

AUTO-EFICÁCIA, LÓCUS DE CONTROLE E DEPRESSÃO EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Self-efficacy, Locus of Control and Depression in Women with Breast Cancer

Makilim Nunes Baptista¹
Kívia Mendonça dos Santos²
Rosana Righetto Dias³

Resumo

A Psicologia na saúde pode ser considerada como uma área em franca expansão, que vem, nas últimas décadas, proporcionando estudos relativos à interdependência dos estados neurobiológicos, cognitivos e comportamentais. O presente trabalho teve como objetivo levantar e discutir junto à literatura da área, estudos e apontamentos que refiram a pacientes com câncer de mama, levando em consideração ser esta uma patologia com alto índice de incidência e mortalidade no Brasil. Buscou-se a relação entre esta patologia e os aspectos de locus de controle, que se referem às crenças do indivíduo, as quais caracterizam o controle sobre os acontecimentos de sua vida; à auto-eficácia, sendo a expectativa que o indivíduo tem sobre suas capacidades de realizar determinadas tarefas com sucesso e a sintomatologia depressiva, conjunto de sintomas com alta prevalência em mulheres com câncer de mama. É importante apontar que há um conjunto de variáveis que influenciam na forma como os indivíduos se comportam e se sentem diante de determinadas situações, especificamente doenças que envolvam risco de morte, sendo que a auto-eficácia, o locus de controle e a sintomatologia depressiva são parte desta gama de variáveis. As expectativas de locus de controle e auto-eficácia, juntamente com a sintomatologia depressiva, podem influenciar nos comportamentos referentes à adesão ao tratamento e conseqüentemente no prognóstico do paciente com câncer, justificando a importância da relação entre estas variáveis.

Palavras-chave: Adesão ao Tratamento; Locus de Controle; Auto-eficácia; Depressão, Câncer de Mama.

¹ Docente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco (USF) – Itatiba/SP; Doutor pelo Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

² Psicóloga pelo Centro Universitário Hermínio Ometto – UNIARARAS.

³ Doutoranda pelo departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; Docente e Coordenadora do Curso de Psicologia do Centro Universitário Hermínio Ometto - UNIARARAS.

Endereço para contato: Rua Alexandre Rodrigues Barbosa, 45 13251-900 – Itatiba.
E-mail: makilim.baptista@saofrancisco.edu.br.

Abstract

The Health Psychology can be considered an area in great expansion, which has been, in the last decades, providing studies related to the interdependence of neurobiological, cognitive and behavioral conditions. The present study had as a goal, to raise and discuss close to the area literature, studies and mentionings that refer to patients with breast cancer, considering this to be a pathology with high incidence and mortality rate in Brazil. Another point in this paper was to relate cancer with locus of control aspects, which is people's beliefs about where the control on what happens in their lives is, with self-efficacy, that is people's expectation about their abilities to accomplish some tasks successfully and with depression symptoms, conjoined with symptoms with high prevalence in women with breast cancer. It's important to point out that there is a lot of variables that have influence on how people behaviour and feel facing some situations, specifically diseases that involve death risk, so that self-efficacy, locus of control and depression symptoms are part of this range of variables. The expectations of locus of control and self-efficacy, with the depression symptoms can have influence on behaviors regarding the treatment adherence and as a result, in patients with cancer prognostic, justifying the importance on the relation between these variables.

Keywords: Tratamento Adherence, Locus of Control, Self-Efficacy, Depression, Breast Cancer.

Introdução

Atualmente, observa-se que, dentre a população brasileira, há um alto índice de incidência de câncer e mortalidade devido a esta patologia, assim sendo, Martins (2001) considera necessário, por parte dos profissionais envolvidos na área, o conhecimento do maior número possível de informações sobre diversos aspectos dos pacientes, não somente em relação ao seu estado físico, mas também quanto aos seus aspectos psicossociais. O câncer se refere a um grupo de doenças degenerativas caracterizadas pela perda do controle de crescimento e reprodução celular e ainda pela capacidade de invasão de outras estruturas orgânicas, resultantes do acúmulo de lesões no material genético, cujo diagnóstico precoce aumenta as chances de cura total da doença (Manual do Paciente Com Câncer, 2003).

Alguns tipos de cânceres são controlados facilmente, incluindo o câncer de mama, considerado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente. As taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda está sendo diagnosticada em estágios avançados, sendo o tipo de câncer que mais causa morte entre mulheres. O câncer pode ser detectável na mama com aparecimento de nódulos ou caroços, com ou sem irritação ou mesmo dor no local (INCA, 1996).

