

O IMPACTO DAS CRENÇAS DE AUTOEFICÁCIA NA VIDA DE IDOSOS ACIMA DE 60 ANOS, SOB A ÓTICA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA¹

Alyce Soares Coimbra²

Auxiliatrice Caneschi Badaró³

RESUMO:

A transição demográfica é uma realidade mundial, dados da OMS apontam que a proporção de pessoas idosas tem crescido mais rapidamente que em qualquer outro grupo etário. Nesse sentido, verifica-se a importância de investigar sobre as condições que proporcionam qualidade de vida na velhice, além das variações que esse período comporta. A ocorrência de eventos estressantes, muito presente nesse período do desenvolvimento, por si só não determina consequências negativas para os idosos, uma vez que sofrerá influência da avaliação cognitiva que tais eventos exercem sobre recursos pessoais e sociais e as estratégias de enfrentamento que são capazes de acionar. Isso se relaciona, em grande parte, aos mecanismos de autorregulação do self, destacando-se dentre eles as crenças de autoeficácia, descrita por Bandura, através da teoria social cognitiva. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo discutir o impacto que o trabalho das crenças de autoeficácia, sob a ótica da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), pode exercer na qualidade de vida em idosos, articulando conceitos e estabelecendo uma interseção entre os temas. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa, de caráter exploratório, compreendendo livros e outras publicações que demonstrassem relevância para o estudo. A partir disso, foi possível verificar que a TCC, apesar de demonstrar eficácia na reestruturação cognitiva, é uma ferramenta pouco estudada no que se refere às crenças de autoeficácia. Portanto, ratifica-se a necessidade de produções que a investiguem enquanto recurso para reestruturação das crenças de autoeficácia e, ainda, como esse trabalho pode ser adaptado ao contexto clínico com idosos.

Palavras-chave: Idosos. Envelhecimento. Crença de autoeficácia. Terapia Cognitivo-Comportamental.

THE IMPACT OF SELF-EFFICIENCY BELIEFS ON THE LIFE OF ELDERLY OVER 60 YEARS FROM THE VIEW OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY: A LITERATURE REVIEW

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Desenvolvimento Humano. Recebido em 09/10/2022 e aprovado, após reformulações em 09/11/2022.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: alycecoimbra@hotmail.com

³ Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: auxiliatricebadaro@uniacademia.edu.br

ABSTRACT:

The demographic transition is a global reality, World Health Organization (WHO) data indicate that the proportion of elderly people has grown faster than any other age group. Based on this, it is important to investigate the conditions that provide quality of life in old age, as well as the variations that this period involves. The occurrence of stressful events, very present in this period of development, by itself does not determine negative consequences for the elderly, since it will be influenced by the cognitive evaluation that such events exert on personal and social resources and the coping strategies they are capable of activating. This is related, in large part, to the mechanisms of self-regulation of the self, highlighting among them the self-efficacy beliefs, described by Bandura, through the social cognitive theory. Thus, this study aims to discuss the impact that the work of self-efficacy beliefs, from the perspective of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), can have on the quality of life of the elderly, articulating concepts and establishing an intersection between the themes. For this, a narrative bibliographic review was carried out, of exploratory nature, comprising books and other publications that demonstrated relevance to the study. From this, it was possible to verify that CBT, despite showing efficacy in cognitive restructuring, is a tool that has been little studied when it comes to self-efficacy beliefs. Therefore, the need for studies that investigate CBT as a resource for restructuring self-efficacy beliefs is ratified, and also as to how this work can be adapted to the clinical context with the elderly.

Keywords: Elderly. Aging. Self-efficacy belief. Cognitive behavioral therapy.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a OMS (2005), verifica-se que, em todo o mundo, a proporção de pessoas idosas tem crescido mais rapidamente que em qualquer outro grupo etário. Em 2025, a previsão é de que existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, enquanto em 2050 esse número aumentará para 2 bilhões.

Segundo o IBGE (2018), a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua demonstrou que a população brasileira está acompanhando essa tendência ao envelhecimento nos últimos anos. Houve um aumento de 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca de 30,2 milhões em 2017, o que corresponde a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo.

Esse fenômeno se associa a redução do número de crianças e jovens e um aumento proporcional de pessoas acima de 60 anos, ou seja, a redução das

taxas de fertilidade e o aumento da longevidade asseguram a transição na estrutura etária da população (OMS, 2005). Concomitantemente, compreende-se que esse crescimento está relacionado, sobretudo, às evoluções científicas que impactam de forma positiva no aumento da expectativa de vida (KHALAILA et al., 2018 apud LEITE et al., 2021, p. 2964).

