748-720X.2001.tb00037.x
- Jackson, T., Wang, Y., Wang, Y., & Fan, H. (2014). Self-efficacy and chronic pain outcomes: A meta-analytic review. *The Journal of Pain*, 15(8), 800-814. doi: 10.1016/j.jpain.2014.05.002
- Jensen, M. P., & Turk, D. C. (2014). Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to all psychologists. *American Psychologist*, 69(2), 105-118. doi: 10.1037 / a0035641
- Jerome-D'Emilia, B., & Suplee, P. D. (2015). Mammogram use and self-efficacy in an urban minority population. *Public Health Nursing*, 32(4), 287-297. doi: 10.1111/phn.12162
- Kadimpati, S., Zale, E. L., Hooten, M. W., Ditre, J. W., & Warner, D. O. (2015). Associations between neuroticism and depression in relation to catastrophizing and pain-related anxiety in chronic pain patients. *PloS One*, 10(4), e0126351. Doi: 10.1371/journal.pone.0126351
- Kershaw, T., Ellis, K. R., Yoon, H., Schafenacker, A., Katapodi, M., & Northouse, L. (2015). The interdependence of advanced cancer patients' and their family caregivers' mental health, physical health, and self-efficacy over time. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(6), 901-911. doi: 10.1007/s12160-015-9743-y
- Kim, M. R., & Suh, Y. (2017). The influence of cognitive function, pain, and body image on the activities of daily living in patients with brain injury. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 20(1), 33-41. doi: 10.1371/journal.pone.0126351
- Leganger, A., Kraft, P., & Rysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health behaviour research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology & Health*, 15(1), 51-69. doi:10.1080/08870440008400288

- Lent, R. W., & Brown, S. D. (2006). On conceptualizing and assessing social cognitive constructs in career research: A measurement guide. *Journal of Career Assessment, 14*(1), 12-35. doi: 10.1177/1069072705281364
- Lent, R., Hackett, G., & Brown, S. D. (2004). Una perspectiva social cognitiva de la transición entre la escuela y el trabajo. *Evaluar, 4*, 1-22. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/596/565>
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal-setting and task performance*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Loeb, S. J., Steffensmeier, D., & Kassab, C. (2011). Predictors of self-efficacy and self-rated health for older male inmates. *Journal of Advanced Nursing, 67*, 811–820. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05542.x
- Maddux, J. E. (1995). Self-efficacy theory. In E. J. Maddux (Org.). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 03-33). Springer: Springer Science & Business Media.
- Maddux, J. E., & Lewis, J. (1995). Self-efficacy and adjustment. In E. J. Maddux (Org.). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 37-68). Springer: Springer Science & Business Media.
- Maddux, J. E., & Meier, L. J. (1995). Self-efficacy and depression. In J. E. Maddux (Org.). *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application* (pp. 143-169). Springer: Springer Science & Business Media.
- Maddux, J. E., Norton, L. W., & Leary, M. R (1988). Cognitive components of social anxiety: An investigation of the integration of self-presentation theory and self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology* (pp.180-190). doi: 10.1521/jscp.1988.6.2.180
- Maisto, S. A., Roos, C. R., O'sickey, A. J., Kirouac, M., Connors, G. J., Tonigan, J. S., & Witkiewitz, K. (2015). The indirect effect of the therapeutic alliance and alcohol

- abstinence self-efficacy on alcohol use and alcohol-related problems in Project MATCH. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(3), 504-513. doi: 10.1111/acer.12649
- Marcus, B. H., Eaton, C. A., Rossi, J. S., & Harlow, L. L. (1994). Self-Efficacy, decision-making, and stages of change: An integrative model of physical exercise 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(6), 489-508. doi: 10.1111/j.1559-1816.1994.tb00595.x
- McAuley, E., & Jacobson, L. (1991). Self-efficacy and exercise participation in sedentary adult females. *American Journal of Health Promotion*, 5(3), 185-207. doi: 10.4278/0890-1171-5.3.185
- McKay, M. T., Dempster, M., & Byrne, D. G. (2014). An examination of the relationship between self-efficacy and stress in adolescents: The role of gender and self-esteem. *Journal of Youth Studies*, 17(9), 1131-1151. doi: 10.1080/13676261.2014.901494
- Mueller, S. L., & Dato-On, M. C. (2008). Gender-role orientation as a determinant of entrepreneurial self-efficacy. *Journal of Developmental Entrepreneurship*, 13(01), 3-20. doi: 10.1142/S108494670800082X
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behaviour Research and Therapy*, 23(4), 437-451. doi: 10.1016/0005-7967(85)90172-X
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 229-245. doi: 10.1007/BF01173490
- Overholser, J., & Beck, S. (1985). Assessing generalization of treatment effects and self-efficacy in the modification of eating styles in obese children. *Addictive Behaviors*, 10(2), 145-152. doi: 10.1016/0306-4603(85)90020-6

- Pajares (2002). *Overview of social cognitive theory and of self-efficacy*. Recuperado de:
<http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>
- Pajares, F., & Schunk, D. (2005). Self-efficacy and self-concept beliefs. *New Frontiers for Self-Research, March H. Craven R, McInerney D (eds.). Greenwich, CT: IAP.*
- Parto M., & Besharat M. A. (2011). The direct and indirect effects of self- efficacy and problem solving on mentalhealth in adolescents: Assessing the role of coping strategies as mediating mechanism. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 30*, 639-43. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.124
- Paulus, D. J., Wadsworth, L. P., & Hayes-Skelton, S. A. (2015). Mental health literacy for anxiety disorders: How perceptions of symptom severity might relate to recognition of psychological distress. *Journal of Public Mental Health, 14*(2), 94-106. doi: 10.1108/JPMH-09-2013-0064
- Porter, L. S., Keefe, F. J., Garst, J., Baucom, D. H., McBride, C. M., McKee, D. C., ... & Scipio, C. (2011). Caregiver-assisted coping skills training for lung cancer: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Pain and Symptom Management, 41*(1), 1-13. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.04.014
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.
Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1329589>
- Proctor, C., Maltby, J., & Linley, P. A. (2011). Strengths use as a predictor of well-being and health-related quality of life. *Journal of Happiness Studies, 12*(1), 153-169. doi: 10.1007/s10902-009-9181-2
- Retew, J. G. (2009). Adaptability. In S. J. Lopez (Org.), *The Encyclopedia of Positive Psychology* (pp. 10-13). Blackwell Publishing Ltd.

- Saklofske, D. H., Austin, E. J., Galloway, J., & Davidson, K. (2007). Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*, 42(3), 491-502. doi: 10.1016/j.paid.2006.08.006
- Salveti, M. D. G., Pimenta, C. D. M., Lage, L. V., Oliveira Junior, J. O. D., & Rocha, R. D. O. (2007). Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(3), 111-117. doi: 10.1590/S0101-60832007000300002
- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 1-10. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.08.005
- Schramm, F. R., & Castiel, L. D. (1992). Processo saúde/doença e complexidade em epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, 8, 379-390. doi: 10.1590/S0102-311X1992000400004
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviours. In M. Conner, & P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models* (pp. 163-196). Buckingham: Open University Press.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2006). Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors, and health. In T. Urdan, & F. Pajares (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 139-159). Greenwich: Information Age Publishing.
- Shakespeare-Finch, J., Rees, A., & Armstrong, D. (2015). Social support, self-efficacy, trauma and well-being in emergency medical dispatchers. *Social Indicators Research*, 123(2), 549-565. doi: 10.1007/s11205-014-0749-9
- Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W. M., ... & Rothman, A. J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on

- health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health Psychology*, 35(11), 1178. doi: 10.1037/hea0000387
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. New York: Free Press.
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano*. (11. ed., J. C. Todorov, Trad.). São Paulo: Martins. (Originalmente publicado em 1953).
- Slovinec D'Angelo, M. E., Pelletier, L. G., Reid, R. D., & Huta, V. (2014). The roles of self-efficacy and motivation in the prediction of short-and long-term adherence to exercise among patients with coronary heart disease. *Health Psychology*, 33(11), 1344. doi: 10.1037/hea0000094
- Somers, T. J., Blumenthal, J. A., Guilak, F., Kraus, V. B., Schmitt, D. O., Babyak, M. A., ... & Shelby, R. A. (2012). Pain coping skills training and lifestyle behavioral weight management in patients with knee osteoarthritis: A randomized controlled study. *Pain*, 153(6), 1199-1209. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.04.014
- Srivastava, A., & Kaur, D. (2018). Self-efficacy, mental health and attitude towards androgynization of roles: A comparative study of sports women and non-sports women. *Journal of Psychosocial Research*, 13(1), 237-243. doi: 10.1080/09720073.2004.11890851
- Steele, A. L., Bergin, J., & Wade, T. D. (2011). Self-efficacy as a robust predictor of outcome in guided self-help treatment for broadly defined bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 389-396. doi: 10.1002/eat.20830
- Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 873–898. doi: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00947.x
- Tellhed, U., Bäckström, M., & Björklund, F. (2017). Will I fit in and do well? The importance of social belongingness and self-efficacy for explaining gender differences in interest in STEM and HEED majors. *Sex Roles*, 77(1-2), 86-96. doi: 10.1007/s11199-016-0694-y

- Torrise, M., De Cola, M. C., Buda, A., Carioti, L., Scaltrito, M. V., Bramanti, P., ... & Calabro, R. S. (2018). Self-efficacy, poststroke depression, and rehabilitation outcomes: Is there a correlation?. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(11), 3208-3211. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.07.021
- Walker, S. P. (2005). Psychological aspects of chronic pain: A literature review. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 11(4), 139-145. doi: 10.1080/22201173
- WHO, World Health Organization. (2014). *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade*. Geneva: WHO.
- WHO, World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates*. Geneva: WHO.
- Wolpe, J. (1978). *Prática da terapia comportamental*. (W. G. Clark Jr., Trad.). São Paulo: Brasiliense. (Originalmente publicado em 1973).
- Zimmermann, B. J. (2013). From cognitive modeling to self-regulation: A social cognitive career path. *Educational Psychologist*, 48(3), 135-147. doi: 10.1080/00461520.2013.794676

- Capítulo 2-

Estudo II

Revisão Integrativa da Relação entre Autoeficácia e Depressão em Adolescentes

Resumo

A presente revisão integrativa objetivou reunir estudos sobre a relação entre autoeficácia e depressão em adolescentes. As bases de dados utilizadas foram *Web of Science*, Scopus, PsycINFO, SciELO e PePSIC. Utilizou-se o *software* StArt como ferramenta de suporte para a extração dos artigos selecionados, bem como o uso das recomendações PRISMA. Os termos empregados para a busca eletrônica foram: “*self-efficacy*”, “*depression*”, “*adolescent*” e sinônimos (*teenager* e *adolescence*). Os artigos indexados de 2008 a junho de 2019 foram incluídos. Após leitura e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 10 estudos primários que compuseram a amostra final. Os dados foram classificados em duas categorias: (1) características bibliométricas e psicométricas, e (2) análise de conteúdo dos principais achados. Dentre os resultados, encontrou-se que o *Children Depression Inventory* (CDI), a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) e o *Self-efficacy Questionnaire-Modified* (SEQ-M) foram os instrumentos mais utilizados na investigação dos fenômenos, apresentando boas propriedades psicométricas. Observou-se níveis elevados de depressão e níveis moderados de autoeficácia nos adolescentes, havendo correlação estatisticamente significativa e negativa entre ambas as variáveis. Comparativamente aos meninos, as meninas apresentaram níveis mais elevados de depressão e mais rebaixados de autoeficácia. Constatou-se, ainda, incipiência dos achados sobre diferenças individuais por idade e o uso majoritário de medidas específicas de autoeficácia na avaliação da relação com depressão nesse grupo. Por fim, constatou-se o papel da autoeficácia na ocorrência de sintomas depressivos, recomendando seu uso na identificação e tratamento do transtorno.

Abstract

This integrative review aimed to gather studies on the relationship between self-efficacy and depression in adolescents. The databases used were Web of Science, Scopus, PsycINFO, SciELO, and PePSIC. StArt software was used as a support tool for the extraction of selected articles, as well as the PRISMA recommendations. The terms used for the electronic search were: "self-efficacy", "depression", "adolescent" and synonyms (teenager and adolescence). Indexed articles from 2008 to June 2019 were included. After reading and applying the inclusion and exclusion criteria, 10 primary studies remained that comprised the final sample. Data were classified into two categories: (1) bibliometric and psychometric characteristics, and (2) content analysis of the main findings. In the results, it was found that the Children Depression Inventory (CDI), the Perceived General Self-Efficacy Scale (EAGP), and the Self-efficacy Questionnaire-Modified (SEQ-M) were the most used instruments in the investigation of the phenomena, presenting good psychometric properties. High levels of depression and moderate levels of self-efficacy were observed in adolescents, and these variables show negative and significant correlation. Compared to boys, girls presented higher levels of depression and lower self-efficacy. It was also found incipient findings about self-efficacy by age and it is most common employing specific instruments for assessing the relationship of the self-efficacy with depressive symptoms. Finally, it was found the role of self-efficacy in the occurrence of depressive symptoms. It is also recommended to aim self-efficacy beliefs for identifying and treating depressive disorders in adolescents.

Introdução

Estima-se que há cerca de 1,2 bilhões de adolescentes em todo mundo, o que significa que uma a cada seis pessoas tem entre 10 e 19 anos (World Health Organization [WHO], 2014). Essa etapa do desenvolvimento descreve um momento único e formativo para o indivíduo, representando uma importante janela para determinação em saúde na vida adulta (Global Burden of Diseases [GBD], 2019). Embora a maioria dos adolescentes seja saudável, ainda existe morte prematura substancial, ocorrência de doenças e lesões que provocam incapacidade. Além disso, com o crescente envelhecimento da população, condições e comportamentos em saúde na adolescência, como o uso de tabaco, inatividade física, obesidade, uso de substâncias, dentre outros, assumem maior importância. Portanto, podem comprometer não apenas a sua saúde atual, como também serem determinantes para sua qualidade de vida e bem-estar no futuro (Jamison et al., 2013).

As condições de saúde mental dos adolescentes representam 16% da carga global de doenças e lesões. Metade dessas condições tem início aos 14 anos de idade e, na maioria dos casos, não são detectadas e tratadas de forma adequada, acarretando maior comprometimento da saúde. Estima-se que entre 10-20% dos adolescentes no mundo vivenciam alguma doença mental e a depressão é uma delas (GBD, 2019). A depressão também tem sido associada a inúmeros comportamentos de risco à saúde, como uso de substâncias psicoativas (Stoduto et al., 2008) e, de forma mais grave, à ideação suicida (Macias, Mendonza, & Camargo, 2016).

A prevalência mundial de depressão nesse grupo é de 3% a 9%, com prevalência cumulativa de 20% até o final da adolescência e uma taxa de recorrência de 60-70% ao longo da vida (Callahan, Liu, Purcell, Parker, & Hetrick, 2012). O transtorno afeta múltiplas funções ao adolescente e os principais sintomas incluem perda de energia, desinteresse, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança e culpa, perturbações do sono, alterações de

apetite e peso, isolamento e dificuldade de concentração que podem levar prejuízo nas esferas acadêmica e social (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012).

O modelo cognitivo da depressão propõe que este transtorno seja entendido como resultado de uma inibição global do indivíduo, que altera e distorce a forma como este vê o mundo, a realidade, percebe e demonstra suas emoções. O cerne deste modelo está no entendimento de que há um enviesamento cognitivo no processo de informações que moderam as experiências individuais numa perspectiva negativistas (Beck, 2008; Joormann & Quinn, 2014). Nesse sentido, inúmeros construtos constituídos por fatores cognitivos e sociais, como a autoestima (Gao, Zhang, & Xu, 2015), lócus de controle (Moshki, Amiri, & Khosravan, 2012) e autoeficácia (Valois, Zullig, & Hunter, 2015), apresentam-se como elementos que atuam de forma protetiva e auxiliam no processo de ajustamento psicológico dos indivíduos.

Achados na literatura têm dado destaque à variável autoeficácia no entendimento da depressão (Clum, Rice, Broussard, Johnson, & Webber, 2013; Philip, Merluzzi, Zhang, & Heitzmann, 2012; Soysa & Wilcomb, 2015; Tan-Kristanto & Kiropoulos, 2014). A autoeficácia diz respeito às crenças individuais acerca da sua capacidade de exercer controle sobre seu nível de funcionamento e sobre eventos que afetam suas vidas. Em outras palavras, refere-se às crenças de um indivíduo acerca de sua própria capacidade para organizar e executar os cursos de ação necessários para produzir determinados níveis de realizações e resultados (Bandura, 1993). As crenças de autoeficácia exercem influência significativa no humor depressivo estabelecendo uma relação de reciprocidade. Isto é, níveis de autoeficácia podem prever estados emocionais, enquanto estes exercem influência na remodelação de crenças preexistentes e desenvolvimento de novas crenças em um determinado domínio (Crapara, Vecchione, Barbaranelli, & Alessandri, 2013; Maddux & Meier, 1995).