Levando-se em consideração que as expectativas do paciente influenciam em seus comportamentos, pode-se dizer que as crenças e/ou valores deste frente à doença e ao tratamento po-

derão facilitar ou dificultar a adesão às orientações médicas, sendo que a clareza e objetividade nas informações também exercem fundamental influência na eficácia do tratamento com o paciente e seus comportamentos subsequentes. Baum e Posluszny (1999) ressaltam que pensamentos, sentimentos e comportamentos afetam direta ou indiretamente a saúde e o bem-estar, desde a associação entre o estresse e a imunossupressão ao desencadeamento de estratégias de enfrentamento adequadas/inadequadas.

Segundo Dela Coleta (2004), a Psicologia na Saúde abarca o modelo de assistência biopsicossocial, proporcionando algumas vantagens em relação ao modelo de assistência biomédica, pois saúde e doença são considerados estados causados por múltiplos fatores, um podendo influenciar o outro e produzir múltiplos efeitos, sendo os dois estados enfatizados e não somente a doença, favorecendo inclusive a possibilidade de melhor comunicação multiprofissional. Nesse sentido, a Psico-Oncologia surgiu da interface entre a Oncologia e a Psicologia, sendo descrita por Costa-Junior (2001) como um campo interdisciplinar da saúde que estuda a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação do paciente com câncer, cujos objetivos são a identificação de variáveis psicossociais e contextos ambientais em que a intervenção psicológica possa auxiliar o processo de enfrentamento da doença, incluindo quaisquer situações potencialmente estressantes a que pacientes e familiares são submetidos.

A relação entre saúde, doença e variáveis psicológicas é bidirecional, segundo Montgomery

(2004) e Guimarães (1999), pois a saúde pode ser afetada por variáveis psicológicas e comportamentais e também os processos sociais e psicológicos podem ser afetados pelas condições de saúde do organismo, ou seja, variáveis orgânicas e comportamentais podem sofrer influências simultaneamente sendo influenciadas também por variáveis sócio-político-culturais. Em doenças consideradas graves, os processos patofisiológicos (alteração no funcionamento dos órgãos) e as cognições podem afetar o funcionamento das pessoas em diversos níveis: social, emocional, vocacional, sexual, dentre outros.

Tendo em vista os efeitos psicológicos causados pelo câncer, a presença de um psicólogo na equipe de atendimento preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser obrigatória, a partir da publicação da portaria nº 3.535, do Ministério da Saúde, Diário Oficial da União, 14/10/1998 (Brasil, 2004). O profissional de psicologia pode atuar direcionado por diferentes abordagens e entre elas está a abordagem Cognitivo-Comportamental, sendo considerada um modelo de atuação ativa, diretiva e de prazo limitado, baseando-se no princípio de que o pensamento e o afeto podem ser determinantes do comportamento. Senso assim, um dos objetivos do profissional de psicologia é agir sobre as falsas concepções e suposições inadequadas, a fim de aliviar a sintomatologia do cliente mediante o desenvolvimento de técnicas para corrigir as distorções cognitivas e auxiliar a desenvolver formas mais racionais de avaliar as experiências (Baptista, 2004; Baptista & Dias, 2003; Marchesini, 1994; Shinohara, 1997).

Um dos mais observados sintomas em pacientes com câncer são aqueles associados aos transtornos de humor, especificamente a depressão. A relação entre a Terapia Cognitivo-Comportamental, a situação de saúde, de doença e a sintomatologia depressiva, conforme Fráguas Junior e Figueiró (2001, p.5-6) é que:

O enfoque cognitivo assume grande importância nas depressões secundárias, tendo em vista que em um estado depressivo o indivíduo pode distorcer a informação médica, percebendo-a de forma catastrófica, auto-referente, dando atenção somente aos aspectos negativos da evolução, generalizando um aspecto negativo de sua doença e todo tratamento.

Dentre as diversas variáveis psicológicas que estão diretamente relacionadas ao processo saúde/doença, inclusive podendo favorecer o desencadeamento de sintomatologia depressiva, estão o locus de controle e a auto-eficácia, variáveis estas que, segundo Wu, Tang e Kwork (2004), estão associadas ao progresso de diversas doenças crônicas.