Nesse sentido, verifica-se a importância de investigar sobre as condições que proporcionam qualidade de vida na velhice, além das variações que esse período comporta. Tentar responder à aparente contradição que existe entre a velhice e o bem-estar pode contribuir para a compreensão do envelhecimento e dos limites e alcances do desenvolvimento humano. Para além, poderá contribuir também para a criação de alternativas que tenham como objetivo promover a qualidade de vida das pessoas idosas (FLECK et al., 2003).

Tendo em vista que a qualidade de vida é um conceito variável e subjetivo, torna-se imprescindível entender o que, para maioria dos idosos, está relacionado ao bem-estar, felicidade, realização pessoal e, enfim, à qualidade de vida (VECCHIA et al., 2005). Dentre os aspectos que são considerados e estão relacionados a este conceito, a dimensão de satisfação com a vida se constitui como importante fator que compreende a avaliação sobre a vida de acordo com um critério próprio, ou seja, subjetivo (CACHIONI et al., 2017).

Assim, a ocorrência de eventos estressantes por si só não determina consequências negativas para as pessoas, ou seja, as consequências, sejam elas negativas, positivas ou neutras de determinados eventos dependem da avaliação cognitiva que tais eventos exercem sobre recursos pessoais e sociais, e estratégias de enfrentamento que são capazes de acionar (FORTES-BURGOS et al., 2008). Isso se relaciona, em grande parte, aos mecanismos de autorregulação do self, destacando-se dentre eles as crenças de autoeficácia, descrita por Bandura, através da teoria social cognitiva.

Bandura (1993; 1997), atribui as crenças de autoeficácia como crenças que o indivíduo estabelece sobre sua capacidade de desempenhar uma determinada atividade. Dessa forma, compreende-se que, pessoas com alto senso de autoeficácia conseguem exercer a percepção de que possuem habilidades para executar suas atividades e apresentam uma boa capacidade

cognitiva para resolverem problemas potenciais, contribuindo para boas diretrizes de desempenho. Em contrapartida, pessoas que duvidam de sua própria capacidade enfraquecem seus esforços e podem abandonar precocemente suas tentativas.

Ao entender o impacto das crenças de autoeficácia para a motivação e comportamento do indivíduo, pode-se realizar uma intersecção com a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), partindo do princípio que esta é uma abordagem da Psicologia que propõe intervenções que enfatizam a modificação e reestruturação de crenças disfuncionais, desenvolvendo e reforçando crenças mais funcionais e adaptativas que vão impactar na forma como o sujeito percebe, enfrenta e se comporta diante de determinados eventos e situações (BECK, 2013).

Logo, o presente estudo tem como objetivo discutir o impacto que o trabalho das crenças de autoeficácia sob a ótica da Terapia Cognitivo-Comportamental pode exercer na qualidade de vida em idosos. Mais especificamente, estudar as consequências do envelhecimento humano, descrever o conceito de autoeficácia na perspectiva de Bandura, articular as crenças de autoeficácia à motivação e comportamento e apresentar a Terapia Cognitivo-Comportamental como ferramenta para o desenvolvimento das crenças de autoeficácia em idosos.

Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa, de caráter exploratório, compreendendo as seguintes bases de dados: Scielo, BVS-BIREME, PubMed, PsycInfo e Lilacs. Também foram utilizados livros e outras publicações que abordavam as crenças de autoeficácia em idosos e as ferramentas que a Terapia Cognitivo-Comportamental utiliza na reestruturação de crenças.

2 O ENVELHECIMENTO HUMANO

De acordo com Neri (2014), o envelhecimento é um processo natural e universal concorrente ao desenvolvimento. Em termos biológicos, consiste no

declínio fisiológico, que ocorre após a maturação sexual e está ligado a uma diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência do organismo.

Conhecida como a última etapa do ciclo vital, a velhice também é delimitada por perdas na resiliência e plasticidade. Ocorre de forma particular em cada indivíduo e aumenta a relação de dependência aos elementos sociais e culturais. Por outro lado, também possibilita a preservação e ganhos evolutivos em determinados domínios do funcionamento, como no âmbito intelectual e afetivo, por exemplo, que, em larga medida, pode atuar como um recurso compensador para as limitações cognitivas (NERI; YASSUDA, 2004).