Na adolescência, há evidências que uma percepção adaptativa de autoeficácia está relacionada a comportamentos em saúde, incluindo a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis (Fitzgerald, Heary, Kelly, Nixon, & Shevlin, 2013), prática de atividades físicas (Luszczynska et al., 2010), consumo de álcool e outras drogas (Connor, George, Gullo, Kelly, Young, 2011), entre outros. No que se refere à saúde mental, evidências apontam que níveis rebaixados de autoeficácia estão associados à ideação suicida e tentativa de suicídio (Valois et al., 2015), transtorno de ansiedade social (Iancu, Bodner, & Ben-Zion, 2015), transtorno de estresse pós-traumático (Guerra, Cumsille, & Martínez, 2014) e depressão (Ahmad, Yasien, & Ahmad, 2014).

A relação entre níveis de autoeficácia como preditores de depressão em adolescentes trata-se de um campo de pesquisa recente, comparado ao estudo de outros fenômenos psicológicos nesse público. O estudo empírico mais antigo foi publicado na década de 1990 (Ehrenberg, Cox, & Koopman, 1991). Portanto, verifica-se a necessidade de mapeamentos sistemáticos dos achados, a fim de apresentar uma síntese do que se sabe acerca dessa relação. Não foi encontrado, a partir da literatura nacional e internacional, nenhum levantamento sistemático acerca da relação entre autoeficácia e depressão na adolescência. Estudos dessa natureza possibilitam melhor entendimento do fenômeno em questão, bem como verificam possíveis lacunas a serem respondidas, direcionando futuros estudos de forma mais eficiente.

A revisão integrativa consiste na elaboração de uma análise da literatura que tem como objetivo a ampliação do entendimento acerca de um determinado fenômeno a partir dos achados de estudos anteriores. Essa técnica tem sido frequentemente utilizado no campo da saúde por possibilitar a análise de pesquisas que fornecem subsídios para tomadas de decisões e melhoria de práticas clínicas, bem como permite uma síntese do conhecimento acerca de determinada temática, direcionando a possíveis preenchimentos de lacunas encontradas na literatura (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008; Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

Assim, o presente estudo teve como objetivo principal realizar uma revisão integrativa da literatura acerca da relação entre autoeficácia e depressão em adolescentes. Como objetivos específicos, investigou-se: a) as características bibliométricas e psicométricas dos trabalhos encontrados; e b) o conteúdo dos principais achados. Sendo este último categorizado pelos dados de depressão e autoeficácia, relação entre ambas as variáveis, diferenças por sexo, idade e dimensionalidade da autoeficácia.

O processo de elaboração da presente revisão integrativa consistiu em seis etapas, a saber: elaboração da pergunta norteadora; busca e amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa (Souza et al., 2010).

Método

Neste estudo se utilizou o programa StArt (*State of the Art by Systematic Review*) versão 2.3.4.2, ferramenta gratuita, desenvolvido pelo Laboratório de Pesquisa em Engenharia de *Software* (LaPES), da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), que tem como objetivo auxiliar o pesquisador no suporte à aplicação de técnicas de revisões sistemáticas. Empregou-se, ainda, a declaração PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Liberati et al., 2009) como critério para identificação, seleção e avaliação, a fim de agrupar e analisar os dados da presente investigação, incluindo métodos estatísticos de sumarização dos resultados (Ribeiro, 2014).

Utilizou-se as bases de dados eletrônicas *Web of Science*, Scopus, PsycINFO, SciELO e PePSIC, plataformas de ampla indexação *online* de revistas científicas de caráter interdisciplinar, tanto internacionais, quanto nacionais. Foram incluídos para análise todos os artigos indexados entre 2008 e junho de 2019, disponibilizados na íntegra, de acesso livre ou a partir do acesso CAfe (Comunidade Acadêmica Federada) no periódicos CAPES/MEC.

Incluíram-se artigos empíricos indexados e escritos em português, espanhol ou inglês, que reportassem evidências acerca da relação entre autoeficácia e depressão em adolescentes. Considerou-se como critério de inclusão artigos em que a variável depressão foi mensurada como variável dependente (VD) e a autoeficácia como variável independente (VI) e preditora de sintomas depressivos. Foram excluídos da amostra artigos teóricos, relatos de caso, outras revisões da literatura, artigos que tivessem como amostra crianças, adultos e idosos ou que apresentassem aspectos metodológicos dúbios (por exemplo, a variável autoeficácia sendo mensurada como subescala de uma medida de resiliência, ou com uma pergunta aberta).

Utilizaram-se os descritores “*depression*”, “*self-efficacy*”, “*adolescent*” e sinônimos (*teenager* e *adolescence*), considerando que nenhum estudo foi encontrado nas bases selecionadas utilizando os mesmos descritores em português. Para as bases de dados *Web of Science*, *Scopus* e *SciELO* foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “*self-efficacy*” AND “*depression*” AND “*adolescent OR teenager OR adolescence*”. Para a base *PsycINFO* foram utilizados apenas os termos “*self-efficacy*” AND “*depression*”, aplicando-se o filtro de grupo etário “*adolescence*”, disponibilizado pela plataforma da base. Na base *PePSIC*, não foi encontrado nenhum artigo quando inserido o termo “*adolescent*” no campo de busca, portanto, optou-se por utilizar apenas os termos “*self-efficacy*” AND “*depression*”, sendo selecionado apenas os estudos que tivessem amostra de adolescentes. A Tabela 1 descreve a combinação dos descritores/palavras-chave e as estratégias de buscas nas bases de dados selecionadas, bem como o número de estudos levantados.

Tabela 1.

Bases de dados, descritores e estratégias de buscas utilizadas na investigação da relação entre autoeficácia e depressão em adolescentes.

Base de dados	Descritores	Estratégias de Buscas	N (inicial)
PePSIC	“ <i>depression</i> ” AND “ <i>self-efficacy</i> ”	“ <i>todos os índices</i> ”	01

SciELO	<i>“depression” AND “self-efficacy” AND “adolescent OR teenager OR adolescence”</i>	<i>“abstract/ abstract/ todos os indices”</i>	05
PsycINFO	<i>“depression” AND “self-efficacy”</i>	<i>“abstract/abstract” “filtro de grupo etário 'adolescence'”</i>	175
Web of Science	<i>“depression” AND “self-efficacy” AND “adolescent OR teenager OR adolescence”</i>	<i>“abstract/ abstract/ abstract”</i>	472
Scopus	<i>“depression” AND “self-efficacy” AND “adolescent OR teenager OR adolescence”</i>	<i>“abstract/ abstract/ abstract”</i>	136
Total			789

Após o descarte dos artigos duplicados (26,3%; $n = 208$) procedeu-se a etapa de leitura dos títulos e resumos. Nesta etapa 506 (64,1%) artigos foram rejeitados considerando os critérios de inclusão e exclusão, restando 75 (9,5%) para serem lidos na íntegra. Desses, 65 (86,6%) foram excluídos por não atenderem aos critérios de seleção, de modo que, 10 (13,3%) compuseram os estudos primários da presente revisão. O processo de seleção e análise dos artigos selecionados pode ser visualizado na Figura 1.

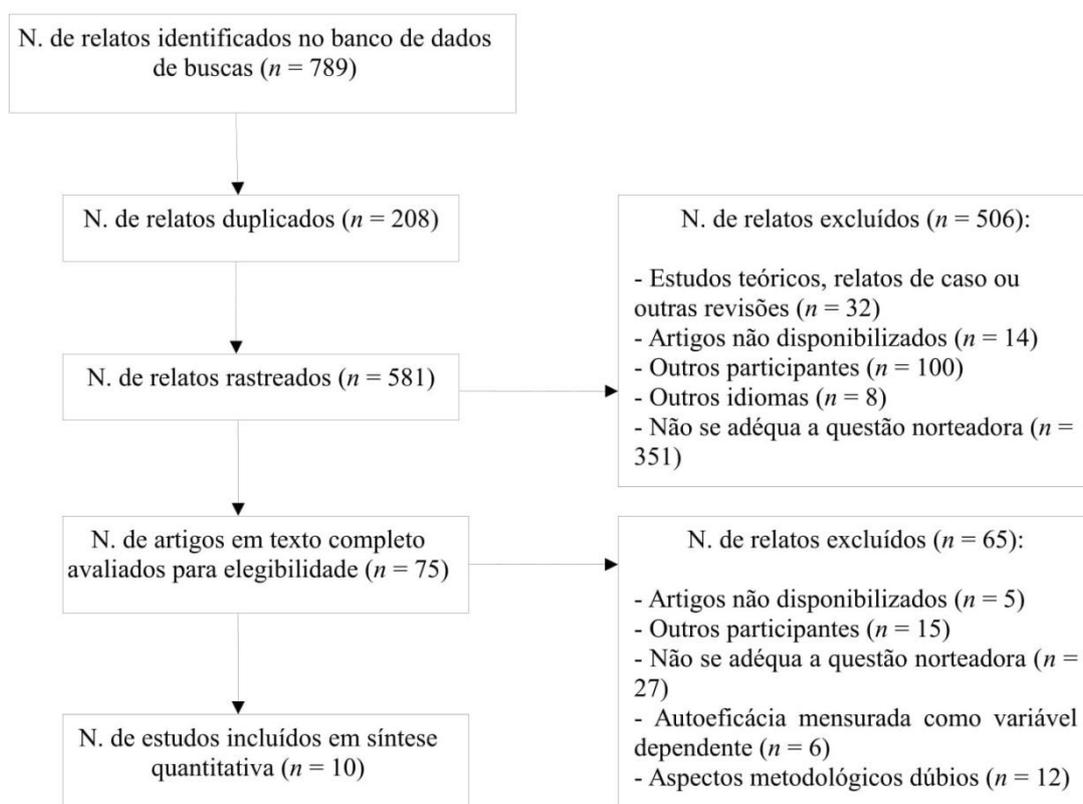


Figura 1. Processo de seleção e análise dos estudos primários encontrados para a revisão integrativa segundo a recomendação PRISMA.

Foi elaborado instrumento para coleta e análise de dados dos estudos primários. Esses foram classificados em duas categorias para sumarização dos resultados da presente revisão: características bibliométricas e psicométricas, incluindo sexo e número de participantes; instrumentos para mensurar autoeficácia e depressão e suas propriedades psicométricas; e análise de conteúdo dos principais achados, a saber: dados sobre ocorrência de depressão e níveis de autoeficácia em adolescentes; relação entre ambas as variáveis; diferenças quanto ao sexo e idade dos participantes; e dimensionalidade das medidas de autoeficácia.

Resultados

A Tabela 2 apresenta a sumarização dos principais achados dos estudos primários que compõem esta revisão integrativa.

Tabela 2.

Principais resultados apresentados acerca das características bibliométricas e de conteúdo dos estudos primários sobre a relação entre autoeficácia e depressão em adolescentes

(Estudo) Autores (ano, país)/Objetivos	Bibliométrica		Conteúdo		
	Amostra (n e sexo)	Instrumentos e Propriedades Psicométricas (α)	Dados sobre depressão	Dados sobre autoeficácia	Relação entre autoeficácia e depressão
(E1) Yang, Lau, & Lau (2018, China). Investigar preditores da remissão do estado de depressão durante o período de um ano.	9666 (♂♀) ¹	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D)</i> ($\alpha = 0,89$) e Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) ($\alpha = 0,92$).	57% com sintomas depressivos; 48,1% (grave); 25% (moderado); 26,9% (leve)	Não apresentaram indicadores dos níveis de autoeficácia.	Autoeficácia não previu significativamente a remissão de estado de depressão em nenhum dos modelos.
(E2) Ghofranipour et al. (2013, Irã). Determinar as relações entre autoeficácia e depressão; e como a autoeficácia pode predizer os sintomas depressivos.	402 (♂)	CES-D ($\alpha = 0,93$) e EAGP ($\alpha = 0,86$).	38,1% com sintomas depressivos; 26,4% (leve); 11,7% (grave)	$M = 27,24; \pm 5,11;$ $Mín. = 10; Máx. = 40.$	Correlação negativa entre autoeficácia e depressão ($r = -0,32; p < 0,01$); Níveis rebaixados de autoeficácia previram níveis mais elevados de depressão ($\beta = -0,14; p < 0,01$).
(E3) Muris et al. (2016, Holanda). Examinar as relações entre autocompaixão, autoestima e	132 (♂56; ♀76)	<i>Children's Depression Inventory (CDI)</i> ($\alpha = 0,93$) e <i>Self-Efficacy Questionnaire for Children (SEQ-C)</i> ($\alpha = 0,94$).	$M = 6,84; \pm 7,87;$ $Mín. = 0; Máx. = 54.$	$M = 87,0; \pm 16,45;$ $Mín. = 1; Máx. = 105.$	Correlação negativa entre Autoeficácia e depressão ($r = -0,65; p < 0,001$); Níveis rebaixados de

autoeficácia e sintomas de transtornos de ansiedade e depressão.

autoeficácia previram níveis mais elevados de depressão ($\beta = -0,34, p < 0,01$); Níveis rebaixados de autoeficácia acadêmica e emocional previram níveis mais elevados de depressão (β sendo $-0,18, p < 0,05$ e $-0,34, p < 0,01$, respectivamente);

<p>(E4) Mileviciute et al. (2014, Estados Unidos). Investigar a relação entre AEF, problemas com o uso de álcool, comportamentos externalizantes e sintomas depressivos.</p>	<p>146 (♂53; ♀93)</p>	<p>CDI ($\alpha = 0,88$) e <i>Self-efficacy Questionnaire-Modified</i> (SEQ-M) (F1-Acadêmica: $\alpha = 0,91$; F2-Social: $\alpha = 0,84$; F3-Resistência à pressão negativa dos pares: $\alpha = 0,87$).</p>	<p>$M = 9,27; \pm 7,43;$ $Mín. = 0; Máx. = 54.$</p>	<p>F1- $M = 8,97;$ $\pm 18,98; Mín. = 43;$ $Máx. = 44;$ F2- $M = 50,68; \pm 18,98;$ $Mín. = 13; Máx. = 70;$ F3- $M = 33,19; \pm 8,35;$ $Mín. = 6; Máx. = 42.$</p>	<p>Apenas níveis rebaixados de autoeficácia social ($\beta = -0,33, p < 0,01$) previram níveis mais elevados de depressão.</p>
<p>(E5) Scott et al. (2012, Estados Unidos). Analisar a relação entre a autoeficácia e depressão.</p>	<p>198, (♂♀)¹</p>	<p>CDI ($\alpha = 0,87$ a $0,92$) e SEQ-M (Acadêmica: $\alpha = 0,88$ a $0,93$; Social: $\alpha = 0,76$ a $0,84$; Resistência à pressão negativa dos pares: $\alpha = 0,82$ a $0,88$).</p>	<p>$M = 9,77; \pm 7,28;$ $Mín. = 0; Máx. = 54.$</p>	<p>F1- $M = 4,96;$ $\pm 0,81; Mín. = 1;$ $Máx. = 7;$ F2- $M = 5,18;$ $\pm 0,81$ F3- $M = 4,99;$ $\pm 1,17.$</p>	<p>Correlação negativa entre depressão e autoeficácia acadêmica, social e de resistência às influências dos pares ($r = -0,37; -0,24; -0,18; p < 0,01$).</p>
<p>(E6) Flett et al. (2011, Canadá). Analisar a relação entre perfeccionismo, comportamento tipo A,</p>	<p>73 (♂34; ♀39)</p>	<p>CDI e <i>Perceived Self-Efficacy Scale for Children and Adolescents</i> ($\alpha =$ não informado).</p>	<p>Não apresentaram resultados descritivos quanto aos sintomas depressivos.</p>	<p>Não apresentaram indicadores dos níveis de autoeficácia.</p>	<p>Correlação negativa entre autoeficácia e depressão ($r = -44, p < 0,01$). Níveis rebaixados de</p>

autoeficácia, sofrimento e sintomas de depressão.					autoeficácia previram níveis elevados de depressivos.
(E7) Lee et al. (2009, Taiwan). Investigar as relações entre a autoeficácia preventiva do HIV/AIDS, os sintomas depressivos e o comportamento sexual de risco.	741 (♂461; ♀270)	CES-D ($\alpha = 0,88$) e <i>AIDS-Prevention Self-efficacy Scale</i> ($\alpha = 0,90$).	Adolescentes com experiência sexual ($M = 23,32; \pm 11,34, \text{Mín.} = 0; \text{Máx.} = 60$); Adolescentes sem experiência sexual ($M = 21,49; \pm 10,49$).	Com experiência sexual ($M = 76,45; \pm 17,32, \text{Mín.} = 22; \text{Máx.} = 110$); sem experiência sexual ($M = 79,96; \pm 17,28$).	Correlação parcial de $-0,085$ ($p = 0,03$) entre Autoeficácia preventiva do HIV/AIDS e depressão.
(E8) Singh et al. (2011, Austrália). Analisar em que medida os quatro domínios de autoeficácia de enfrentamento medeiam a relação entre a vitimização entre pares e o ajustamento psicológico.	2161 (♂1090; ♀1071)	Subescala de Depressão Cognitiva da CES-D ($\alpha = 0,82$) e <i>Peer Aggression Coping Self-Efficacy Scale</i> (Copt. pró-ativo = $0,87$; Evitação de copt. agressivo = $0,90$; Evitação da autocolpa = $0,90$; Desengajamento de papel de vítima = $0,90$).	Não apresentaram resultados descritivos quanto aos sintomas depressivos.	Não apresentaram indicadores dos níveis de autoeficácia.	Correlação negativa entre depressão e as quatro dimensões de autoeficácia ($r = -0,26; -0,17; -0,29; -0,30$); Evitação da autocolpa e desengajamento de papel de vítima mediarão parcialmente a relação entre vitimização e depressão ($\beta = 0,03; \beta = 0,006; p < 0,01$, respectivamente).
(E9) Scott et al. (2008, Estados Unidos). Investigar a relação entre autoeficácia e depressão.	112, (♂♀) ¹	<i>Inventory to Diagnose Depression</i> (IDD) ($\alpha =$ não informado) e SEQ-M (Acadêmica: $\alpha = 0,95$; Social: $\alpha = 0,86$; Resistência à pressão negativa dos pares: $\alpha = 0,82$).	$M = 33,50; \pm 13,10; \text{Mín.} = 22, \text{Máx.} = 110$.	$M = 4,80; \pm 0,93; \text{Mín.} = 1; \text{Máx.} = 7$.	Correlação negativa entre autoeficácia acadêmica e sintomas depressivos ($r = -0,29; p < 0,01$); correlação parcial de $0,24$ ($p < 0,05$).
(E10) Guerra et al.	106, ♀	<i>Depression Self-Rating Scale</i>	$M = 17,72; \pm 7,56;$	$M = 26,62; \pm 5,74;$	Níveis rebaixados de