Locus de Controle e Auto-Eficácia: definição e aplicação em psicologia na saúde

Segundo Myers (1999), locus de controle corresponde a um construto da Teoria da Aprendizagem Social, no qual se considera a percepção do indivíduo. Marks (1998) enfatiza que indivíduos controlados por intermédio do locus de controle interno acreditam que os reforços são produto de esforços pessoais, do contrário, indivíduos controlados pelo locus de controle externo acreditam que os reforçamentos são resultados de forças fora do controle pessoal. Este conceito foi construído pelo psicólogo Jullian Rotter (1966) e é composto por três dimensões, uma interna e duas externas:

- locus de controle interno, refere-se à crença do indivíduo quanto ao que lhe acontece na vida como sendo consequência de suas ações e até que ponto é capaz de controlar seu destino;
- locus de controle externo, se refere à crença do indivíduo de que o que lhe acontece na vida não tem relação com seu comportamento, mas, sim, com outros fatores que se apresentam fora do seu controle. Este se subdivide em externo-outros poderosos que corresponde a outras pessoas como, por exemplo, médicos, familiares, amigos, entidades e, externo-acaso que se refere à sorte, azar, Deus e destino.

Rodrigues-Rossero, Ferriani e Dela Coleta (2002) relatam que o locus de controle, inicialmente caracterizado como medida generalizada, gerou estudos e medidas específicas para aspectos particulares da vida do indivíduo, porém, atualmente é aceito que é possível ao mesmo tempo ser interno a respeito de um âmbito e externo ao

considerar outro, como exemplo, o *locus de controle* pode ser interno em relação à saúde, mas externo em relação ao aumento de seu salário no emprego. Segundo Werebe (2001), o paciente pode interpelar-se pelo aparecimento da doença e começar a questionar seus hábitos e vícios, seu modo de vida, entre outros fatores que influenciam no desenvolvimento da patologia e, caso haja uma integração da informação e conscientização das conseqüências dos comportamentos inadequados, ele pode desenvolver estratégias de enfrentamento adequadas e diminuição de aversividade ambiental, conseqüentemente.

Sendo o *locus de controle*, a crença do indivíduo, a respeito de quem detém o controle sobre os acontecimentos da sua vida, podendo ser ele mesmo, outros poderosos ou o acaso, torna-se importante levantar informações sobre a avaliação que este faz sobre suas próprias capacidades. Da mesma importância, Wallston (1992) enfatiza outro construto relacionado ao controle de comportamento por intermédio da mediação cognitiva e diretamente associado aos modelos de crenças em saúde, ou seja, a auto-eficácia. A auto-eficácia é também um conceito utilizado pela Teoria Cognitivo Social, idealizado por Albert Bandura e, de acordo com Leite et al. (2002), caracteriza-se como sendo o mecanismo central das ações realizadas de forma intencional e age em processos cognitivos, afetivos, motivacionais e seletivos.

Bandura (1977) expõe que a expectativa de eficácia se relaciona com a convicção de que o indivíduo possui em produzir com sucesso determinados resultados a partir de alguns comportamentos. A percepção de auto-eficácia pode auxiliar a reduzir previamente sentimentos de medo e comportamentos inibitórios, que podem ser chamados de esquivas ativas, aumentando a expectativa de sucesso, afetando, inclusive, os esforços e as estratégias de enfrentamento de problemas. Da mesma forma, essa percepção acaba por afetar as expectativas de eficácia e conseqüentemente a quantidade e intensidade de esforços que o indivíduo poderá despender em face dos obstáculos e problemas vivenciados.

A auto-eficácia é específica de um determinado momento e situação para os quais o sujeito avalia a situação e considera de uma forma subjetiva o grau de desempenho que ele pode alcançar naquele momento e naquela situação (Dobránszky & Machado, 2001). No modelo proposto

por Bandura (1986), as crenças de auto-eficácia podem ser alteradas mediante quatro maneiras principais:

- modelagem, que se refere a experiências diretas de domínio, sendo o aumento da expectativa por experiências de sucesso, sendo melhor desenvolvida a auto-eficácia por uma seqüência de subobjetivos de dificuldades gradualmente crescentes até que o objetivo final seja alcançado. Entretanto, os fracassos podem debilitar a auto-eficácia, principalmente quando ocorrem cedo na seqüência de eventos, mas que podem ser superados por esforço, quando a pessoa descobre, pela experiência, que mesmo os obstáculos mais difíceis podem ser superados;
- processo de modelação, que ocorre mediante a observação da conseqüência do comportamento de outros indivíduos que tiveram sucesso pelo esforço continuado, assim, as crenças daquele que observa, acerca de suas próprias capacidades, podem se fortalecer;
- persuasão social, sendo utilizada na tentativa de convencer as pessoas de que elas possuem as capacidades para alcançar o que elas procuram. Entretanto, deve-se prover condições que facilitem a *performance* efetiva, e;
- *feedback* fisiológico, que corresponde à excitação autonômica e à tensão que tendem a ser interpretadas como sinais de vulnerabilidade e disfunção. Uma intervenção inclui fornecer às pessoas habilidades para reduzir as reações fisiológicas aversivas e alterar as interpretações da informação somática.