Dessa forma, entende-se que o idoso não se constitui apenas no âmbito biológico, apesar de elementos sociais, culturais e psicológicos se instituírem e se apresentarem através dele. Faz-se necessário pensar e construir estudos que integralizem o olhar para a saúde da pessoa idosa, auxiliando e viabilizando a qualidade de vida em seu processo de desenvolvimento (ALMEIDA; STOBÄUS; RESENDE, 2013).

Pensando nisso, existem inúmeros padrões de envelhecimento e de velhice. Contudo, estabelecer critérios para determinar o que é normal ou esperado, o que é tido como excepcional ou patológico é um grande desafio para as disciplinas do envelhecimento (NERI; YASSUDA, 2004). Essa dificuldade que os profissionais enfrentam diariamente e que está presente em todas as áreas que compõe a ciência gerontológica é consequência da indefinição da idade biológica, da abrangente variabilidade de comportamento do idoso e de fatores genéticos (NETTO, 2013).

O que vai definir “saúde”, “doença”, “normal” ou “patológico” depende, para além de aspectos biológicos, fisiológicos e psicológicos, do contexto onde o indivíduo está inserido, de suas experiências de vida e também, de sua percepção subjetiva em relação ao processo de envelhecimento (MARTINS et al., 2021). Contudo, os parâmetros mais aceitos para definir uma velhice bem-sucedida e que ajudam também a delinear a velhice normal e patológica, são:

Quadro 1 - Padrões de velhice e envelhecimento

Velhice bem-sucedida	Velhice normal	Velhice patológica
Ausência de doenças físicas e mentais crônicas, além de incapacidades funcionais; ausência de fatores de risco; manutenção do funcionamento físico e mental e engajamento ativo com a vida, incluindo a autonomia, independência, envolvimento pessoal, familiar e social; produtividade e conservação de papéis sociais.	Mudanças típicas do envelhecimento humano, que não são consideradas patológicas. Envolvem doenças somáticas crônicas, mas suficientemente controladas, correspondendo a uma mínima interrupção das funções usuais.	Comprometimentos à funcionalidade, possibilidade de adaptação e aumento a vulnerabilidade. Esta é uma condição que é fundamentalmente associada a fatores biológicos, mas também se relaciona com fatores socio estruturais, ecológicos e psicossociais. Relaciona-se também com a diminuição do bem-estar subjetivo e a perda da independência e autonomia.

Fonte: NERI; YASSUDA, 2004.

O número de idosos capazes de atingir o envelhecimento bem-sucedido é muito pequeno, visto que, além da genética, o estilo de vida, e as condições socioeconômicas e culturais são fatores que interferem no alcance desse resultado. Contudo, sua existência é crucial, tanto para demarcar aspirações individuais e sociais, quanto para sinalizar que a velhice pode ser um período de desenvolvimento (NERI; YASSUDA, 2004).

Segundo a OMS (2015), o envelhecimento saudável é mais que apenas a ausência de doença, ele é caracterizado por um processo de desenvolvimento de manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. Sendo assim, ele não é definido por um nível ou limiar específico de funcionamento ou de saúde, mas sim pela otimização da capacidade do idoso, bem como se ele vive em um ambiente de apoio.

O conceito de velhice bem-sucedida, discutido desde a década de 1960, apresentou diversos avanços em sua compreensão, tendo em vista que ele discute os processos que as pessoas utilizam para alcançar seus objetivos pessoais. Dentre esses avanços, houve a proposição de três mecanismos gerenciadores que compõem o modelo de seletiva otimização com compensação (*Selection, Optimization and Compensation – SOC*) de Baltes

(2000), definidos como: seleção, otimização e compensação (ALMEIDA; STOBÄUS; RESENDE, 2013).

Segundo Fontes (2016), dentro do modelo SOC, as estratégias de seleção direcionam o comportamento priorizando com base em normas sociais quais competências são necessárias para garantir o funcionamento adequado, apesar da perda de um recurso interno ou externo. Sendo assim, a estratégia de seleção, além de referir-se à necessidade de escolha de metas, em razão de não podermos buscar/alcançar todas as oportunidades que se apresentam, também constitui na atenção em ações específicas para buscarmos novas metas ou adaptar-nos a novos padrões em caso de perdas (ALMEIDA; STOBÄUS; RESENDE, 2013).

Já a otimização, envolve para além da aquisição e do uso, mas também o refinamento de recursos para alcançar objetivos e/ou metas. Consiste em ações que buscam maximizar ganhos em determinada área. Por fim, a compensação envolve a substituição de estratégias que permitem a manutenção de um determinado nível de funcionamento. (ALMEIDA; STOBÄUS; RESENDE, 2013; FONTES, 2016).