(2018, Chile). Analisar a relação entre fatores de abuso sexual, cognitivos (autoeficácia e outros) e comportamentais e sintomatologia (depressão e outros).	(DSS) ($\alpha = 0,89$) e EAGP ($\alpha = 0,83$).	<i>Mín.</i> = 0, <i>Máx.</i> = 36.	<i>Mín.</i> = 10; <i>Máx.</i> = 40.	autoeficácia previram níveis mais elevados de sintomas depressivos ($\beta = -0,38$).
--	---	------------------------------------	-------------------------------------	---

Notas.

1. Os autores não apresentaram o número de participantes por sexo.

Características bibliométricas e psicométricas

O presente estudo revisou a relação entre autoeficácia e depressão no total de 13.737 adolescentes ($Md = 172$). A menor amostra foi constituída por 73 participantes e a maior por 9.666. A maioria dos estudos primários (80%) foi composta por participantes de ambos os sexos. Houve apenas dois estudos em que as amostras foram exclusivas, sendo um deles constituído apenas por meninos (*E2*; Ghofranipour, Saffari, Mahmoudi, & Montazer, 2013) e o outro por meninas (*E10*; Guerra, Farkas, & Moncada, 2018).

O *Children's Depression Inventory* (CDI) (40%) foi o instrumento mais utilizado para mensurar depressão, seguido do *Center for Epidemiologic Studies Depression* (CES-D) (30%). O *Inventory to Diagnose Depression* (IDD), a *Depression Self-Rating Scale* (DSS) e a Subescala de Depressão Cognitiva do CES-D foram utilizados apenas uma vez. Com exceção do *E9* (Scott et al., 2008), que não apresentou as propriedades psicométricas do IDD em sua amostra, os demais instrumentos obtiveram alfa de Cronbach acima de 0,80. Dentre esses instrumentos, apenas o CDI (Gouveia, Barbosa, Almeida, & Gaião, 1995) e o CES-D (Silveira & Jorge, 1998) foram traduzidos e adaptados para o contexto brasileiro.

A Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) (30%) e o *Self-efficacy Questionnaire-Modified* (SEQ-M) (30%) foram os instrumentos mais utilizados para medir autoeficácia. Além destes, também foram utilizados a *Peer Aggression Coping Self-Efficacy Scale* (10%), a *AIDS-Prevention Self-efficacy Scale* (10%), o *Self-Efficacy Questionnaire for Children* (SEQ-C) (10%) e a *Perceived Self-Efficacy Scale for Children and Adolescents* (10%). Os instrumentos apresentaram alfa de Cronbach acima de 0,70 em seus respectivos estudos. Apenas o *E6* (Flett, Panico, & Hewitt, 2011) não apresentou as propriedades psicométricas da medida utilizada. Desses, apenas a EAGP foi adaptada para o contexto nacional (Souza & Souza, 2004).

Análise de Conteúdo: Principais achados

Depressão

Dentre os principais achados acerca dos sintomas depressivos, observou-se que no CDI os adolescentes apresentaram escore médio de 8,6 ($DP = 1,56$; *Mínimo* [*Min*] = 0, *Máximo* [*Max*] = 54), indicando ausência de sintomatologia depressiva (ponto de corte ≥ 15). O menor valor de escore médio ($M = 6,8$; $DP = 7,87$) foi observado no *E3* (Muris, Meesters, Pierik, & Kock, 2016), enquanto que o maior escore médio ($M = 9,7$; $DP = 7,28$) foi obtido no *E4* (Mileviciute, Scott, & Mousseau, 2014). Utilizando o CES-D, o *E1* (Yang, Lau, & Lau, 2018) indicou que 57% ($n = 5487$) dos adolescentes apresentaram pontuação acima do ponto de corte (≥ 16 pontos); destes, 48,1% foram classificados como tendo depressão grave (≥ 25 pontos), seguidos por depressão leve (26,9%; 16 a 20 pontos) e depressão moderada (25%; 21 a 24 pontos). No *E2*, também com o CES-D, 38,1% dos participantes apresentaram sintomas depressivos (sintomas leves: 26,4%; sintomas graves: 11,7%).

Autoeficácia

Nos estudos que utilizaram a EAGP, os adolescentes apresentaram níveis moderados de autoeficácia, a exemplo do *E2*, no qual o escore médio foi de 27,2 ($DP = 5,11$; *Mín.* = 10; *Máx.* = 40) e o *E10*, em que os participantes obtiveram escore médio de 26,6 ($DP = 5,74$). No SEQ-M os adolescentes também apresentaram níveis moderados de autoeficácia. No *E4*, por exemplo, a autoeficácia acadêmica obteve escore médio de 98,9 ($DP = 18,98$; *Mín.* = 43; *Máx.* = 144); em autoeficácia social foi de 50,6 ($DP = 18,98$; *Mín.* = 13; *Máx.* = 70) e em autoeficácia de resistência à influência negativa dos pares foi de 33,2 ($DP = 8,35$; *Mín.* = 6; *Máx.* = 42). No *E5* (Scott, Walter, & Dearing, 2012), utilizando o mesmo instrumento, os participantes obtiveram média de resposta de 4,9 ($DP = 0,81$; *Mín.* = 1; *Máx.* = 7), 5,1 ($DP = 0,81$) e 4,9 ($DP = 1,17$) nos fatores, respectivamente.

Relação entre depressão e autoeficácia

Em 90% dos estudos foram constatadas relações estatisticamente significativas e negativas entre autoeficácia e depressão (de *E2* a *E10*). Os estudos *E2*, *E3*, *E5*, *E6*, *E7* (Lee, Salman, & Fitzpatrick, 2009), *E8* (Singh, Puneet, & Bussey, 2011) e *E9* testaram essa relação através de correlação, sendo que a mais forte ($r = -0,65$; $p < 0,001$) foi verificada em *E3*, e a mais fraca ($r = -0,17$) em *E8*. Os estudos *E2*, *E3* e *E8*, além de analisarem essa relação através de correlação, também realizaram regressão linear, junto aos estudos *E4* e *E10*. O menor valor de β foi visto em *E2* ($\beta = -0,14$) e o maior valor em *E10* ($\beta = -0,38$). Apenas no *E1* a autoeficácia não apresentou significância estatística no modelo preditivo de remissão de sintomatologia depressiva.

Autoeficácia e Depressão: Diferenças por sexo

Diferenças por sexo nos níveis de depressão e autoeficácia foram avaliadas em 40% dos estudos primários (*E1*, *E3*, *E7* e *E8*). Todos indicaram que as meninas tinham níveis mais elevados de sintomas depressivos e menores níveis de autoeficácia, comparativamente aos meninos. No *E3*, por exemplo, utilizando o CDI, os meninos apresentaram menor escore médio de depressão ($M = 4,8$; $DP = 7,58$) e maior nível de autoeficácia no SEQ-C ($M = 92,1$; $DP = 14,82$), em comparação às meninas ($M = 8,2$ [$DP = 7,82$]; $M = 83,2$ [$DP = 16,69$], respectivamente). Essa diferença foi estatisticamente significativa tanto para a variável autoeficácia ($[t(130) = 3,14$; $p < 0,001$]), quanto para os sintomas depressivos ($[t(130) = 2,51$; $p < 0,050$]).

No *E8*, com a escala *Peer Aggression Coping Self-Efficacy*, a relação entre depressão e os quatro domínios de autoeficácia de enfrentamento foram mais fortes para as meninas: autoeficácia para comportamento proativo ($z = 3,68$; $p < 0,010$); autoeficácia de evitação do comportamento agressivo ($z = 3,75$; $p < 0,010$); autoeficácia de evitação da autculpa ($z = 4,21$; $p < 0,010$); e autoeficácia de desengajamento de papel de vítima ($z = 5,21$, $p < 0,010$).

Autoeficácia e Depressão: Diferenças por idade

Apenas 30% dos estudos (*E3*, *E8*, *E9*) investigaram diferenças nos níveis de autoeficácia e depressão quanto à variável idade dos adolescentes. Desses, apenas um (*E9*) evidenciou tais diferenças. Em *E9*, para os adolescentes mais novos, em um modelo de mediação, não houve associação indireta entre autoeficácia acadêmica e sintomas depressivos através da orientação do objetivo (se este havia partido dele, intrinsecamente, ou se era algo oriundo do desejo de outras pessoas). Em contrapartida, entre os adolescentes mais velhos, a autoeficácia acadêmica predisse a depressão e isso foi mediado pela orientação do objetivo. Em outras palavras, os adolescentes mais velhos, mais confiantes em suas habilidades acadêmicas, tendiam a estabelecer metas mais intrinsecamente motivadas que resultavam em aumento dos sintomas depressivos.

Depressão e dimensionalidade da autoeficácia

Foram utilizadas medidas gerais de autoeficácia em 30% dos estudos primários. Destes, apenas um não constatou uma associação estatisticamente significativa entre autoeficácia e depressão (*E1*). Os demais (*E2* e *E10*) indicaram que autoeficácia foi preditora significativa de sintomas depressivos. Quanto aos estudos que utilizaram medidas específicas de autoeficácia para avaliar sua relação com depressão (70%), todos constataram essa associação entre as variáveis. Por exemplo, o *E8* evidenciou uma correlação estatisticamente significativa entre depressão e os quatro fatores: comportamento pró-ativo ($r = -0,26$), evitação de comportamento agressivo ($r = -0,17$), evitação de autculpa ($r = -0,29$) e desengajamento do papel de vítima ($r = -0,30$) da *Peer Aggression Coping Self-Efficacy*.

Dentre os estudos que utilizaram medidas específicas, a autoeficácia acadêmica, mensurada pelas escalas SEQ-C (*E3*) e SEQ-M (*E4*, *E5* e *E9*) foi o fator mais utilizado e a que se mostrou mais robusta na investigação da relação com os sintomas depressivos. Em *E5*, por exemplo, o fator apresentou correlação mais forte ($r = -0,37$) com os sintomas depressivos, isso quando comparada à autoeficácia social ($r = -0,24$) e de resistência à

influência negativa dos pares ($r = -0,18$). No *E9*, que foi realizado com uma amostra de jovens indígenas norte-americanos, a autoeficácia acadêmica foi o único fator que apresentou correlação estatisticamente significativa com depressão.

Discussão

Os achados da presente revisão serão discutidos quanto às características bibliométricas e psicométricas das medidas de autoeficácia e depressão, e no que se refere ao conteúdo dos estudos primários sobre as evidências da relação entre ambas as variáveis.

A maioria dos estudos revisados tinha amostras constituídas por ambos os sexos, sendo constatadas diferenças individuais por sexo quanto aos níveis de autoeficácia e sintomas depressivos. Apenas dois tiveram amostras exclusivas de meninos e meninas. Os resultados reafirmam um achado recorrente na literatura, de que as meninas apresentam níveis mais elevados de depressão e níveis mais rebaixados de autoeficácia, comparativamente aos meninos (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino, & Pastorelli, 2003; Díaz-Santos, Cumba-Avilés, Bernal, & Rivera-Medina, 2011; Tak, Brunwasser, Lichtwarck-Aschoff, & Engels, 2017). Uma explicação para isso é que as meninas apresentam crenças de autoeficácia elevadas para gerenciar as atividades acadêmicas, ter empatia pelos sentimentos e experiências alheios ou rejeitar a pressão dos pares para engajamento em comportamentos de risco. No entanto, em comparação aos meninos, elas apresentam níveis mais rebaixados para gerenciar emoções e estados afetivos negativos. Assim, embora as crenças de autoeficácia difiram em função do sexo, as estruturas causais são essencialmente as mesmas para os dois grupos; ou seja, níveis rebaixados de autoeficácia tendem a predizer níveis elevados de sintomas depressivos em meninos e meninas (Bandura et al., 2003). Recomenda-se que futuras pesquisas sejam direcionadas à investigação das diferenças individuais nessa relação em subgrupos de meninas ou meninos, a fim de entender quais, dentre eles, apresentam menores níveis de autoeficácia e, portanto, estão mais vulneráveis à ocorrência de depressão.

Os instrumentos para mensurar depressão e autoeficácia apresentaram boas propriedades psicométricas, com confiabilidade elevada. Na investigação da relação entre ambas as variáveis em adolescentes, o CDI foi o mais utilizado para avaliar sintomas depressivos. Nesse sentido, revisões da literatura apontam suas qualidades psicométricas e destacam sua ampla utilização na investigação do fenômeno em adolescentes (Bernaras, Jaureguizar, & Garaigordobil, 2019; Carnevale, 2011). A EAGP e o SEQ-M foram os mais empregados para investigar autoeficácia na relação com depressão nesse grupo. A primeira escala consiste em uma medida que avalia autoeficácia geral, que se refere à confiança global do indivíduo em suas capacidades de lidar com uma ampla variedade de demandas (Schwarzer & Jerusalem, 1995). A escala é uma das ferramentas mais utilizadas para avaliar o construto em todo o mundo, tendo sido traduzida para 28 idiomas (Scholz, Doña, Sud, & Schwarzer, 2002). Já o SEQ-M é um subconjunto de escalas de um questionário multidimensional de autoeficácia (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli, & Caprara, 1999). A medida foi adaptada para avaliar o construto em três dimensões (acadêmica, social e resistência à influência negativa dos pares) (Scott et al., 2008). Considerando a alta estabilidade e consistência da EAGP e do SEQ-M em diferentes contextos, os achados desta pesquisa indicam que é recomendável a utilização dessas medidas em futuras pesquisas. Isso possibilitará estabelecer parâmetros confiáveis de comparação entre diferentes estudos, delineando mais consistentemente o conhecimento acerca dessa relação.

Os dados sobre depressão nos estudos aqui avaliados indicaram de moderada a elevada ocorrência do transtorno em adolescentes, o que segue a tendência de outras pesquisas realizadas nesse público. A exemplo disso, uma revisão sistemática verificou a prevalência de 30% de depressão em jovens com idade entre 15 e 26 anos – que pode ser considerada moderada –, e mínimo e máximo indo de 10% a 84,5% de ocorrência do transtorno nesse público (Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2013). A prevalência em 12 meses de

depressão em adolescentes também foi investigada em outra revisão da literatura, tendo variado de 1% a 9,3% (Bertha & Balázs, 2013). Globalmente, a importância da depressão na adolescência vem sendo pauta de destaque, inclusive em virtude de lacunas de conhecimento em relação ao desenvolvimento de métodos pragmáticos e econômicos de tratamento (Thapar et al., 2012). Estudos indicam que diferentes mecanismos psicológicos de adaptação têm sido apontadas como fatores protetivos à ocorrência de depressão, como a autoestima, esperança, autocontrole e autoeficácia (Breton et al., 2015; Colman et al., 2014; Klasen et al., 2014) e, portanto, sendo indicados como elementos a serem explorados nos processos interventivos (Das et al., 2016; Ranney et al., 2016).