Segundo Guimarães (1999), o paciente às vezes se depara com a necessidade ou a oportunidade de optar por uma decisão e a dificuldade de analisar as próprias condições e o custo-benefício, que podem ser altamente ansiógenos. Compete ao psicólogo auxiliar o paciente a reconhecer, ponderar e avaliar cada opção, de acordo com a individualidade e as condições clínicas da doença, para então optar pelo tratamento de escolha.

Ribeiro (1995) relata que as expectativas não são suficientes para aderir ao tratamento, pois é necessário também que o indivíduo domine co-

nhcimentos sobre o tratamento e comportamentos necessários para que possa agir favoravelmente, sendo a auto-eficácia um dos principais preditores de suas escolhas, de quanto esforço e durante quanto tempo vai persistir perante situações frustrantes.

Em uma pesquisa realizada por Costa Neto, Araujo e Curado (2000), com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de 43 pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço de um hospital, foram avaliados conjuntamente a expectativa em relação ao seu prognóstico e sua capacidade de adesão ao tratamento. Observou-se que em 93% dos participantes a expectativa auto-referencial (confiança de que a cura da doença se aplica ao seu caso particular) foi positiva, enquanto que em 86% da amostra mantinha-se uma expectativa elevada de auto-eficácia (sentiam-se capazes de fazer tudo o que fosse necessário para curar-se ou se manterem estáveis em sua condição de saúde). Concluiu-se, ao comparar os resultados, que nem todos aqueles que acreditam na cura de sua doença concordam com a idéia de que eles mesmos sejam capazes de contribuir para que isso ocorra.

Silva (2004) relata que embora a auto-eficácia se relacione com locus de controle, existem diferenças a serem consideradas, tendo em vista que locus de controle se refere às crenças sobre contingências entre a ação e o resultado. A autora citada relata que a auto-eficácia e as crenças sobre o locus de controle devem ser distinguidas porque as convicções de que os resultados são determinados pelas próprias ações podem ter efeitos variados na auto-eficácia e no comportamento. Como exemplo, o indivíduo pode até ter o locus de controle interno, mas não ter uma auto-eficácia alta.

No entanto, esta é uma questão controversa na literatura, já que, segundo DeMoulin (1993), pode-se avaliar duas correntes de pensamento distintas em relação aos construtos locus de controle e auto-eficácia. A primeira corrente postula que os dois conceitos são independentes e a principal razão para essa diferenciação seria o fato de que uma pessoa pode acreditar que um dado resultado pode ser atingido, mas também acreditar ser incapaz de produzi-lo. A segunda linha de pensamento postula que a eficácia seria constituída de dois componentes básicos: locus de controle e expectativas de eficácia, sendo o primeiro denominado como uma crença de que o comportamento (ou o conjunto de comportamen-

tos) atingirá um objetivo e a expectativa de eficácia também uma crença de que o indivíduo poderá, por intermédio de operações necessárias, produzir um resultado esperado.

Tendo em vista que o auto-exame da mama é uma das principais formas de se detectar o câncer de mama, é de suma importância que tanto o locus de controle, quanto a auto-eficácia, estejam presentes na cognição e no repertório das mulheres, entretanto, estudos apontam, como o de Gonçalves e Dias (1999), que o auto-exame da mama não é uma prática muito comum, não fazendo parte do repertório da maioria das mulheres. Segundo D'Amorim (2004), algumas das variáveis que diferenciam as mulheres que realizam das que não realizam o auto-exame da mama são: a intenção de realizar o auto-exame, a atitude em relação a este comportamento, a influência das normas subjetivas e a percepção de que podem exercer controle sobre o próprio comportamento.

Parece haver alguma relação entre a forma como o indivíduo avalia os estímulos à sua volta, o estado de humor e seus comportamentos, principalmente em pacientes com doenças crônicas ou caracterizadas como de alto risco de morte, como apontam Dias e Baptista (2004). Segundo Reeh, Hiebert e Cairns (1998), há correlação entre locus de controle interno e percepção de comportamentos saudáveis. Da mesma forma Wu, Tang e Kwok (2004) encontraram associação entre auto-eficácia e locus de controle interno em idosos chineses com doenças crônicas, demonstrando a relação entre pensamentos e comportamentos correlatos.