Nesse sentido, verifica-se que o trabalho clínico com idosos compreende uma complexa interação de fatores: o curso de vida, a coorte a qual ele pertence, suas perspectivas, crenças, o contexto familiar, as doenças e suas comorbidades, além dos fatores sociodemográficos e aqueles específicos voltados à demanda de cuidado (FONTES, 2016). Para isso, é imprescindível que o envelhecimento humano seja compreendido através de uma perspectiva interdisciplinar, englobando principalmente a Psicologia, a Biologia e as Ciências Sociais (NERI, 2014).

Portanto, considerando que o envelhecimento populacional de vários países de todo o mundo apresentou uma nova realidade: a de que idosos podem envelhecer de forma saudável, ativa, com a cognição preservada e com um grau considerável de participação social, verifica-se a necessidade de investigar possíveis variáveis que possam contribuir para tais trajetórias de envelhecimento (NERI, 2014).

3 AS CRENÇAS DE AUTOEFICÁCIA

Dentre os indicadores que interferem no desenvolvimento e expressão da autoeficácia, a idade se constitui como um fator de grande influência. Isso porque existem diversos paradigmas sociais entorno do envelhecimento que contribuem para criar barreiras à participação social dos idosos antes mesmo que eventuais incapacidades ou déficits se instalem, favorecendo altos índices de percepção negativa sobre sua capacidade de eficácia pessoal (SACRAMENTO et al., 2021).

Baltes (1997) propõe a arquitetura do desenvolvimento humano como incompleta, já que ela oscila entre perdas e ganhos, envolvendo componentes biológico-genéticos e socioculturais. Nesse sentido, as capacidades de autorreflexão e de agência propostas por Bandura (1997) constituem-se como recursos-chave para reconstituição, manutenção e, até mesmo, adaptação dentro deste processo. Com base nesses mecanismos, o self desempenharia a função de organizar os ganhos e perdas nos vários domínios do funcionamento humano através dos mecanismos de autorregulação (FONTES, 2016).

Para Bandura (2001), ser um agente é intencionalmente fazer as coisas acontecerem por meio de suas ações. O autor salienta que a agência incorpora dotes, sistemas de crenças, capacidades de autorregulação, estruturas distribuídas e funções através das quais a influência pessoal é exercida, em vez de residir somente como uma entidade improdutiva em um determinado lugar.

Assim, na teoria cognitiva social, não se considera que o indivíduo se orienta unicamente através de forças ou é unicamente controlado por estímulos externos. O que se acredita é que ele é um ser proativo e autorregulador de seus próprios comportamentos (MARTÍNEZ; SALANOVA, 2006).

Nesse sentido, a agência humana opera em uma estrutura triádica recíproca em que fatores pessoais internos na forma de eventos cognitivos, afetivos e biológicos, o comportamento e os eventos ambientais atuam como determinantes interativos que influenciam uns aos outros bidirecionalmente. A reciprocidade não significa que os três conjuntos de determinantes que

interagem tenham a mesma força, isso irá variar conforme as circunstâncias e em diferentes atividades (BANDURA, 1997).

Segundo Martínez e Salanova (2006), o poder da agência pessoal compreende algumas capacidades básicas e centrais, dentre elas: a capacidade simbolizadora, de previsão, vicária, autorreguladora e autorreflexiva. A capacidade simbolizadora consiste na representação mental de eventos futuros, antecipando suas possíveis consequências e, a partir disso, ensaiando soluções para problemas potenciais e/ou planejando cursos alternativos de ação, podendo falar-se então da capacidade de previsão.

A capacidade vicária refere-se à capacidade de aprendizagem através de modelos, permitindo a aquisição de novos padrões de comportamentos e habilidades. Enquanto a capacidade autorreguladora compreende o mecanismo e autoavaliação e subsequentemente a regulação do próprio comportamento. Por fim, a capacidade autorreflexiva promove a análise de suas próprias experiências e processos mentais, permitindo a modificação de pensamentos e perspectivas (MARTÍNEZ; SALANOVA, 2006).

Dentre os mecanismos de agência, nenhum é mais central ou abrangente do que as crenças de eficácia pessoal. A crença na eficácia é a base principal da ação, ou seja, as pessoas guiam suas vidas através de suas crenças de eficácia pessoal. Então, a menos que acreditem que podem produzir os efeitos desejados por suas ações, as pessoas têm pouco incentivo para agir. (BANDURA, 1997).