A análise dos estudos primários da presente revisão indicou que os adolescentes apresentaram níveis moderados de autoeficácia. Embora não tenham sido encontradas na literatura revisões sobre esta variável em adolescentes, outros estudos também encontraram resultados semelhantes com esse público utilizando a EAGP (Cramm, Strating, Roebroek, & Nieboer, 2012; McGeown et al., 2014; Sagone & De Caroli, 2013). Na adolescência, crenças rebaixadas de autoeficácia potencializam a vulnerabilidade ao estresse e fragilidade diante de exigências ambientais que aumentam nessa fase da vida (Tsang, Hui, & Law, 2012). Por sua vez, adolescentes que apresentam níveis elevados de autoeficácia tendem a estabelecer objetivos mais desafiadores, exploram melhor o seu ambiente, persistem na tarefa diante de obstáculos e lidam melhor com estados afetivos e emocionais negativos (Callaghan, 2006; Franco & Rodrigues, 2018). Portanto, reafirma-se a importância das crenças de autoeficácia pessoal na ocorrência de sintomas depressivos, seja na predição de estados emocionais ou na reformulação de crenças preexistentes em adolescentes (Crapara et al., 2013).

A maioria dos estudos primários constatou uma relação estatisticamente significativa entre autoeficácia e depressão em adolescentes. Essa relação também foi verificada em outros grupos etários, como em jovens adultos (Greenfield, Venner, Kelly, Slaymaker, & Bryan,

2012), adultos (Tovar, Rayens, Gokun, & Clark, 2015) e idosos (Paukert et al., 2010). Essas evidências indicam consistência acerca da relação entre autoeficácia e depressão ao longo da vida. Na adolescência, as crenças de autoeficácia são um fator cognitivo que desempenha um papel mediador na origem de problemas afetivos, incluindo sintomas depressivos (Ahmad et al., 2014; Muris, 2001). Isto é, quando adolescentes são confrontados com eventos de vida negativos ou ameaçadores à sua adaptação, um nível elevado de autoeficácia ajuda no gerenciamento desses estressores, reduzindo a chance de desenvolvimento de sintomas depressivos. Em contrapartida, um nível rebaixado de autoeficácia tende a comprometer o enfrentamento eficaz da situação que produz estresse, potencializando a ocorrência de depressão (Caroli & Sagone, 2014). Assim, o resultado da presente pesquisa reforça indícios de que o fortalecimento de crenças adaptativas de autoeficácia deve ser considerado um importante alvo de intervenção (Das et al., 2016; Ranney et al., 2016), seja ela psicoterápica individual, em grupo, ou mesmo em ações psicoeducativas de como lidar com adversidades.

Quanto aos resultados sobre as diferenças por idade na relação entre autoeficácia e depressão em adolescentes observados, apenas um estudo constatou diferença estatisticamente significativa. Nesse estudo, a autoeficácia acadêmica predisse sintomas de depressão e isso foi mediado pela orientação aos objetivos entre adolescentes mais velhos, mas não entre os adolescentes mais novos (Scott et al., 2008). Destaca-se que poucos estudos se propuseram a investigar diferenças nos níveis de autoeficácia quanto à idade do adolescente, seja na relação com depressão ou em outros contextos. Dentre eles, ainda não há um consenso, isto é, alguns estudos indicam que adolescentes mais velhos apresentam níveis mais elevados de autoeficácia (Ndika, Olagbaiye, & Agiobu-Kemmer, 2009) e outros sugerem que crenças de autoeficácia e de competência pessoal diminuem à medida que os alunos avançam pelas séries escolares (Jacobs, Lanza, Osgood, Eccles, & Wigfield, 2002). Contudo, há uma tendência em acreditar que os adolescentes mais velhos vivenciam mais demandas da vida adulta que

requerem o desenvolvimento de habilidades ainda não apreendidas, o que põe em dúvida suas crenças de competência pessoal, reduzindo sua autoeficácia (Schunk & Meece, 2006). Frente a essas dúvidas que permanecem em relação à autoeficácia e idade, futuras pesquisas podem ser direcionadas ao esclarecimento da ocorrência diferenciada do fenômeno segundo a idade do adolescente, bem como seu impacto preditivo na depressão.

A maior parte dos estudos que compuseram esta amostra utilizou medidas específicas para mensurar autoeficácia e sua relação com sintomas depressivos em adolescentes. Esse achado denota uma importante recomendação acerca da investigação desse construto: a de que a autoeficácia é mais bem apreendida em termos de comportamentos específicos em contraposição às medidas gerais, que não apresentam uma compreensão clara acerca de seu funcionamento. Visto que, a crença de autoeficácia em uma determinada situação (p. ex., para engajamento em comportamentos de risco) não implica em uma crença geral ou uma crença em outro domínio (p. ex., para engajamento em atividade física) (Luszczynska, Scholz, & Schwarzer, 2005). Nesta revisão, a autoeficácia acadêmica (crença na capacidade de gerenciar assuntos acadêmicos), emocional (crença na capacidade de lidar, satisfatoriamente, com emoções negativas), social (crença na capacidade de estabelecer e manejar, de maneira eficaz, relações interpessoais) (Singh et al., 2011) e auto-regulatória (crença na capacidade de ser efetivamente assertivo e resistir às influências de colegas por se envolver em comportamentos de alto risco) (Scott et al., 2008), foram os domínios mais empregados do construto. Tais domínios são concernentes à investigação da autoeficácia em adolescentes, por mensurar aspectos da vivência desse grupo. Portanto, recomenda-se que futuras pesquisas utilizem medidas específicas de autoeficácia na investigação dos fenômenos psicológicos em adolescentes, a fim de mensurar mais adequadamente o construto e suas implicações.

Em suma, a presente revisão apresenta evidências sobre a relevância da autoeficácia no entendimento da ocorrência de depressão em adolescentes. A análise dos estudos primários

possibilitou a integração de conhecimento produzido acerca desta temática, fornecendo subsídios ao exercício profissional de psicólogos e demais profissionais da área da saúde que atuam junto a esse público, para que este possa ser orientado com base em evidências científicas e com vistas à prevenção e promoção a saúde. Ademais, infere-se que a autoeficácia pode ser utilizada como uma ferramenta importante na identificação e tratamento precoce de sintomas depressivos nesse grupo e, portanto, contribui significativamente na minimização dos seus potenciais prejuízos físicos e psicológicos.

Como limitação, ressalta-se que só foi possível acessar os artigos disponibilizados na íntegra, de acesso livre ou através do acesso CAFe no periódicos CAPES/MEC. Além disso, não foram incluídos materiais oriundos de literatura cinzenta (dissertações, teses, capítulos de livro, outros), o que sugere que a amostra deste trabalho não reflete, necessariamente, toda a produção sobre o tema, restringindo-se apenas àquelas publicadas em periódicos científicos. Portanto, o conjunto de dados analisados pode ser uma sub-representação do rol de pesquisas que não foram acessadas. É necessário cautela quanto à sua generalização e isso também evidencia a necessidade de realização de mais estudos na área, pois a quantidade de trabalhos analisados – ainda que suficiente para o objetivo em questão – pode ser considerada reduzida.

Ressalta-se, também, a necessidade do desenvolvimento de pesquisas sobre o papel da autoeficácia em programas ou protocolos de intervenção do tratamento de depressão em adolescentes, seja através de outras revisões da literatura ou por meio de estudos experimentais. Finalmente, a partir desta revisão se observou a relevância da autoeficácia na ocorrência de depressão nesse público em investigações internacionais. Contudo, não foi encontrado nenhum estudo sobre o tema no Brasil. Logo, é de notória importância que pesquisas busquem preencher essa lacuna no contexto nacional, a fim de entender como essa relação se estabelece em adolescentes brasileiros.

Referências

- * Guerra, C., Farkas, C., & Moncada, L. (2018). Depression, anxiety and PTSD in sexually abused adolescents: Association with self-efficacy, coping and family support. *Child Abuse & Neglect*, 76, 310-320. doi: /10.1016/j.chiabu.2017.11.013
- *Flett, G. L., Panico, T., & Hewitt, P. L. (2011). Perfectionism, type A behavior, and self-efficacy in depression and health symptoms among adolescents. *Current Psychology*, 30(2), 105-116. doi: 10.1007/s12144-011-9103-4
- *Ghofranipour, F., Saffari, M., Mahmoudi, M., & Montazeri, A. (2013). Demographical and psychological determinants of depression, among a sample of Iranian male adolescents. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(10), 1217. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3843312/>
- *Lee, Y. H., Salman, A., & Fitzpatrick, J. J. (2009). HIV/AIDS preventive self-efficacy, depressive symptoms, and risky sexual behavior in adolescents: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 653-660. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.11.007
- *Mileviciute, I., Scott, W. D., & Mousseau, A. C. (2014). Alcohol use, externalizing problems, and depressive symptoms among American Indian youth: The role of self-efficacy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(4), 342-348. doi: 10.3109/00952990.2014.910518
- *Muris, P., Meesters, C., Pierik, A., & de Kock, B. (2016). Good for the self: Self-compassion and other self-related constructs in relation to symptoms of anxiety and depression in non-clinical youths. *Journal of Child and Family Studies*, 25(2), 607-617. doi: 10.1007/s10826-015-0235-2
- *Scott, W. D., Dearing, E., Reynolds, W. R., Lindsay, J. E., Baird, G. L., & Hamill, S. (2008). Cognitive Self-Regulation and Depression: Examining Academic Self-Efficacy and

- Goal Characteristics in Youth of a Northern Plains Tribe. *Journal of Research on Adolescence*, 18(2), 379-394. doi: 10.1111/j.1532-7795.2008.00564.x
- *Singh, P., & Bussey, K. (2011). Peer victimization and psychological maladjustment: The mediating role of coping self-efficacy. *Journal of Research on Adolescence*, 21(2), 420-433. doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00680.x
- *Yang, X., Lau, J. T., & Lau, M. C. (2018). Predictors of remission from probable depression among Hong Kong adolescents—A large-scale longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 229, 491-497. doi: 10.1016/j.jad.2017.12.080
- Ahmad, Z. R., Yasien, S., & Ahmad, R. (2014). Relationship between perceived social self-efficacy and depression in adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 8(3), 65-74. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4359727/>
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-148. doi: 10.1207/s15326985ep2802_3
- Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development*, 74(3), 769-782. doi: 10.1111/1467-8624.00567
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 258-269. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10074708>
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-977. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08050721.

- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs and treatments. *Frontiers in Psychology, 10*, 1-24. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00543
- Bertha, E. A., & Balázs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry, 22*(10), 589-603. doi: 10.1007/s00787-013-0411-0
- Breton, J. J., Labelle, R., Berthiaume, C., Royer, C., St-Georges, M., Ricard, D., ... & Guilé, J. M. (2015). Protective factors against depression and suicidal behaviour in adolescence. *The Canadian Journal of Psychiatry, 60*(2), 5-15. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345848/>
- Callahan, P., Liu, P., Purcell, R., Parker, A. G., & Hetrick, S. E. (2012). Evidence map of prevention and treatment interventions for depression in young people. *Depression Research and Treatment, 2012*. doi:10.1155/2012/820735
- Caprara, G., Vecchione, M., Barbaranelli, C., & Alessandri, G. (2013). Emotional stability and affective self-regulatory efficacy beliefs: Proofs of integration between trait theory and social cognitive theory. *European Journal of Personality, 27*(2), 145-154. doi: 10.1002/per.1847
- Carnevale, T. (2011). An integrative review of adolescent depression screening instruments: Applicability for use by school nurses. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 24*(1), 51-57. doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00256.x
- Clum, G. A., Rice, J. C., Broussard, M., Johnson, C. C., & Webber, L. S. (2014). Associations between depressive symptoms, self-efficacy, eating styles, exercise and body mass index in women. *Journal of Behavioral Medicine, 37*(4), 577-586. doi: 10.1007/s10865-013-9526-5

- Colman, I., Zeng, Y., McMartin, S. E., Naicker, K., Atallahjan, A., Weeks, M., ... & Galambos, N. L. (2014). Protective factors against depression during the transition from adolescence to adulthood: Findings from a national Canadian cohort. *Preventive Medicine, 65*, 28-32. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.04.008
- Connor, J. P., George, S. M., Gullo, M. J., Kelly, A. B., & Young, R. M. (2011). A prospective study of alcohol expectancies and self-efficacy as predictors of young adolescent alcohol misuse. *Alcohol and Alcoholism, 46*(2), 161-169. doi: 10.1093/alcalc/agr004
- Cramm, J. M., Strating, M. M., Roebroek, M. E., & Nieboer, A. P. (2013). The importance of general self-efficacy for the quality of life of adolescents with chronic conditions. *Social Indicators Research, 113*(1), 551-561. doi: 10.1007/s11205-012-0110-0
- Das, J. K., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Khan, M. N., Mahmood, W., Patel, V., & Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent mental health: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health, 59*(4), 49-60. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.020
- Díaz-Santos, M., Cumba-Avilés, E., Bernal, G., & Rivera-Medina, C. (2011). Factor Structure of the Escala de Autoeficacia para la Depresión en Adolescentes (EADA). *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 33*(4), 447-468. doi: 10.1177/0739986311423487
- Ehrenberg, M. F., Cox, D. N., & Koopman, R. F. (1991). The relationship between self-efficacy and depression in adolescents. *Adolescence, 26*(102), 361-374. Recuperado de <https://search.proquest.com/openview/ccaf55e47f471630a5d4f6a6bb93dc0c/1?pqorigsite=gscholar&cbl=41539>

- Fitzgerald, A., Heary, C., Kelly, C., Nixon, E., & Shevlin, M. (2013). Self-efficacy for healthy eating and peer support for unhealthy eating are associated with adolescents' food intake patterns. *Appetite*, *63*, 48-58. doi: 10.1016/j.appet.2012.12.011
- Franco, G. D. R., & Rodrigues, M. C. (2018). Autoeficácia e desenvolvimento positivo de dois jovens: Uma revisão da narrativa da literatura. *Trends in Psychology/Tópicos em Psicologia*, *26* (4), 2267-2282. doi: 10.9788/tp2018.4-20pt
- Gao, S., Zhang, X., & Xu, X. (2015). A meta-analysis of the relationship between self-esteem and mental health: The sample of Chinese college students. *Advances in Psychological Science*, *23*(9), 1499-1507. doi: 10.3724/sp.j.1042.2015.01499
- GBD (2017) Child and Adolescent Health Collaborators. Diseases, Injuries, and Risk Factors in Child and Adolescent Health, 1990 to 2017: Findings From the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2017 Study. *JAMA Pediatrics*, *173*(6), 1-17. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.0337
- Gouveia, V.V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F. & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *44*, 345-349. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1996-85592-001>
- Greenfield, B. L., Venner, K. L., Kelly, J. F., Slaymaker, V., & Bryan, A. D. (2012). The impact of depression on abstinence self-efficacy and substance use outcomes among emerging adults in residential treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, *26*(2), 246. doi: 10.1037/a0026917
- Guerra, C., Cumsille, P., & Martínez, M. L. (2014). Post-traumatic stress symptoms in adolescents exposed to an earthquake: Association with self-efficacy, perceived magnitude, and fear. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *14*(3), 202-207. doi: 10.1016/j.ijchp.2014.05.001

- Iancu, I., Bodner, E., & Ben-Zion, I. Z. (2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *58*, 165-171. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.11.018
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, *47*(3), 391-400. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.11.015
- Jacobs, J. E., Lanza, S., Osgood, D. W., Eccles, J. S., & Wigfield, A. (2002). Changes in children's self-competence and values: Gender and domain differences across grades one through twelve. *Child Development*, *73*(2), 509-527. doi: 10.1111/1467-8624.00421
- Jamison, D. T., Summers, L. H., Alleyne, G., Arrow, K. J., Berkley, S., Binagwaho, A., ... & Ghosh, G. (2013). Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet*, *382*(9908), 1898-1955. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62105-4
- Joormann, J., & Quinn, M. E. (2014). Cognitive processes and emotion regulation in depression. *Depression and anxiety*, *31*(4), 308-315. doi: 10.1002/da.22264.
- Klasen, F., Otto, C., Kriston, L., Patalay, P., Schlack, R., Ravens-Sieberer, U., & Bella Study Group. (2015). Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *24*(6), 695-703. doi: 10.1007/s00787-014-0637-5
- Luszczynska, A., Cao, D. S., Mallach, N., Pietron, K., Mazurkiewicz, M., & Schwarzer, R. (2010). Intentions, planning, and self-efficacy predict physical activity in Chinese and Polish adolescents: Two moderated mediation analyses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *10*(2), 265-278. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712250004>

- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of psychology, 139*(5), 439-457. Doi: 10.3200/JRLP.139.5.439-457
- Macías, S. E. F., Mendoza, F. I. X., & Camargo, S. Y. (2017). Association between depression and suicidal ideation in a group of colombian adolescents. *Pensamiento Psicológico, 15*(1), 51-61. doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ADIS
- McGeown, S. P., Putwain, D., Simpson, E. G., Boffey, E., Markham, J., & Vince, A. (2014). Predictors of adolescents' academic motivation: Personality, self-efficacy and adolescents' characteristics. *Learning and Individual Differences, 32*, 278-286. doi: 10.1016/j.lindif.2014.03.022
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem, 17*(4), 758-764. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/714/71411240017.pdf>
- Moshki, M., Amiri, M., & Khosravan, S. (2012). Mental health promotion of Iranian university students: The effect of self-esteem and health locus of control. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19*(8), 715-721. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01806.x
- Muris, P. (2001). A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youths. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*(3), 145-149. doi: 10.1023/a:1010961119608
- Ndika, N. A., Olagbaiye, F., & Agiobu-Kemmer, I. (2009). Age differences in irrational beliefs, self-efficacy and self-confidence of adolescents in a nigerian secondary school. *Psychology and Education, 46*(3), 16. Recuperado de <http://www.psychologyandeducation.net/pae/2012/05/10/>

- Paukert, A. L., Pettit, J. W., Kunik, M. E., Wilson, N., Novy, D. M., Rhoades, H. M., ... & Stanley, M. A. (2010). The roles of social support and self-efficacy in physical health's impact on depressive and anxiety symptoms in older adults. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(4), 387-400. doi: 10.1007/s10880-010-9211-6
- Philip, E. J., Merluzzi, T. V., Zhang, Z., & Heitzmann, C. A. (2013). Depression and cancer survivorship: Importance of coping self-efficacy in post-treatment survivors. *Psycho-Oncology*, 22(5), 987-994. doi: 10.1002/pon.3088
- Ranney, M. L., Freeman, J. R., Connell, G., Spirito, A., Boyer, E., Walton, M., ... & Cunningham, R. M. (2016). A depression prevention intervention for adolescents in the emergency department. *Journal of Adolescent Health*, 59(4), 401-410. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.04.008
- Ribeiro, J. L. P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 671-682. doi: 10.15309/14psd150309
- Sagone, E., & De Caroli, M. E. (2013). Relationships between resilience, self-efficacy, and thinking styles in Italian middle adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 92, 838-845. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.08.763
- Schunk, D. H., & Meece, J. L. (2006). Self-efficacy development in adolescence. In T. Urdan, & F. Pajares (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 71-96). Greenwich: Information Age Publishing.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.). *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, Uk: Nfer-Nelson.
- Silveira, D. D., & Jorge, M. R. (1998). Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de

- adolescentes e adultos jovens. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25, 251-261. Recuperado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255c.htm>
- Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Revisão integrativa: O que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106. doi: 10.1590/s1679-45082010rw1134
- Souza, I., & Souza, M. A. D. (2004). Validação da escala de autoeficácia geral percebida. *Revista Universidade Rural: Série Ciências Humanas*, 26(1-2), 12-17.
- Soysa, C. K., & Wilcomb, C. J. (2015). Mindfulness, self-compassion, self-efficacy, and gender as predictors of depression, anxiety, stress, and well-being. *Mindfulness*, 6(2), 217-226. doi: 10.1007/s12671-013-0247-1
- Srivastava, A., & Kaur, D. (2018). Self-efficacy, mental health and attitude towards androgynization of roles: A comparative study of sports women and non-sports women. *Journal of Psychosocial Research*, 13(1), 237-243. doi: 10.1080/09720073.2004.11890851
- Stoduto, G., Dill, P., Mann, R. E., Wells-Parker, E., Toneatto, T., & Shuggi, R. (2008). Examining the link between drinking-driving and depressed mood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(5), 777-780. doi: 10.15288/jsad.2008.69.777
- Tak, Y. R., Brunwasser, S. M., Lichtwarck-Aschoff, A., & Engels, R. C. (2017). The prospective associations between self-efficacy and depressive symptoms from early to middle adolescence: A cross-lagged model. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(4), 744-756. doi: 10.1007/s10964-016-0614-z
- Tan-Kristanto, S., & Kiropoulos, L. A. (2015). Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), 635-645. doi: 10.1080/13548506.2014.999810

- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056-1067. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- Tovar, E., Rayens, M. K., Gokun, Y., & Clark, M. (2015). Mediators of adherence among adults with comorbid diabetes and depression: The role of self-efficacy and social support. *Journal of Health Psychology*, 20(11), 1405-1415. doi: 10.1177/1359105313512514
- Tsang, S. K., Hui, E. K., & Law, B. (2012). Self-efficacy as a positive youth development construct: A conceptual review. *The Scientific World Journal*, 2012, 1-7. doi: 10.1100/2012/452327
- Valois, R. F., Zullig, K. J., & Hunter, A. A. (2015). Association between adolescent suicide ideation, suicide attempts and emotional self-efficacy. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 237-248. doi: 10826-013-9829-8
- WHO, World Health Organization. Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. Geneva: WHO, 2014.
- WHO, World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: WHO, 2017.

- Capítulo 3-

Estudo III

O Papel da Autoeficácia, da Autoestima e do Autoconceito na Depressão em Adolescentes⁴

Resumo

Este estudo buscou avaliar a relação entre autoeficácia, autoestima, autoconceito e depressão em adolescentes. Para tanto, realizou-se o rastreamento de sintomas depressivos, bem como dos níveis de autoeficácia, autoestima e autoconceito, além de que se analisou a capacidade de predição desses construtos cognitivos sobre a sintomatologia depressiva. Por fim, verificou se a relação entre preditor(es) e sintomas é moderada pelas variáveis sexo e idade. A amostra foi constituída por 501 adolescentes, com média de idade de 16,4 anos. Os instrumentos utilizados foram o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP), a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), a Escala de Autoconceito Multidimensional (EAM) e um questionário sociodemográfico. Nos resultados, observou-se que quase metade dos adolescentes apresentou diagnóstico positivo de rastreamento para depressão e níveis moderados nos três construtos cognitivos avaliados. Apenas a autoeficácia foi preditora de sintomas depressivos e essa relação não sofreu efeito de interação do sexo ou idade do adolescente. Os resultados desta pesquisa denotam a relevância da autoeficácia no entendimento da ocorrência de depressão nesse grupo, fornecendo subsídios para sua utilização como suporte ao diagnóstico, ações preventivas e tratamento.

Palavras-chave: Depressão; Autoeficácia; Autoestima; Autoconceito; Adolescente.

⁴ Artigo preparado para ser submetido a periódico da Psicologia. Este manuscrito ainda não foi submetido.

Abstract

This study sought to assess a relationship between self-efficacy, self-esteem, self-concept and depression in adolescents. To do so, execute or track depressive symptoms, as well as the levels of self-efficacy, self-esteem and self-concept, in addition to analyzing the ability of these cognitive builders to predict depressive symptoms. Finally, check if there is a relationship between predictor (s) and symptoms moderated by gender and age variables. One sample was altered by 501 adolescents, with a mean age of 16.4 years. The instruments used were the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), a Perceived General Self-Efficacy Scale (EAGP), a Rosenberg Self-Esteem Scale (EAR), a Multidimensional Self-Concept Scale (EAM) and a sociodemographic questionnaire. In the results, it was observed that almost half of the adolescents had a positive screening diagnosis for depression and moderate levels in the three cognitive constructs evaluated. Only self-efficacy was a predictor of depressive symptoms and this relationship did not suffer from the interaction of the adolescent's sex or age. The results of this research show the relevance of self-efficacy in understanding the occurrence of depression in this group, providing support for its use as a support for diagnosis, preventive actions and treatment.

Keywords: Depression; Self-efficacy; Self esteem; Self-concept; Adolescent

Introdução

A adolescência é considerada um período de potencial vulnerabilidade, em que grande parte da carga de doenças mentais surge (Patton et al., 2014). Mundialmente, estima-se que 10-20% dos adolescentes experimentam alguma condição de saúde mental ou neuropsiquiátrica, representando a principal causa de anos de vida perdidos por incapacidade entre adolescentes e jovens (Gore et al., 2011). No Brasil, estima-se a prevalência de 30% de Transtornos Mentais Comuns (TMC) nesse grupo (Lopes et al., 2016). Quando não tratadas na adolescência, as consequências dessas condições podem se estender à fase adulta e acarretar em prejuízos na saúde física e mental, limitando as oportunidades de obter uma vida mais saudável quando adultos. Dentre essas condições, os distúrbios emocionais, incluindo a depressão, são os mais frequentes na adolescência e representam impacto significativo na etiologia de outras doenças e incapacidades (OMS, 2014).

O início de depressão na adolescência está associado à maior prejuízo funcional, comorbidades psiquiátricas e suicídio (Van Noorden et al., 2011). A maioria dos adolescentes deprimidos apresenta comorbidades psiquiátricas ao longo da vida, com os transtornos de ansiedade sendo os mais comuns (30% a 80%). As estimativas também apontam que de 5% a 10% dos adolescentes deprimidos cometem suicídio em até 15 anos após seu primeiro episódio de depressão, além de terem sete vezes mais chances de concluir o suicídio, isso quando comparados aos adolescentes sem diagnóstico de depressão (Rhode, Lewinsohn, Klein, Seeley, & Gau, 2014; Wesselhoeft, Heiervang, Kragh-Sorensen, Sorensen, & Bilenberg, 2016). Ademais, a presença de sintomas depressivos na adolescência está associada a inúmeros desfechos adversos na vida adulta, incluindo menor escolarização e piores indicadores de saúde (Rhode et al., 2014).

Na adolescência, a depressão se caracteriza pela presença de humor irritável e instável, perda de energia, apatia e desinteresse relevantes. Outros sintomas são sentimentos de

desesperança e culpa, alterações no sono, isolamento e dificuldades para manter a atenção em atividades cotidianas (Bahls & Bahls, 2002). Esses sintomas podem variar de acordo com a idade e o sexo do adolescente. Aqueles mais novos podem apresentar maior desinteresse nas atividades escolares, hiperatividade e sintomas psicossomáticos, como dores de cabeça (Baptista, Borges, & Serpa, 2017). Já os mais velhos tendem a relatar menos queixas de dor e maior retraimento social, preocupação com a imagem corporal e ideação suicida mais recorrente (Luby et al., 2014).

As diferenças por sexo são refletidas na incidência, curso e número de episódios depressivos (Lewis et al., 2015). Estudos também indicam que antes da puberdade há uma maior tendência da presença de sintomas nos meninos (Johnson & Whisman, 2013; Rohde et al., 2014). Após esse período, as meninas começam a apresentar consistentemente maiores taxas de depressão. Há também diferenciação quanto à sintomatologia. As meninas apresentam maior número de sintomas internalizantes, como humor mais rebaixado e choro constante, enquanto os meninos expressam mais sintomas externalizantes, como dificuldade de concentração e agressividade (Baptista et al., 2017).

Diferentes teorias biológicas e psicológicas buscaram estabelecer a etiologia da depressão. A Teoria Cognitiva de Beck (Beck et al., 1979) é uma das teorias mais amplamente aceitas entre os modelos cognitivos contemporâneos. Segundo esse modelo, a depressão é causada pela ativação de esquemas que rastreiam e codificam a experiência do indivíduo deprimido de forma negativa, refletindo em três dimensões, a saber: visões negativas sobre si mesmo, o mundo e o futuro como resultado de sua história de aprendizado (Beck, 1983). Na adolescência, os indivíduos adquirem novas habilidades que lhes permitem a realização de abstrações sobre si e sobre os outros, que constituirá um conjunto de auto-crenças inter-relacionado e em desenvolvimento contínuo. Esse conjunto de crenças sobre si, que inclui o autoconceito, a autoestima e a autoeficácia, exerce papel moderador da

ocorrência de depressão, atuando como componente protetivo ou potencializando a presença de sintomas (Rodríguez & Loos-Sant'Ana, 2019).

A autoeficácia se refere às crenças dos indivíduos em sua capacidade de agir sobre eventos que afetam suas vidas, influenciando a qualidade do funcionamento humano por meio de processos cognitivos, motivacionais, afetivos e decisórios (Bandura, 1993, 2006). A autoeficácia atua também sobre a autorregulação de estados emocionais, influenciando sobre a vulnerabilidade do indivíduo à ocorrência de sintomas depressivos (Bandura, 2011). Inúmeras evidências, em diferentes contextos, apontam a relação da autoeficácia e depressão em adolescentes, e sua função na promoção de desfechos adaptativos diante de adversidades inerentes a essa fase do desenvolvimento, incluindo passagem do ambiente familiar para ambientes impessoais, a complexidade do ensino médio, as descobertas relacionadas à sexualidade, entre outros (Flett, Panico, & Hewitt, 2011; Guerra, Farkas, & Moncada, 2018; Lara, Patiño, Navarrete, Hernández, & Nieto, 2017; Muris, Meesters, Pierik, & Kock, 2016; Tak, Brunwasser, Lichtwarck-Aschoff, & Engels, 2017).

A autoestima e o autoconceito são construtos cognitivos que comumente apresentam relação próxima com a autoeficácia. A autoestima se refere à avaliação subjetiva de um indivíduo de seus valores como pessoa (Orth & Robins, 2014). O autoconceito, por sua vez, é um construto amplo que envolve a percepção das pessoas sobre si mesmas em diferentes domínios, incluindo social, familiar, físico, entre outros (Harter, 1985). Dentro do modelo cognitivo da depressão, os três construtos se referem às crenças do indivíduo acerca de si mesmo e auxiliam na explicação da presença de sintomas depressivos. Isto é, crenças negativas de autoeficácia, autoestima e autoconceito tendem a estar associadas à maior probabilidade de ocorrência de depressão (Galicia-Moyeda, Sánchez-Velasco, & Robles-Ojeda, 2013; Neira & Barber, 2014; Steiger, Allemand, Robins, & Fend, 2014). No entanto, a autoeficácia tem apresentado papel de destaque em pesquisas longitudinais e interventivas

com foco no seu desenvolvimento para manejo e remissão de sintomas depressivos (Morton & Montgomery, 2012; Shoshani & Steinmetz, 2013; Tak et al., 2017).

Os construtos cognitivos, em especial a autoeficácia, expressam um aspecto importante no processo de ajustamento, pois moderam os impactos produzidos pelos desafios adaptativos. Assim, estudá-los como preditores de depressão se mostra relevante para adoção de ações preventivas e diagnósticas mais assertivas, bem como auxilia no melhor entendimento do fenômeno. Desse modo, o objetivo principal deste estudo foi avaliar a capacidade de predição da autoeficácia, autoestima e autoconceito sobre a sintomatologia depressiva em adolescentes. Outros objetivos incluíram o rastreamento de sintomas depressivos e análise do papel moderador das variáveis sexo e idade na relação entre os principais preditores e os sintomas de depressão.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 501 adolescentes, com média de idade de 16,4 anos ($DP = 1,15$; *Mínimo* [*Mín.*] = 14 e *Máximo* [*Máx.*] = 19), com maioria do sexo feminino ($n = 276$; 55,1%). Participaram da pesquisa estudantes do ensino médio, sendo 32,9% do 1º ano ($n = 165$), 42,3% ($n = 212$) do 2º ano e 24,8% do 3º ano ($n = 124$), de escolas de Aracaju (SE) ($n = 315$; 62,9%) e da Irecê (BA) ($n = 186$; 37,1%). O delineamento da pesquisa foi do tipo não probabilístico, com amostragem por conveniência, feita em sala de aula.

Instrumentos

Utilizou-se um questionário sociodemográfico (Anexo 1) contendo informações para caracterização da amostra, como sexo (masculino ou feminino), idade (em anos) e escolaridade (1º, 2º ou 3º ano do ensino médio). Aplicou-se a Escala de Autoeficácia Geral Percebida ([EAGP]; Schwarzer & Jerusalem, 1995; Anexo 2), adaptada e validada para o Brasil por Souza e Souza (2004). A EAGP contém 10 itens em uma escala tipo *likert* de 1

(não é verdade ao meu respeito) a 4 (é totalmente verdade ao meu respeito). A pontuação final foi obtida a partir da soma dos itens, variando entre 10 e 40 pontos, em que quanto maior o escore, maior a crença de autoeficácia. Na presente investigação, a escala apresentou alfa de Cronbach equivalente a 0,85.

A Escala de Autoconceito Multidimensional ([EAM]; Sarriera et al., 2015; Anexo 3), versão adaptada da Escala de Autoconceito Forma 5 ([AF5]; García & Musito, 2014). A medida contém 24 itens com possibilidade de resposta entre 1 (nunca) e 5 (sempre) pontos, contemplando as dimensões autoconceito acadêmico, familiar, físico e social. A escala varia entre 24 e 120 pontos, em que escores mais alto indicam percepção mais positiva do autoconceito do indivíduo. A escala apresentou alfa de Cronbach de 0,87 nesta pesquisa.