Pode-se também observar uma relação muito estreita entre sintomatologia depressiva e, por exemplo, o locus de controle, já que a controlabilidade ambiental pode ser considerada uma das variáveis relacionadas ao desencadeamento de sintomatologia depressiva (Seligman, 1975). Benassi, Dufour e Sweeney (1988), por exemplo, utilizando uma metodologia estatística de meta-análise, encontraram associação entre depressão e locus de controle, especificamente a externalidade.

Depressão: contextualização e relação com ambientes de saúde

Diversos são os sintomas da depressão em pacientes crônicos, dentre estes, angústia, tris-

teza, desânimo, irritação, ansiedade, autocrítica negativa e apatia, podendo surgir sentimentos de culpa e a percepção de que está decepcionando os familiares e amigos com a doença. Ideações suicidas podem aparecer, de acordo com o crescimento da desesperança, podendo aparecer sintomas físicos associados, tais como insônia, perda de apetite e perda de desejo sexual (Baptista, 2004; Lima & Derdyck, 2001).

Beck et al. (1997) sugerem que os sintomas de depressão podem interferir inclusive na tomada de decisão, impedindo o indivíduo de resolver uma série de problemas, pois, à medida que este acredita menos em suas potencialidades, tende a não agir. O modelo cognitivo postula três conceitos específicos para explicar o fundamento da depressão:

- tríade cognitiva: refere-se aos três maiores padrões cognitivos que induzem o paciente a considerar si mesmo, seu futuro e suas experiências de forma negativa;
- esquemas: apesar de evidências de fatores positivos em sua vida, o indivíduo seleciona e enfoca estímulos negativos, que combinam com um padrão de comportamento que pode ativar pensamentos negativos à medida que a depressão piora, mesmo não havendo conexão lógica entre as situações reais e suas interpretações negativas, e;
- erros cognitivos: que se referem ao processamento falho das informações, no qual o indivíduo tende a fazer julgamentos globais e amplos com relação a eventos que influenciam sua vida, com sentidos extremos, negativos, categóricos, absolutos e sentenciados.

Wanderley (1995) relata que a precisão do diagnóstico de um quadro depressivo não tem interesse apenas em satisfazer uma necessidade nosográfica, mas sim permitir que se determine melhor a conduta terapêutica a ser seguida. A depressão associada a outras condições clínicas ocorre frequentemente, sendo prejudicial às consequências no curso clínico e prognóstico, tendo em vista que prolonga a evolução da doença, acarretando

prejuízos sociais e econômicos. Se o diagnóstico for realizado e o tratamento bem-sucedido, tende a melhorar o prognóstico, evoluir o quadro clínico e reduzir custos (Galizzi, 2001).

Uma vasta gama de doenças e/ou transtornos, inclusive a depressão, podem alterar o sistema imunológico e neuroendócrino-metabólico, favorecendo a morbidade e a mortalidade, principalmente quando considerada secundária. Da mesma forma, a depressão também promove a desmotivação do paciente e diminuição na observância do tratamento, afetando negativamente o curso da doença, agravando o prognóstico de recuperação, provocando complicações e aumentando o risco de óbitos (Galizzi, 2001). Assim, Fortes (2001) considera de suma importância programas educativos e de esclarecimentos para se realizar o diagnóstico de depressão no contexto médico não psiquiátrico. Depressões secundárias, de acordo com Galizzi (2001), referem-se ao “humor deprimido decorrente de causa bem conhecida, seja ela psicogênica (por estressor psicossocial) ou física (por doença ou uso de substância)” e, segundo Werebe (2001), o câncer é uma das patologias com maior prevalência de depressão secundária.

Davidson (2003) também relata sobre a dificuldade de diagnosticar o transtorno depressivo em pacientes com doenças graves, observando que sintomas essenciais como alteração do apetite, diminuição da energia, da libido e da auto-estima, insônia e ideações suicidas, geralmente, são atribuídos ao câncer ou ao tratamento, quando podem ser devido a uma condição depressiva, ocorrendo a sobreposição de sintomas. Segundo Fortes (2001), a maior dificuldade do diagnóstico é devido ao próprio modelo biomédico, que complica ou impede a percepção de quadros depressivos secundários físicos ou psíquicos, principalmente devido à armadilha da abordagem, pois a depressão secundária se situa entre o plano físico e o psíquico. A depressão secundária pode se apresentar de forma mascarada, com sintomas mal definidos, resistentes ou decorrentes com melhoras insatisfatórias, recaídas inesperadas e repentinas e, geralmente, manifesta-se por meio de queixas físicas, mas tem como objetivo comunicar um mal-estar indefinido, assim sendo, a ausência de base fisiológica relacionada à queixa não significa inexistência de patologia a ela associada.