Utilizou-se, também, a Escala de Autoestima de Rosenberg ([EAR]; 1965; Anexo 4), adaptada para o Brasil por Hutz (2000). A escala apresenta 10 itens dispostos numa escala de 1 (discordo totalmente) a 4 pontos (concordo totalmente). O escore total varia entre 10 e 40 pontos; quanto maior a pontuação, maior a percepção de autoestima do participante. Quanto às suas propriedades psicométricas, o instrumento obteve alfa de Cronbach de 0,87 nesta amostra.

Por fim, aplicou-se o *Patient Health Questionnaire-9* (Questionário de Saúde do Paciente [PHQ-9]; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001 Anexo 5), versão traduzida e adaptada por Lima, Mendes, Crippa e Loureiro (2009), que foi utilizado para rastrear os sintomas depressivos. O instrumento foi construído com base nos critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior do DSM-IV, permitindo a classificação dos níveis de gravidade (leve, moderada ou grave). A medida é composta por nove itens, avaliados em uma escala (0 “nunca” a 3 “em quase todos os dias”) que mede a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas. O escore final varia de 0 a 27 pontos. A pontuação igual

ou acima de 10 pontos representa indicação positiva de depressão. Neste estudo, essa medida apresentou alfa de Cronbach de 0,85.

Aspectos Éticos e Procedimentos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Registro da Pesquisa, CAAE: 10476319.2.0000.5546; Anexo 6). Inicialmente, obteve-se a autorização das instituições de ensino (Anexo 7), bem como dos pais ou responsáveis através do Termo de Autorização (Anexo 8). Os adolescentes que aceitaram participar assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ([TCLE]; Anexo 9) contendo o objetivo da pesquisa, as garantias de sigilo e direito de recusa ou retirada do consentimento em qualquer fase do processo de pesquisa. Os dados foram coletados de forma presencial, autoaplicada e com duração média de 30 minutos.

Análise dos dados

As análises foram realizadas por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* ([SPSS], versão 25). A priori, foram efetuadas estatísticas exploratórias, com a substituição de casos perdidos e extremos (menos do que 1% da amostra total) pela média, bem como a análise dos coeficientes de assimetria e achatamento para avaliação da normalidade das distribuições. Em seguida, obtiveram-se as estatísticas descritivas (frequência percentual, média e desvios-padrão).

Para a avaliação da predição dos sintomas de depressão, conduziu-se análise de regressão linear múltipla (método *backward*) (Field, 2009). O escore de depressão no PHQ-9 foi inserido como variável dependente e os escores de autoeficácia, autoconceito e autoestima como variáveis independentes. A partir do resultado dessa análise, verificou-se o papel moderador das variáveis sexo e idade na relação entre depressão e a(s) variável(is) preditor(a)s. A análise de moderação consiste no efeito de uma variável na direção ou intensidade da relação entre uma variável preditora (independente) e a variável predita

(dependente). A análise de moderação permite identificar diferenças individuais ou condições situacionais que alteram a relação estabelecida entre duas outras variáveis (Edwards & Lambert, 2007).

Inicialmente, analisou-se o atendimento aos pressupostos para realização da análise de moderação: os dados devem apresentar homocedasticidade (as variâncias constantes dos erros são as mesmas para todas as combinações de variáveis independentes e moderadoras) e não podem indicar multicolinearidade (variáveis altamente correlacionadas); e os resíduos devem ser normalmente distribuídos (Hayes, 2012). Posteriormente, verificou-se se as variáveis dependente e independente estabeleciam associações significativas com as variáveis moderadoras por meio de teste t (sexo) e correlação de Pearson (idade). Tendo sido atendidos esses critérios, conduziu-se a análise de moderação na ferramenta *Process* para SPSS (versão 3.4). O nível de significância adotado para todas as análises foi de $p < 0,05$.

Resultados

Nas escalas de autoeficácia, autoestima e autoconceito, os participantes obtiveram escore médio de 27,9 ($DP = 6,22$; $Mín. = 10$; $Máx. = 40$), 26,9 ($DP = 6,45$; $Mín. = 11$; $Máx. = 40$) e 81,9 ($DP = 16,34$; $Mín. = 41$; $Máx. = 120$), respectivamente. Na escala de depressão, o escore médio foi de 10,4 ($DP = 6,58$; $Mín. = 0$; $Máx. = 27$), sendo que 48,7% ($n = 244$) apresentaram diagnóstico de rastreamento positivo para depressão na PHQ-9 (escore igual ou superior a 10 pontos).

Relação entre depressão e construtos

Análises de correlação de Pearson apontaram que os escores das variáveis mensuradas obtiveram uma correlação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), atendendo pressuposto para realização da regressão linear. A Tabela 1 apresenta os coeficientes de correlação entre depressão, autoeficácia, autoestima e autoconceito.

Tabela 1.

Índices de Correlação entre os escores depressão, autoeficácia, autoestima e autoconceito

	(1)	(2)	(3)
Depressão	-	-	-
(1) Autoeficácia	-0,501*	-	-
(2) Autoestima	-0,689*	0,613*	-
(3) Autoconceito	-0,561*	0,565*	0,660*

Notas. (1). Depressão, (2). Autoeficácia, (3). Autoestima. * $p < 0,001$.

Na análise de regressão múltipla, tendo como variável dependente o escore de sintomas depressivos na PHQ-9, o modelo gerado apresentou coeficiente de determinação ajustado (R^2) de 25% ($R^2 = 0,250$, $F = 167,44$; $p < 0,001$) e a autoeficácia foi a única variável que permaneceu no modelo, sendo preditora negativa de depressão ($\beta = -0,50$; $p < 0,001$). As variáveis autoestima e autoconceito não apresentaram significância estatística e foram excluídas do modelo final ($p > 0,05$). A avaliação inicial dos pressupostos da regressão linear, de multicolinearidade e a análise dos resíduos da regressão não indicaram problemas de validade do modelo final.

Análise de moderação

A partir dos resultados na análise de regressão múltipla, conduziu-se análise de moderação das variáveis sexo e idade na relação entre autoeficácia e depressão. Na avaliação dos pressupostos, não se constatou problemas que impedissem a realização da análise. O teste t indicou diferenças estatisticamente significativas por sexo do adolescente nos escores de autoeficácia ($t = 6,37$; $p < 0,001$) e depressão ($t = -6,53$; $p < 0,001$). A correlação de Pearson demonstrou uma associação positiva e significativa entre idade e escore de autoeficácia ($r = 0,12$; $p = 0,006$) e negativa e significativa com o escore de depressão ($r = -0,16$; $p < 0,001$).

Como resultado da avaliação da moderação, viu-se que ambas as variáveis sociodemográficas não apresentaram um efeito de interação significativo com a autoeficácia, indicando que a relação entre autoeficácia e depressão não foi moderada pelo sexo ($b = -0,525$, IC95% [-0,221; 0,116]; $t = -0,61$; $p = 0,542$), nem pela idade do adolescente ($b = 0,007$, IC95% [-0,061; 0,075]; $t = 19$; $p = 0,842$).

Discussão

Os adolescentes desta amostra apresentaram níveis moderados de autoeficácia, autoestima e autoconceito. Outros estudos também relataram achados semelhantes (Carlsen et al., 2017; Chui & Wong, 2015; Green et al., 2012; Sznitman, Zimmermann, & Petegem, 2019). Esses três construtos refletem um conjunto de crenças sobre si mesmo que estão inter-relacionadas e em desenvolvimento contínuo. Na adolescência, o indivíduo adquire novas habilidades cognitivas que permite a realização de abstrações e reflexões sobre si mesmo, os outros e suas capacidades. Essas crenças passam a ter significado e integram um senso único de identidade, desenvolvido a partir de experiências pessoais, autorreflexão e *feedback* de figuras afetivas importantes (Rodriguez & Loos-Sant'Ana, 2019). Portanto, níveis moderados de autoeficácia, autoestima e autoconceito estão associados a um funcionamento mais adaptado, exercendo influência no ajustamento psicológico diante de desafios inerentes à adolescência (Shoshani & Steinmetz, 2014; Stoddard & Pierce, 2015).

Quanto à sintomatologia depressiva, quase metade dos participantes deste estudo apresentou diagnóstico de rastreamento positivo para depressão, seguindo a tendência de outros estudos nesse público (Bhatta, Champion, Young, & Loika, 2018; Ghofranipour, Saffari, Mahmoudi, & Montazeri, 2013; Moeini, Bashirian, Soltanian, Ghaleiha, & Taheri, 2019; Yang, Lau, & Lau, 2018). A presença de sintomas depressivos na adolescência, ainda que em níveis clinicamente não significativos, está associada a uma série de resultados desadaptativos, incluindo presença mais frequente de problemas de saúde física (Wright et al.,

2016), maior absenteísmo escolar (Gonzálvez et al., 2018), maior risco de tentativa e conclusão de suicídio (Twenge, Joiner, Rogers, & Martin, 2018), redução da qualidade de vida (Bertha & Balázs, 2013), entre outros. Por causa disso, a depressão em adolescentes tem sido pauta global nas discussões em saúde. De qualquer modo, embora o conjunto de conhecimento acerca do fenômeno tenha avançado em inúmeros aspectos, ainda se observa a necessidade de aperfeiçoar de métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento (Thapar et al., 2012). Assim, analisar construtos cognitivos como preditores de depressão contribui tanto na avaliação, ao passo que se identifica quais indivíduos apresentam maior vulnerabilidade, quanto no tratamento, a partir da elaboração de estratégias para o desenvolvimento de crenças mais adaptativas sobre si mesmo.

A crença na sua própria capacidade de controlar ações para alcançar resultados é um fator crucial para o bem-estar emocional de adolescentes. A Teoria Social Cognitiva de Bandura (1986) explica que níveis rebaixados de autoeficácia podem produzir sintomas depressivos através de discrepâncias entre as aspirações pessoais e habilidades percebidas. Nessa perspectiva, os adolescentes estabelecem padrões incompatíveis com suas habilidades, diminuindo a probabilidade de sucesso e realização de seus objetivos e, conseqüentemente, produzindo sentimentos de culpa e incapacidade. A percepção de incapacidade de controlar demandas em diferentes contextos e domínios pode desencadear a ocorrência de sintomas depressivos em adolescentes (Bandura, 1993; Tak et al., 2017). Neste estudo, a autoeficácia foi o único construto cognitivo que permaneceu no modelo de análise de regressão linear múltipla, tendo sido visto que níveis rebaixados de autoeficácia foram preditivos para níveis mais altos de sintomas depressivos. Não foi identificado na literatura nenhum estudo que tenha investigado os três construtos em conjunto e sua relação com sintomas depressivos, tal como se realizou nesta pesquisa. No entanto, há evidências que apontam para a relevância da

autoeficácia na explicação da depressão em adolescentes (Ghofranipour et al., 2013; Guerra et al., 2018; Muris et al., 2016, Tak et al., 2017).

A autoestima e o autoconceito não apresentaram significância estatística na predição de sintomas depressivos em adolescentes desta pesquisa. Outras investigações que analisaram a relação de ao menos dois dentre os três construtos aqui avaliados e a ocorrência de depressão já haviam observado alguma sobreposição entre eles (Chang, Yuan, & Chen, 2018; Yang et al., 2018). Essa sobreposição pode ter causado a exclusão das variáveis, uma vez que a regressão tende a controlar essa condição e, conceitualmente, a proximidade entre os três pode ter afetado a mensuração simultânea (Rodriguez & Loos-Sant'Ana, 2019). Essa proximidade conceitual exerce influência no processo de mensuração dos construtos. Por exemplo, para medir autoeficácia, o item 1 questiona “Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário”, ao passo que na medida de autoestima, o item 4 avalia se “Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas”, o que pode sugerir, de algum modo, sobreposição das medidas. Ainda assim, vale salientar que a avaliação de multicolinearidade do modelo final deste estudo não indicou a presença de problemas na análise, o que significa dizer que essa sobreposição não foi um problema dos instrumentos em si, mas de um efeito até esperado no uso de conceitos que congregam alguma semelhança. De qualquer modo, isso não significa que a autoestima e o autoconceito não sejam relevantes para explicação do fenômeno, mas que em conjunto com a autoeficácia, apenas essa última variável teve capacidade preditiva exclusiva na previsão do escore de depressão da presente amostra.

A análise de moderação indicou que as variáveis sexo e idade não apresentaram um efeito de interação sobre a relação entre autoeficácia e a sintomatologia depressiva. Isso demonstra que a capacidade da autoeficácia em predizer sintomas depressivos não sofre influência significativa em detrimento dessas variáveis sociodemográficas. Isto é, níveis

rebaixados de autoeficácia predizem níveis elevados de sintomatologia depressiva em meninos e meninas, mais novos ou mais velhos, mas isso não altera a intensidade ou direção dessa relação. Esse achado fornece subsídios para elaboração de protocolos de intervenção e práticas mais assertivas, parcimoniosas e pragmáticas, visto que é possível utilizar técnicas indistintas para ambos os sexos e faixas etárias. Em outras palavras, intervenções que visam ao desenvolvimento adaptativo de autoeficácia na prevenção, redução ou remissão de sintomas depressivos em adolescentes serão efetivas indistintamente entre os grupos.

Tal achado não implica que se deve ignorar a influência das diferenças individuais nos níveis de autoeficácia ou ocorrência de depressão. Inúmeros estudos apontaram diferenças por sexo nos níveis de autoeficácia em domínios distintos, por exemplo, meninas apresentam níveis mais elevados de autoeficácia no gerenciamento de atividades acadêmicas e sociais, ao passo que os meninos têm crenças mais elevadas para lidar com estados emocionais e afetivos (Claster & Blair, 2017; D’Lima, Winsler, & Kitsantas, 2014). Sabe-se também que meninas têm mais chances de apresentar sintomas depressivos dos que os meninos (OMS, 2014). São apontadas, ainda, diferenças nos níveis de autoeficácia (Ndika, Olagbaiye, & Agiobu-Kemmer, 2009; Scott et al., 2008) e sintomas depressivos (Baptista et al., 2017; Luby et al., 2014) em decorrência da faixa etária do adolescente. Portanto, o sexo e idade do adolescente são variáveis consideradas quanto às diferenciações das crenças de autoeficácia e ocorrência de depressão. No entanto, essas variáveis sociodemográficas, de acordo com os resultados da presente pesquisa, parecem não alterar a relação estabelecida entre autoeficácia e sintomatologia depressiva.

Em resumo, viu-se que os adolescentes desta amostra apresentaram níveis moderados de autoeficácia, autoconceito e autoestima e quase metade deles obteve diagnóstico de rastreamento positivo de sintomas depressivos. Dentre os construtos cognitivos, a autoeficácia foi a única autocrença preditora de sintomatologia em adolescentes. Além disso, observou-se

que essa relação não é moderada pelo sexo ou idade do participante. Ressalta-se que não foi identificado na literatura nacional e internacional nenhum estudo com esses objetivos, sendo este o primeiro junto a adolescentes do nordeste brasileiro.

Como limitação deste estudo, destaca-se que a amostra foi do tipo não probabilístico e por conveniência, sem representatividade populacional. Portanto, é preciso parcimônia quanto à generalização dos resultados em adolescentes de outros contextos. Em futuros estudos com amostras representativas, e de outras regiões, talvez seja possível constatar a estabilidade das crenças de autoeficácia na explicação da ocorrência de depressão nesse grupo. Nesta pesquisa, o delineamento foi transversal e os instrumentos utilizados tinham características de rastreamento, não sendo realizado diagnóstico clínico de depressão nos adolescentes. Sugere-se, portanto, a realização de estudos longitudinais, de caráter interventivo e em amostras clínicas, a fim de verificar não só a capacidade da autoeficácia em prever a ocorrência de depressão, como avaliar o seu papel na remissão dos sintomas.

Finalmente, a partir dos achados desta investigação, espera-se a ampliação da discussão acerca da saúde na adolescência, considerando que inúmeras condições que ocorrem nessa fase do desenvolvimento tendem a acarretar uma série de complicações na vida adulta. Espera-se, assim, que os cuidados em saúde mental possam ser cada vez mais baseados em evidências, potencializando ações que promovam bem-estar nesse público, por meio do reconhecimento de fatores de protetivos à sua saúde.

Referências

- Bahls, S. C., & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6(1), 49-57. doi: 10.5380/psi.v6i1.3193
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares & T. C. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 307–337). Greenwich, CT: Information Age.