Para Furlanetto (2001), confirmar ou afastar condições físicas que poderiam estar contribu-

indo para o aparecimento/agravamento da depressão são os únicos exames complementares no diagnóstico da depressão no contexto médico, podendo ser auxiliado por escalas que já foram traduzidas e validadas no Brasil, como o BDI (*Beck Depression Inventory*). Desse modo, considera-se um passo importante para a identificação da depressão no contexto médico não psiquiátrico a escuta atenta às queixas físicas, a realização da anamnese com perguntas relacionadas a antecedentes pessoais e familiares de depressão, a investigação da presença de sintomas depressivos e a exclusão de outros transtornos psiquiátricos.

Diante do diagnóstico de câncer, as repostas mais comuns seguem a seqüência clássica de uma crise: choque inicial e descrença, seguidos por ansiedade, raiva, culpa e depressão (Scott, Williams & Beck, 1994). Conforme as normas e recomendações do INCA/MS (Revista Brasileira de Cancerologia, 2000), a depressão é um sintoma muito comum em paciente com câncer, podendo apresentar comorbidade com outras doenças. Faz-se necessária a utilização de instrumentos diagnósticos com o objetivo de detectar precocemente a depressão e intervir prontamente, para melhorar a qualidade de vida do paciente, mesmo na fase final.

Segundo Acosta et al. (2003), a depressão é bastante observada em pacientes com metástase, que apresentaram piora no estado geral de saúde e naqueles que sentem dores crônicas em detrimento da doença. Além desta associação, Silva (2004) relata que um baixo senso de auto-eficácia também está relacionado com depressão, ansiedade e desamparo, podendo o indivíduo apresentar uma baixa auto-estima e a reforçar pensamentos pessimistas acerca de suas possíveis realizações e de seu futuro desenvolvimento pessoal.

Conclusões

O locus de controle interno, bem como a auto-eficácia, podem ser considerados como preditores de comportamentos pró-saúde. Por intermédio das informações sobre o paciente, os profissionais da saúde envolvidos poderão ter condições de avaliar a percepção do paciente, quem este considera ser controlador de sua saúde, o grau de informações que este obteve, bem como os comportamentos e estratégias de enfrentamento utilizados em situações adversas (Holloway &

Watson, 2002; Reeh, Hiebert & Cairns, 1998).

Quanto à auto-eficácia, sendo a avaliação do indivíduo de cumprir com sucesso tarefas específicas, pode-se observar que, quanto maior for sua percepção, maior probabilidade o indivíduo terá para realizar tarefas relacionadas aos comportamentos saudáveis e adesão ao tratamento. Considera-se, também, que esta ocorrência poderá influenciar em diversos aspectos, inclusive em situações de saúde, pois se o indivíduo acredita que têm as habilidades necessárias para agir de forma a controlar sua doença, aumentará a probabilidade de procurar meios para realizá-las de forma eficaz (Wu, Tang & Kwok, 2004). Levando em consideração que pacientes depressivos geralmente se sentem incapazes de agir corretamente, pode-se considerar que há uma relação com a baixa auto-eficácia, assim sendo, acredita-se que pacientes depressivos tendem a ter baixa expectativa de auto-eficácia, pois a depressão geralmente altera as crenças referentes à capacidade, podendo conseqüentemente também alterar a ação por não se acreditar na eficácia, o que acaba possibilitando um prognóstico negativo devido à ausência de comportamentos de saúde (Bandura, 1986).

O indivíduo com sintomatologia depressiva tende a adotar atitudes indutoras de sofrimento e autoderrotistas, fazendo julgamentos globais em relação a eventos que influenciam sua vida, com sentidos extremos e negativos. Dessa forma, considera-se que a percepção do locus de controle também pode ser influenciada por sintomas depressivos, pois o indivíduo pode acreditar que nada que faça altere sua vida. Sugere-se que sintomas de depressão como desesperança, tristeza, desânimo, autocrítica e apatia também influenciam no locus de controle, tendo em vista que estes sentimentos podem despertar uma crença de falta de controle pessoal sobre a doença e prognóstico, o que respectivamente influencia na expectativa de auto-eficácia. Sendo assim, o indivíduo com locus de controle externo tende a se sentir impossibilitado de agir de forma favorável para o controle de sua doença, do contrário, aqueles que são controlados pelo locus de controle interno e alta auto-eficácia tendem a deprimir menos. Como afirma Bandura (1986), geralmente pessoas que acreditam que os resultados são diretamente influenciados pelos próprios comportamentos tendem a ser mais ativas no ambiente quando comparada àquelas que avaliam os eventos como mais fatalísticos.