- Bandura, A. (2011). Social cognitive theory. In P. A. M. van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.). *Handbook of social psychological theories* (pp. 349–373). London: Sage.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-148. doi: 10.1207/s15326985ep2802_3
- Baptista, M. N., Borges, L., & Serpa, A. L. O. (2017). Gender and age-related differences in depressive symptoms among Brazilian children and adolescents. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(68), 290-297. doi: 10.1590/1982-43272768201706
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265–284). New York, NY: Raven Press.
- Beck, A. T. , Rush, A. J. , Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford: New York.
- Bertha, E. A., & Balázs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(10), 589-603. doi: 10.1007/s00787-013-0411-0
- Bhatta, S., Champion, J. D., Young, C., & Loika, E. (2018). Outcomes of depression screening among adolescents accessing school-based pediatric primary care clinic services. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, 8-14. doi: 10.1016/j.pedn.2017.10.001
- Carlsen, K., Haddad, N., Gordon, J., Phan, B. L., Pittman, N., Benkov, K., ... & Keefer, L. (2017). Self-efficacy and resilience are useful predictors of transition readiness scores in adolescents with inflammatory bowel diseases. *Inflammatory Bowel Diseases*, 23(3), 341-346. doi: 10.1097/MIB.0000000000001038

- Chang, C. W., Yuan, R., & Chen, J. K. (2018). Social support and depression among Chinese adolescents: The mediating roles of self-esteem and self-efficacy. *Children and Youth Services Review*, 88, 128-134. doi: 10.1016/j.childyouth.2018.03.001
- Chui, W. H., & Wong, M. Y. (2016). Gender differences in happiness and life satisfaction among adolescents in Hong Kong: Relationships and self-concept. *Social Indicators Research*, 125(3), 1035-1051. doi: 10.1007/s11205-015-0867-z
- Claster, P. N., & Blair, S. L. (2017). Self-efficacy and future adult roles: Gender differences in adolescents' perceptions. *Journal of Sociology and Social Work*, 5, 17-30. doi: 10.15640/jssw.v5n1a3
- D'Lima, G. M., Winsler, A., & Kitsantas, A. (2014). Ethnic and gender differences in first-year college students' goal orientation, self-efficacy, and extrinsic and intrinsic motivation. *The Journal of Educational Research*, 107(5), 341-356. doi: 10.1080/00220671.2013.823366
- Edwards, J. R., & Lambert, L. S. (2007). Methods for integrating moderation and Mediation: A general analytical framework using moderated path analysis. *Psychological Methods*, 12(1), 1. doi: 10.1037/1082-989X.12.1.1
- Field, A. (2009). *Descobriendo a estatística usando o SPSS-2*. Bookman Editora.
- Flett, G. L., Panico, T., & Hewitt, P. L. (2011). Perfectionism, type A behavior, and self-efficacy in depression and health symptoms among adolescents. *Current Psychology*, 30(2), 105-116. doi: 10.1007/s12144-011-9103-4
- García, F., & Musitu, G. (2014). *Manual Af-5. Autoconcepto forma 5*. TEA ediciones: Madrid.
- Ghofranipour, F., Saffari, M., Mahmoudi, M., & Montazeri, A. (2013). Demographical and psychological determinants of depression, among a sample of Iranian male

- adolescents. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(10), 1217. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3843312/>
- González, C., Kearney, C. A., Jiménez-Ayala, C. E., Sanmartín, R., Vicent, M., Inglés, C. J., & García-Fernández, J. M. (2018). Functional profiles of school refusal behavior and their relationship with depression, anxiety, and stress. *Psychiatry Research*, 269, 140-144. doi: 10.1016/j.psychres.2018.08.069
- Gore F. M., Bloem P. J., Patton G. C., Ferguson J., Joseph V., Coffey C., ... & Colin D. M. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. *Lancet*, 377(9783), 93-102. doi:10.1016/S0140-6736(11)60512-6
- Green, J., Liem, G. A. D., Martin, A. J., Colmar, S., Marsh, H. W., & McInerney, D. (2012). Academic motivation, self-concept, engagement, and performance in high school: Key processes from a longitudinal perspective. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1111-1122. doi: 10.1016/j.adolescence.2012.02.016
- Guerra, C., Farkas, C., & Moncada, L. (2018). Depression, anxiety and PTSD in sexually abused adolescents: Association with self-efficacy, coping and family support. *Child Abuse & Neglect*, 76, 310-320.
- Harter, S. (1985). Competence as a dimension of self-evaluation: Toward a comprehensive model of self-worth. In R. L. Leahy (Ed.), *The development of the self* (pp. 55–121). New York, NY: Academic Press.
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling. Manuscrito não publicado. The Ohio State University.
- Hutz, C. S. (2000). Adaptação da escala de autoestima de Rosenberg. Manuscrito não publicado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

- Johnson, D. P., & Whisman, M. A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences, 55*(4), 367-374. doi:10.1016/j.paid.2013.03.019
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Lara, M. A., Patiño, P., Navarrete, L., Hernández, Z., & Nieto, L. (2017). Association between depressive symptoms and psychosocial factors and perception of maternal self-efficacy in teenage mothers. *Salud Mental, 40*(5), 201-208. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2017/sam175d.pdf>
- Lewis, A. J., Kremer, P., Douglas, K., Toumborou, J. W., Hameed, M. A., Patton, G. C., & Williams, J. (2015). Gender differences in adolescent depression: Differential female susceptibility to stressors affecting family functioning. *Australian Journal of Psychology, 67*(3), 131-139. doi: 10.1111/ajpy.12086
- Lima, O. F. V. M., A., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. *Perspectives in Psychiatric Care, 45*(3), 216-227. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x
- Lopes, C. S., Abreu, G. D. A., Santos, D. F. D., Menezes, P. R., Carvalho, K. M. B. D., Cunha, C. D. F., ... & Szklo, M. (2016). ERICA: Prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública, 50*, 1-9. doi: 10.1590/S01518-8787.2016050006690
- Luby, J. L., Gaffrey, M. S., Tillman, R., Abril, L. M., & Belden, A. C. (2014). Trajectories of preschool disorders to full DSM depression at school age and early adolescence:

- Continuity of preschool depression. *The American Journal of Psychiatry*, 171(7), 768-776. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13091198
- Moeini, B., Bashirian, S., Soltanian, A. R., Ghaleiha, A., & Taheri, M. (2019). Prevalence of depression and its associated sociodemographic factors among Iranian female adolescents in secondary schools. *BMC psychology*, 7(1), 25. doi: 10.1186/s40359-019-0298-8
- Morton, M. H., & Montgomery, P. (2013). Youth empowerment programs for improving adolescents' self-efficacy and self-esteem: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 23(1), 22-33. doi: 10.1177/1049731512459967
- Moyeda, I. X. G., Velasco, A. S., & Ojeda, F. R. (2013). Autoeficacia en escolares adolescentes: Su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(2), 491-500. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/124691>
- Muris, P., Meesters, C., Pierik, A., & de Kock, B. (2016). Good for the self: Self-compassion and other self-related constructs in relation to symptoms of anxiety and depression in non-clinical youths. *Journal of Child and Family Studies*, 25(2), 607-617. doi: 10.1007/s10826-015-0235-2
- Ndika, N. A., Olagbaiye, F., & Agiobu-Kemmer, I. (2009). Age differences in irrational beliefs, self-efficacy and self-confidence of adolescents in a nigerian secondary school. *Psychology and Education*, 46(3), 16. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/287885026>
- Neira, C. J., & Barber, B. L. (2014). Social networking site use: Linked to adolescents' social self-concept, self-esteem, and depressed mood. *Australian Journal of Psychology*, 66(1), 56-64. doi: 10.1111/ajpy.12034

- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23, 381–387. doi: 10.1177/0963721414547414
- Patton, G. C., Coffey, C., Romaniuk, H., Mackinnon, A., Carlin, J. B., Degenhardt, L., ... & Moran, P. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: A 14-year prospective cohort study. *The Lancet*, 383(9926), 1404-1411. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62116-9
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., Seeley, J. R., & Gau, J. M. (2014). Key characteristics of major depressive disorder occurring in childhood, adolescence, emerging adulthood, and adulthood. *Clinical Psychological Science*, 1(1), 41-53. doi: 10.1177/2167702612457599
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and Commitment Therapy Measures Package*, 61(52), 18. Recuperado de <http://www.integrativehealthpartners.org/downloads/ACTmeasures.pdf#page=61>
- Sarriera, J. C., Casas, F., Bedin, L. M., Cruz, D. V. A., Santos, B. R., Borges, F. C., ... & González, M. (2015). Propriedades psicométricas da Escala de Autoconceito Multidimensional em adolescentes brasileiros. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 14(2), 1. doi: 10.15689/ap.2015.1402.13
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.). *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, Uk: Nfer-Nelson.
- Scott, W. D., Dearing, E., Reynolds, W. R., Lindsay, J. E., Baird, G. L., & Hamill, S. (2008). Cognitive Self-Regulation and Depression: Examining Academic Self-Efficacy and Goal Characteristics in Youth of a Northern Plains Tribe. *Journal of Research on Adolescence*, 18(2), 379-394. doi: 10.1111/j.1532-7795.2008.00564.x

- Shoshani, A., & Steinmetz, S. (2014). Positive psychology at school: A school-based intervention to promote adolescents' mental health and well-being. *Journal of Happiness Studies, 15*(6), 1289-1311. doi: 10.1007/s10902-013-9476-1
- Souza, I., & Souza, M. A. D. (2004). Validação da escala de autoeficácia geral percebida. *Revista Universidade Rural: Série Ciências Humanas, 26*(1-2), 12-17.
- Steiger, A. E., Allemand, M., Robins, R. W., & Fend, H. A. (2014). Low and decreasing self-esteem during adolescence predict adult depression two decades later. *Journal of Personality and Social Psychology, 106*(2), 325. doi: 10.1037/a0035133
- Steiger, A. E., Allemand, M., Robins, R. W., & Fend, H. A. (2014). Low and decreasing self-esteem during adolescence predict adult depression two decades later. *Journal of Personality and Social Psychology, 106*(2), 325. doi: 10.1037/a0035133
- Stoddard, S. A., & Pierce, J. (2015). Promoting positive future expectations during adolescence: The role of assets. *American Journal of Community Psychology, 56*(3-4), 332-341.
- Sznitman, G. A., Zimmermann, G., & Van P., S. (2019). Further insight into adolescent personal identity statuses: Differences based on self-esteem, family climate, and family communication. *Journal of Adolescence, 71*, 99-109. doi: 10.1016/j.adolescence.2019.01.003
- Tak, Y. R., Brunwasser, S. M., Lichtwarck-Aschoff, A., & Engels, R. C. (2017). The prospective associations between self-efficacy and depressive symptoms from early to middle adolescence: A cross-lagged model. *Journal of Youth and Adolescence, 46*(4), 744-756. doi: 10.1007/s10964-016-0614-z
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet, 379*(9820), 1056-1067. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4

- Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L., & Martin, G. N. (2018). Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among US adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical Psychological Science*, 6(1), 3-17. doi: 10.1177/2167702617723376
- Van Noorden, M. S., Minkenberg, S. E., Giltay, E. J., den Hollander-Gijsman, M. E., Van Rood, Y. R., Van Der Wee, N. J., & Zitman, F. G. (2011). Pre-adult versus adult onset major depressive disorder in a naturalistic patient sample: The Leiden Routine Outcome Monitoring Study. *Psychological Medicine*, 41(7), 1407-1417. doi: 10.1017/S0033291710002199
- Wesselhoeft, R., Heiervang, E. R., Kragh-Sorensen, P., Sorensen, M. J., & Bilenberg, N. (2016). Major depressive disorder and subthreshold depression in prepubertal children from the Danish National Birth Cohort. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 65-76. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.06.012
- WHO, World Health Organization. *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade*. Geneva: WHO, 2014.
- Yang, X., Lau, J. T., & Lau, M. C. (2018). Predictors of remission from probable depression among Hong Kong adolescents—A large-scale longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 229, 491-497. doi: 10.1016/j.jad.2017.12.080

Considerações finais

O objetivo desta dissertação foi analisar a relação entre autoeficácia, construtos correlatos (autoestima e autoconceito) e ocorrência de depressão em adolescentes do ensino médio. Dentre esses construtos, a autoeficácia vem recebendo destaque nas pesquisas internacionais quanto a sua relação com a sintomatologia depressiva. Portanto, foram realizados dois estudos teóricos que buscaram levantar evidências científicas do papel das crenças na competência pessoal nos fenômenos em saúde (Estudo I) e, mais especificamente, na ocorrência de depressão em adolescentes (Estudo II). Esses dois estudos teóricos embasaram a realização do estudo empírico (Estudo III), que buscou identificar os preditores cognitivos da ocorrência de sintomas depressivos.

O Estudo I “*Autoeficácia: Aspectos Conceituais e Implicações no Campo da Saúde*” mostrou que a autoeficácia atua como facilitadora do processo de ajustamento psicológico por meio da definição e persistência de metas, da eficiência cognitiva e da adaptabilidade emocional. Indivíduos que apresentam níveis mais elevados de autoeficácia tendem a estabelecer metas mais desafiadoras e a persistirem mais diante de obstáculos. Além disso, tendem a usar seus recursos cognitivos de forma mais adaptativa e menos desgastante, aumentando a probabilidade de sucesso e produzindo respostas mais adaptativas perante os desafios da vida. Viu-se, ainda, que a autoeficácia está relacionada a diferentes comportamentos em saúde, como os aditivos, a prática de atividade física e no controle e enfrentamento a dor. Por fim, revisou-se o papel da autoeficácia na ocorrência de TMCs. Na depressão, por exemplo, a percepção de níveis rebaixados de autoeficácia ou de expectativas relacionadas aos resultados gera sentimentos de apatia, inutilidade e inadequação que podem produzir um estado de humor deprimido. Em suma, essa revisão trouxe evidências de que a autoeficácia é um construto influente nos comportamentos de mudança e manutenção em saúde, além de ser importante preditor em condições de adoecimento.

O Estudo II “*Evidências da Relação entre Autoeficácia e Depressão em Adolescentes: Revisão Integrativa*” demonstrou que os estudos primários selecionados indicaram de moderada a elevada ocorrência do transtorno em adolescentes e níveis moderados de autoeficácia. Viu-se também que apenas um estudo não constatou uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis. Os demais estudos constataram que níveis elevados de autoeficácia estavam associados a níveis rebaixados de sintomas depressivos nesse grupo. Dentre os estudos que avaliaram diferenças por sexo, observou-se que as meninas apresentaram níveis mais rebaixados de autoeficácia e maior presença de sintomatologia depressiva, comparativamente aos meninos. Em resumo, esta revisão apresentou evidências da relevância da autoeficácia no entendimento da ocorrência de depressão em adolescentes, fornecendo subsídios empíricos à prática do profissional de saúde mental no manejo dos cuidados dessa população quanto à ocorrência de depressão.

Os resultados do Estudo III “*O Papel da Autoeficácia e Construtos Correlatos na Ocorrência de Depressão em Adolescentes*” indicaram que quase a metade dos adolescentes apresentou diagnóstico positivo de rastreamento para depressão e níveis moderados nos três construtos avaliados. Quanto à relação entre as variáveis, constatou-se que apenas a autoeficácia apresentou capacidade de predição sobre a sintomatologia depressiva. Além disso, evidenciou-se que essa relação não sofre efeito de interação das variáveis sexo e idade do adolescente. Isso significa que níveis rebaixados de autoeficácia predizem sintomas depressivos na mesma direção e intensidade em meninos e meninas de diferentes faixas etárias. Em linhas gerais, esses achados são relevantes para o entendimento da ocorrência de sintomas depressivos em adolescentes e contribuem com a discussão dos impactos do transtorno no ajustamento psicológico dessa população e da identificação de elementos protetivos à preservação de sua saúde.

Como limitação desta dissertação, destaca-se o fato de que não foi realizado um estudo de validação de instrumento de autoeficácia específica para o público adolescente, algo que seria importante, visto que não há (até então) uma medida dessa natureza traduzida e adaptada para o contexto nacional. A sua realização implicaria numa melhor apreensão do construto, como recomendado por estudiosos da área. Além disso, não foram realizadas ações de caráter interventivo que permitissem avaliar o impacto dos construtos cognitivos sobre os sintomas depressivos. Sugere-se, portanto, que futuras pesquisas se pautem em lacunas desse tipo, a fim de complementar o rol de evidências sobre o papel da autoeficácia, autoestima e autoconceito sobre a sintomatologia depressiva.

Por fim, considera-se que os objetivos propostos nesta dissertação foram alcançados. O conjunto de evidências teóricas e empíricas reunidas fornece subsídios consistentes acerca do papel da autoeficácia no campo da saúde, especificamente sobre a ocorrência de depressão em adolescentes. Espera-se que esses achados contribuam com o processo de tomada de decisão de psicólogos e demais trabalhadores da área de saúde mental na abordagem ao adolescente, seja em ações de prevenção e promoção de saúde, seja através de processos interventivos para a remissão de sintomas.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário Sociodemográfico

1-Sexo: () Masculino () Feminino

2-Como você define a sua orientação sexual?

() Heterossexual (sente-se amorosamente, fisicamente e afetivamente atraído(a) por pessoas do sexo/gênero oposto)

() Homossexual (sente-se amorosamente, fisicamente e afetivamente atraído(a) por pessoas do mesmo sexo/gênero)

() Bissexual (sente-se amorosamente, fisicamente e afetivamente atraído(a) por pessoas do mesmo sexo/gênero e por pessoas do sexo/gênero oposto)

() Transexual (possui uma identidade de gênero diferente do sexo designado no nascimento)

() Outra: _____

3-Idade (em anos): _____

4-Escolaridade: () 1º ano do Ensino Médio () 2º ano do Ensino Médio () 3º ano do Ensino Médio

5-Cor de pele: () branco(a) () negro(a) () pardo(a) () outra: _____

6-Em que nível você avalia o seu desempenho escolar: (Marque um X).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Zero - Nada satisfeito.

Dez - Totalmente satisfeito.

7-Sobre a sua relação com seus professores marque um X na alternativa que mais se adequa à sua realidade:

Minha relação com meus professores é _____ dentro e fora da sala de aula.

() **muito ruim**

() **ruim**

() **neutra**

() **boa**

() **muito boa**

8-Sobre a sua relação com seus colegas de classe marque um x na alternativa que mais se adequa à sua realidade:

Minha relação com meus colegas é _____ dentro e fora da sala de aula.

() **muito ruim**

() **ruim**

() **neutra**

() **boa**

() **muito boa**

9-Professa alguma religião? () Não () Sim

10-O quanto você se considera religioso?

nada pouco moderado muito

11-Possui alguma doença crônica diagnosticada?

Sim Não **Se sim, qual?** _____

Anexo 2 – Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP)

Instruções: Abaixo são apresentadas algumas frases. Leia cada uma delas e marque um X no número que melhor descreve você, conforme o esquema de respostas abaixo:

Não é verdade ao meu respeito	É dificilmente verdade ao meu respeito	É moderadamente verdade ao meu respeito	É totalmente verdade ao meu respeito
1	2	3	4

1. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário.	1	2	3	4
2. Mesmo que alguém se oponha, eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4
3. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos.	1	2	3	4
4. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas.	1	2	3	4
5. Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4
6. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante.	1	2	3	4
7. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas.	1	2	3	4
8. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4
9. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída.	1	2	3	4
10. Não importa a adversidade, eu geralmente consigo enfrentá-la.	1	2	3	4

Anexo 3 – Escala de Autoconceito Multidimensional

Instruções: Abaixo são apresentadas algumas frases. Leia cada uma delas e marque um **X** no número que melhor descreve você, conforme o esquema de respostas abaixo:

Nunca	Às vezes	De vez em quando	Ocasionalmente	Sempre
1	2	3	4	5

1. Os meus professores consideram-me um aluno(a) dedicado(a).	1	2	3	4	5
2. Sou um(a) bom(boa) estudante.	1	2	3	4	5
3. Os meus professores apreciam-me.	1	2	3	4	5
4. Trabalho muito em aula.	1	2	3	4	5
5. Faço bem os trabalhos da escola.	1	2	3	4	5
6. Os meus professores consideram-me inteligente.	1	2	3	4	5
7. Considero-me educado(a).	1	2	3	4	5
8. Sinto-me querido pelos meus pais.	1	2	3	4	5
9. Os meus pais me dão confiança.	1	2	3	4	5
10. A minha família me ajudaria em quaisquer tipos de problema.	1	2	3	4	5
11. Sinto-me feliz em casa.	1	2	3	4	5
12. A minha família está decepcionada comigo.	1	2	3	4	5
13. Sou muito criticado(a) em casa.	1	2	3	4	5
14. Sou bom(boa) em fazer esportes.	1	2	3	4	5
15. Procuram-me para fazer atividades esportivas.	1	2	3	4	5
16. Tenho cuidado com o meu físico.	1	2	3	4	5
17. Agrada-me como sou fisicamente.	1	2	3	4	5
18. Sou uma pessoa atraente.	1	2	3	4	5
19. Consigo amigos facilmente.	1	2	3	4	5
20. É difícil, para mim, fazer amigos.	1	2	3	4	5
21. Tenho muitos amigos.	1	2	3	4	5
22. Sou uma pessoa amigável.	1	2	3	4	5
23. Os meus amigos me apreciam.	1	2	3	4	5
24. É difícil, para mim, falar com desconhecidos.	1	2	3	4	5

Anexo 4 – Escala de Autoestima de Rosenberg

Instruções: Abaixo são apresentadas algumas frases. Leia cada uma delas e marque um **X** no número que melhor descreve você, conforme o esquema de respostas abaixo:

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.	1	2	3	4
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.	1	2	3	4
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.	1	2	3	4
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	1	2	3	4
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.	1	2	3	4
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.	1	2	3	4
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.	1	2	3	4
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.	1	2	3	4
9. Às vezes eu me sinto inútil.	1	2	3	4
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.	1	2	3	4

Anexo 5 – Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Instruções: A seguir há uma lista de sentimentos e comportamentos. Para cada afirmativa, por favor, com que frequência você se sentiu assim recentemente, selecionando a opção com que você mais concorda. Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afetado/a por algum dos seguintes problemas?

Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
0	1	2	3

1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas.	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança.	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais.	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia.	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite.	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) fracassado/a ou desiludi a mim próprio/a ou à minha família.	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em me concentrar nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão.	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas puderam ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual.	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma.	0	1	2	3

Anexo 6 – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autoeficácia, Autoconceito, Autoestima e Depressão: um estudo com adolescentes

Pesquisador: Daiane Nunes dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10476319.2.0000.5546

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.261.982

Apresentação do Projeto:

Introdução: a depressão na adolescência tornou-se, respectivamente, a terceira e a quarta causa principal de 'anos vividos com incapacidade' e 'anos de vida ajustados por incapacidade' no mundo, bem como tem sido associado a inúmeros comportamentos de risco à saúde, como uso de substâncias psicoativas e, de forma mais grave, à ideação suicida. Alguns fatores psicológicos tem se apresentado como elementos protetivos à depressão e podem auxiliar no processo de ajustamento psicológico dos indivíduos que sofrem com o transtorno, entre eles pode-se citar o autoconceito, a autoestima e a autoeficácia. Autoavaliações positivas desses construtos tem sido apontado como um fator importante no bom funcionamento social, pessoal e na satisfação com a vida, contribuindo assim, com o bem-estar psicológico de adolescentes. De modo que, o presente estudo terá como

objetivo analisar a relação entre as variáveis mencionadas e a ocorrência de depressão numa amostra de adolescentes. Para tanto, serão realizados três estudos: (1) Revisão Narrativa, de caráter teórico, acerca do construto Autoeficácia, sua relação com fenômenos da saúde, especificamente com a depressão, com objetivo de fornecer fundamentação teórica aos estudos subsequentes; (2) Revisão Integrativa acerca da relação entre

Autoeficácia e Depressão em adolescentes, que possibilitará identificar na literatura as lacunas existentes e as evidências que se tem sobre essa relação; e (3) estudo empírico que terá como objetivo investigar a relação entre autoeficácia, autoconceito e autoestima para a depressão em

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório **CEP:** 49.060-110
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208 **E-mail:** cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 3.261.982

uma amostra de adolescentes.

Hipótese: Os fatores psicológicos (por exemplo, autoconceito, autoestima e autoeficácia) são importantes mediadores da saúde mental, influenciando no processo de ajustamento psicológico dos indivíduos frente à eventos estressores e que podem produzir adoecimento. Além disso, tais variáveis apresentam capacidade preditiva para ocorrência de depressão em adolescentes

Amostra

A amostra pretendida no presente estudo será constituída por 200 estudantes do ensino médio de escolas públicas e privadas. Será adotada a amostragem por conveniência e serão excluídos da amostra estudantes do ensino fundamental e superior.

Instrumentos

(a) CESD-R (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised) (Anexo 1):

(b) Escala de Autoeficácia Geral Percebida (Souza & Souza, 2004) (Anexo 2):

(c) PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) (Anexo 3):

(d) HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Anexo 4)

(e) Escala de Autoestima de Rosenberg (Anexo 5)

(f) Escala de Autoconceito Multidimensional (Anexo 6)

(g) Questionário de dados sociodemográficos (Anexo 7)

Conterá informações que caracterizarão a amostra, incluindo idade, sexo, renda familiar, série escolar, a percepção do participante acerca de suas relações sociais no ambiente escolar com os pares e professores, bem como aspectos clínicos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Este estudo terá como objetivo principal analisar a relação entre as variáveis autoeficácia, autoconceito e depressão em adolescentes.

Objetivo Secundário:

Entre os objetivos secundários, pretende-se investigar o papel preditor dessas variáveis em relação à ocorrência de depressão nessa população, bem como as implicações das variáveis sexo,

Endereço:	Rua Cláudio Batista s/nº	CEP:	49.060-110
Bairro:	Sanatório		
UF:	SE	Município:	ARACAJU
Telefone:	(79)3194-7208	E-mail:	cephu@ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 3.261.982

série escolar, percepção da relação com os pares e professores, renda familiar, cor da pele, entre outros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Essa pesquisa apresenta riscos mínimos ao participante, representado por eventual desconforto pela percepção de baixo nível dos construtos analisados segundo as respostas aos instrumentos. Caso seja necessário, o participante pode ser encaminhado a serviços psicológicos de apoio.

Benefícios:

Espera-se contribuir com o campo da Psicologia da Saúde ao apresentar evidências da relação entre aspectos psicológicos e processos de saúde/doença. A partir dos resultados, espera-se contribuir com a prática profissional no desenvolvimento de ações psicológicas mais eficazes, que promovam a minimização do sofrimento mental a partir do fortalecimento de crenças adaptativas acerca do autoconceito, autoestima e autoeficácia,

possibilitando, assim, estratégias de enfrentamento mais assertivas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa de dissertação, acerca da relação entre as variáveis psicológicas Autoconceito, Autoestima e Autoeficácia e a ocorrência de depressão em adolescentes, no qual serão realizados três estudos: uma revisão narrativa da literatura, a fim de fornecer fundamentação teórica aos estudos subsequentes; uma revisão integrativa da literatura, com objetivo de identificar na literatura as lacunas

existentes e as evidências que se tem sobre a temática; e um estudo empírico que terá como objetivo investigar a relação entre autoeficácia, autoconceito e autoestima para a depressão em uma amostra de adolescentes.

Desfecho Primário:

Elucidar a relação entre variáveis psicológicas (autoconceito, autoestima e autoeficácia) à ocorrência de depressão em adolescentes.

Desfecho Secundário:

Evidenciar a capacidade preditiva dos construtos psicológicos (autoconceito, autoestima e autoeficácia) e das variáveis sociodemográficas (por exemplo, sexo, idade, série escolar, etc.) à ocorrência de depressão em adolescentes.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº	CEP: 49.060-110
Bairro: Sanatório	
UF: SE	Município: ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208	E-mail: cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 5.261.682

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Cabe ao pesquisador apresentar ao CEP/UFS os relatórios parciais e final sobre a pesquisa. (Res. CNS 466/2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1321673.pdf	28/03/2019 17:05:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escelido.docx	28/03/2019 17:03:49	Daiane Nunes dos Santos	Aceito
Outros	autorizacao_da_escola.pdf	28/03/2019 16:59:14	Daiane Nunes dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	28/03/2019 16:57:38	Daiane Nunes dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	28/03/2019 15:47:29	Daiane Nunes dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 12 de Abril de 2019

Assinado por:
Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório CEP: 49.060-110
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208 E-mail: cephu@ufs.br

Anexo 7 – Autorização Institucional

Solicitação de Autorização para pesquisa

Aracaju, Janeiro de 2019

Ào Colégio Jardins

Eu, **Daiane Nunes**, mestranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS) (**Matrícula: 201811003381**), orientada pelo Prof. Dr. André Faro, responsáveis pelo estudo “Autoeficácia, Autoconceito, Autoestima e Depressão: um estudo com adolescentes”, viemos, pelo presente, solicitar autorização para aplicação de questionários com alunos desta instituição.

A aplicação deste material será imprescindível para o estudo, que tem como objetivo avaliar a saúde mental de adolescentes, bem como analisar a relação entre as variáveis psicológicas autoeficácia, autoconceito e autoestima frente à depressão nessa população.

Para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, segue em anexo o projeto de pesquisa, o qual será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFS. Antes do início da coleta dos dados, solicito uma reunião para apresentar a aprovação de tal comitê e, assim, esclarecer demais procedimentos que ainda possam não estar claros para a coordenação da instituição.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento através do telefone (79) 991262173 e do e-mail daianenunesufs@gmail.

Daiane Nunes

Daiane Nunes

André Faro
 Prof. Dr. André Faro
 Mestrando em Psicologia (DPS)
 Universidade Federal de Sergipe (UFS)
 Matrícula: 201811003381

André Faro

Maria Verbiz Gonzaga Mendes
 Colégio Jardins
 Maria Verbiz Gonzaga Mendes
 Diretora Pedagógica
 Responsável

Anexo 8 – Autorização dos pais ou responsável

Caro pai/mãe/responsável,

Eu, Daiane Nunes dos Santos, mestranda em Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS), gostaria de obter a sua autorização para que seu(sua) filho(a) participe de uma pesquisa realizada por mim, sob a orientação do professor Dr. André Faro (Departamento de Psicologia da UFS). A pesquisa visa investigar a situação de saúde mental de adolescentes.

É importante que você saiba que:

- Todas as informações do(a) seu(sua) filho(a) serão mantidas em sigilo absoluto.
- Os resultados do presente estudo serão divulgados apenas em meio científico.
- A participação do seu(sua) filho(a) na pesquisa não é obrigatória e ele pode desistir de participar a qualquer momento.
- Caso você queira em qualquer fase da pesquisa retirar seu consentimento, terá toda liberdade de fazê-lo, sem que isso acarrete qualquer prejuízo a você ou a seu(sua) filho(a).
- A pesquisa fornece risco mínimo devido ao constrangimento frente à situação de responder às perguntas dos questionários, mas se isso ocorrer, eu estarei presente para oferecer suporte adequado ao seu(sua) filho(a).
- Por fim, esta pesquisa não trará nenhum benefício financeiro ou privilégios particulares por você permitir a participação do seu(sua) filho(a).

Comprometo-me a esclarecer qualquer dúvida que você venha a ter. Caso deseje entrar em contato comigo pode ser através: do e-mail daianenunesufs@gmail.com ou do telefone (79)991262173

Gostaria de ressaltar que os resultados da pesquisa se tornarão projetos para a melhoria da saúde mental de adolescentes, por isso, sua autorização é muito importante.

Concordância em participar:

Após ser devidamente informado(a) sobre a pesquisa, declaro para os devidos fins que aceito que a pesquisadora Daiane Nunes dos Santos desenvolva o seu projeto de pesquisa com meu (minha) filho (a), bem como confirmo recebimento da cópia do presente documento.

Aracaju, _____ de _____ de 201__.

Daiane Nunes dos Santos

Pai, Mãe ou Responsável

Anexo 9 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você para participar desta pesquisa que tem como objetivo geral investigar a saúde mental de adolescentes. Gostaríamos de saber sua opinião a respeito desse assunto. Para isso, você precisará responder a algumas questões. Pedimos que responda com sinceridade e não precisa se preocupar se alguém lerá suas respostas, pois garantimos sigilo e confidencialidade de modo que sua entrevista será identificada por um código ao invés do seu nome.

Não iremos divulgar suas informações entre os seus colegas, pais, diretor(a), coordenadores, professores ou funcionários da escola. O conteúdo e os resultados do presente estudo serão divulgados em meio científico, apenas de forma agrupada, impossibilitando a identificação pessoal.

A aplicação terá a duração de aproximadamente 30 minutos. Sua participação não é obrigatória e caso você deseje em qualquer fase da pesquisa se recusar a participar, terá toda liberdade de fazê-lo, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo.

Ressaltamos que esta pesquisa não trará nenhum benefício financeiro ou privilégios particulares por você estar participando, os benefícios esperados são com relação à ampliação do conhecimento.

Caso você se sinta constrangido ao responder às perguntas dos questionários, os pesquisadores estarão preparados para oferecer o suporte necessário a você.

Os pesquisadores se comprometem a esclarecer devida e adequadamente qualquer dúvida que você venha a ter. Os responsáveis pela pesquisa são Daiane Nunes dos Santos, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (PPGPSI-UFS) e Prof. Dr. André Faro. Caso deseje entrar em contato conosco pode ser através do e-mail: daianenunesufs@gmail.com ou telefone do (079) 991262173.

Após ser devidamente informado (a) sobre a pesquisa, concordo em participar voluntariamente desta.

Declaro que recebi a cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aracaju, _____ de _____ de 201__.

Daiane Nunes dos Santos
(Pesquisadora)

Participante