Enfim, pesquisas que relacionem depressão, auto-eficácia e locus de controle em conjunto não foram encontradas pelos autores em estudos brasileiros, demonstrando que estes fatores ainda precisam ser mais pesquisados, acabando ainda por fortalecer a importância de se realizar pesquisas de campo a fim de associar estes conceitos ao contexto de saúde. O conhecimento da associação entre esses construtos pode favorecer o desenvolvimento de estratégias psicológicas capazes de modificar pensamentos e, conseqüentemente comportamentos proativos relacionados à adesão de tratamentos e melhora de prognóstico.

Referências

- Acosta, C. D.P., Jablonski Junior, R., Horta, B. L., Sousa, P. L.R. & Silva, R. (2003) A. Qualidade de vida em pacientes neoplásicos: estudo transversal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 25(4), 258-263.
- Bandura, A. (1977). Antecedent Determinants. In: Bandura, Albert. **Social Learning Theory**. (pp. 58-93). New Jersey: Prentice-Hall,.
- Bandura, A. (1986). Self-Efficacy. In: Bandura, A. **Social Foundations of Thought and Action**. (pp. 390-453). New Jersey: Prentice-Hall.
- Baptista, M. N. (Org). (2004). **Suicídio e depressão: atualizações**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Baptista, M. N. (2004). Psicoterapias Cognitivo-Comportamental e Cognitiva: aspectos teóricos e terapêuticos no manejo de depressão e suicídio. In: Baptista, M. N. (Org). **Suicídio e depressão: atualizações**. (pp. 161-176). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Baptista, M. N. & Dias, R. R. (2003). **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Baum, A. & Posluszny, D. M. (1999). Health Psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. **Annual review of Psychology**, 50, 137-163.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw B. F. & Emery, G. (1997). Uma visão Geral. In: _____ **Terapia cognitiva da depressão**. (pp. 3-26). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Benassi, V., Dufour, C. & Sweeney, P. (1988) Is there a relation between locus of control orientation and depression? **Journal of Abnormal Psychology**, 97(3), 357-367.
- BRASIL. Portaria nº 3.535/GM, de 02 de setembro de 1998, que dispõe sobre a obrigatoriedade da Psicologia Clínica em Centros de Oncologia. **Diário Oficial da União**. Brasília, 14 out. 1998. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/doc/Portarias/3535%20.rtf> . Acesso em: 16 maio, 2004.
- Costa Neto, S., Araújo, T. C. C. F. & Curado, M. P. (2000). Avaliação da qualidade de vida de pessoas portadoras de câncer de cabeça e pescoço. **Acta Oncológica Brasileira**, 20(3). Disponível em: http://hcamc.org/acta/acta2k_15.html. Acesso em: 04 mar. 2003.
- Costa-Junior, Á. L. (2001). O desenvolvimento da Psico-oncologia: intervenções para pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicologia Ciência e Profissão**, 21 (2), 36-43.
- D'amorim, M. A. (2004). Teoria da Ação Racional. In: Dela Coleta, M. F. (Org). **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos em saúde**. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária.
- Davidson, R (2003). Psicologia do Câncer. In: Spence Roy A. J. & Johnston, P.G. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Dela Coleta, M. F. (2004). Introdução. In: Dela Coleta, M. F. **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos em saúde**. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária.
- Demoulin, D. (1993). Re-conceptualizing the self-efficacy paradigm: analysis of an eight-year study. **Educacion**, 114(2), 167-199.
- Dias, R. R. D. & Baptista, M. N.. Depressão e Suicídio no Hospital Geral. In. Baptista, M. N. (2004). **Suicídio e Depressão: atualizações**. (pp. 119-131). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Dobránszky, I. A. & Machado, A. A. (2001). Auto-Eficácia: um estudo de sua contribuição para a avaliação de desempenho de atletas. **Psico USF**, 6(2), 67-74.
- Fortes, S. L. (2001). Diagnóstico Diferencial. In. Fráguas Junior, Renério e Figueiró, João Augusto Bertuol. **Depressões em Medicina Interna e em Outras Condições Médicas: Depressões Secundárias**. São Paulo: Atheneu.

- Fráguas Junior, R. & Figueiró, J. A. B. (2001). Depressões secundárias: peculiaridades da depressão no contexto médico não-psiquiátrico. In: Fráguas Junior, R. & Figueiró, J. A. B.. **Depressões em Medicina Interna e em Outras Condições Médicas: Depressões Secundárias**. São Paulo: Atheneu.
- Furlanetto, L. (2001). Diagnóstico. In: Fráguas Junior, R. & Figueiró, J. A. B.. **Depressões em Medicina Interna e em Outras Condições Médicas: Depressões Secundárias**. São Paulo: Editora Atheneu.
- Galizzi, H. R. (2001). Introdução. In: Fráguas Junior, R. & Figueiró, J. A. B.. **Depressões em Medicina Interna e em Outras Condições Médicas: Depressões Secundárias**. São Paulo: Editora Atheneu.
- Gonçalves, S. M. C. M. & Dias, M. R. (1999). A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. **Estudos de Psicologia**, 7, 149-159.
- Guimarães, S. S. (1999). Psicologia da Saúde e doenças crônicas. In: Kerbauy, R. R. (Org). **Comportamento e Saúde: explorando alternativas**. Santo André: ARBytes.
- Holloway, A., Watson, H. (2002). Role of Self-Efficacy and Behaviour Change. **International Journal of Nursing Practice**, 8, 106-115.
- INCA. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. (1996). **Câncer de Mama**. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/cancer/mama/> Acesso em 11 jun. 2003.
- Leite, J. C. C., Drachler, M. L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. T. & Silveira, V. L. (2002). Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. **Psicologia Reflexão e Crítica**, 15(1), 121-133.
- Lima, C. V. & DerdycK, P. R. (1991). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com depressão. In: RANGE, Bernard. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. São Paulo: Artmed.
- MANUAL DO PACIENTE COM CÂNCER. **Núcleo de Apoio ao Paciente com Câncer**. São Paulo, 1999. Disponível em <http://www.napacan.com.br/manual/manual1.asp>. Acesso em: 31 jan. 2003.
- Marchesini, S. D. (1994). Ansiedade e depressão: manejo na prática médica. **Arquivos Brasileiros de Medicina**, 68(5), 324-326.
- Marks, L. (1998). Deconstructing locus of control: implications for practitioners. **Journal of Consulting & development**, 76, 251-260.
- Montgomery, G. H. (2004). Cognitive Factors in Health Psychology and Behavior Medicine. **Journal of Clinical Psychology**, 60(4), 405-413.
- Myers. D. (1999). Personalidade. In: Myers. D. **Introdução à psicologia geral**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.
- REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. (2000). Normas e recomendações do INCA/MS. **Controle de sintomas do câncer avançado em adultos**. Rio de Janeiro, 46(3), 243-256.
- Reeh, E., Hiebert, B. & Cairns, K. (1998). Adolescent Health: the relationship between health locus of control, beliefs and behavior. **Guidance e Counseling**. Calgary, 13(3), 23-30.
- Ribeiro, J. L. P. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In: Almeida L. e Ribeiro, I. **Avaliação Psicológica: Formas e Contextos**. Editora Apport, 193-176. Disponível em: <http://www.psi.up.pt/docentes/paisribeiro/EFICACIA.htm>. Acesso em: 20 out. 2003.
- Rodrigues-Rosero, J. E., Ferriani, M. G. C. & Dela Coleta, M. F. (2002). Escala de locus de controle da saúde – MHLC: estudos de validação. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, 10(2), 179-184. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200009&lng=pt&_nrm=iso Acesso em 23: mai. 2003.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychol Monogr: Gen Appl**.
- Scott, J., Williams, J. M.G. & Beck, A. T. (1994). **Terapia Cognitiva na prática clínica: um manual prático**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Seligman, M. (1975). **Helplessness: On depression, development, and death**. San Francisco: W. H. Freeman.

Shinohara, H. O. (1997). Conceituação da terapia cognitivo-comportamental. In. Banaco, R. A. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: Aspectos Teóricos, Metodológicos e de Formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista.** São Paulo: ARBytes, 7.

Silva, Â. M. M. (2004). Teoria da auto-eficácia. In. Dela Coleta, M. F. (org). **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos em saúde.** Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária.

Wallston, K. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. **Cognitive Therapy and Research**, 16(2), 183-199.

Werebe, D. M. (2001). Depressão no câncer. In. Fráguas Junior, Renério e Figueiró, João Augusto Bertuol. **Depressões em Medicina Interna e em Outras Condições Médicas: Depressões Secundárias.** (pp. 159-164). São Paulo: Atheneu.

Wu, A. M. S., Tang, C. S. K. & Kwork, T. C. Y. (2004). Self-efficacy, Health Locus of Control, and Psychological Distress in Elderly Chinese Women with Chronic Illnesses. **Aging e Mental Health**, 8(1), 21-28.

Recebido em/received in: 10/10/2005
Aprovado em/approved in: 14/12/2005