Por isso, as auto crenças de eficácia desempenham um papel fundamental na autorregulação da motivação. As pessoas se motivam e orientam seus comportamentos por meio da premeditação, formam crenças sobre o que podem fazer, antecipam resultados prováveis de ações prospectivas, estabelecem metas para si e planejam cursos de ação futuros (BANDURA, 1991; 1993).

Nesse sentido, de acordo com Martínez e Salanova (2006), a autoeficácia pode ser reconhecida enquanto crenças pessoais, ou seja, com as mesmas capacidades, indivíduos com diferentes crenças podem obter diferentes resultados. Sendo assim, uma pessoa apresentará níveis elevados ou reduzidos

de autoeficácia de acordo com sua própria percepção e julgamento sobre sua capacidade.

A maioria dos cursos de ação são inicialmente moldados no pensamento, por isso, as crenças das pessoas em sua eficácia têm efeitos diversos. Elas influenciam nos cursos de ação que as pessoas colocam como meta, quanto de esforço irão dedicar para cumpri-los, quanto tempo perseverarão diante de obstáculos e fracassos, sua resiliência diante de adversidades e se seus padrões de pensamentos são de auto-impedimento ou de auto-ajuda. Portanto, aqueles que têm um alto senso de eficácia visualizam cenários de sucesso que fornecem guias e suportes positivos para o desempenho. Enquanto aqueles que duvidam de sua eficácia visualizam cenários de fracasso e se concentram nas muitas coisas que podem dar errado (BANDURA, 1993; 1997).

No que diz respeito ao idoso, a resiliência, enquanto capacidade de regular as emoções e ferramenta de enfrentamento às adversidades, se associa a diversos conceitos gerontológicos. Dentre eles, o envelhecimento bem-sucedido, o bem-estar subjetivo, a satisfação com a vida e a autoavaliação de saúde. Isso porque altos indicadores de resiliência conduzem à adaptação e manutenção do desenvolvimento ao longo da vida (FONTES, 2016).

Grande parte do comportamento humano é regulado por uma premeditação que incorpora objetivos conhecidos. Isso quer dizer que o estabelecimento de metas pessoais sofre influência da autoavaliação que se tem sobre suas próprias capacidades. Então, quanto maior autoeficácia percebida de um indivíduo, maiores serão os desafios que ele irá estabelecer para si e mais firme será seu compromisso em desempenhá-los (BANDURA, 1991; 1993).

Mudanças na autoeficácia resultam do processamento cognitivo de uma informação sobre o desempenho. Isso quer dizer que o mesmo nível de sucesso em uma dada atividade pode aumentar, diminuir ou manter inalterada a autoeficácia, uma vez que esse processo dependerá de como as diversas contribuições pessoais e situacionais são interpretadas e do valor atribuído a esses eventos pelo próprio sujeito (NUNES, 2008).

Portanto, a autoeficácia caracteriza-se pela crença do indivíduo em sua capacidade para mobilizar suas habilidades, facilidades cognitivas, emocionais

e comportamentais na execução de uma atividade, em determinado ambiente ou contexto. Essas crenças podem estar relacionadas a domínios específicos, podendo haver uma percepção elevada de autoeficácia em alguns domínios e de baixa em outros (AZZI; POLIDORO, 2006).

Segundo Fontes (2016), o avançar da idade aumenta o risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, incapacidade funcional, fragilidade e perdas afetivas, tornando alta a probabilidade de uma avaliação negativa de saúde. Tal avaliação impacta diretamente nos níveis de satisfação e bem-estar subjetivo, além de refletir em aspectos para o autocuidado em saúde, a motivação para a atividade, os estados afetivos e as crenças de autoeficácia.

Logo, as crenças de autoeficácia podem determinar o curso de enfrentamento de uma situação. Por isso, o idoso precisa acreditar em sua capacidade para seguir um tratamento antes de aderir a ele, ou ainda precisa ser capaz de acreditar que será capaz de andar antes de usar um andador. Os estressores podem parecer ainda mais ameaçadores para aqueles que não tem a percepção de que eles próprios têm o controle sobre o que lhes acontecem (FONTES, 2016).

4 A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO FERRAMENTA NO DESENVOLVIMENTO DA AUTOEFICÁCIA

A Terapia Cognitivo-Comportamental baseia-se no modelo cognitivo, que parte do princípio de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia de um indivíduo sofrem interferência da percepção que ele possui dos eventos, ou seja, a forma como as pessoas se sentem e se comportam está associada a forma como elas interpretam e pensam sobre uma determinada situação (BECK, 2013).

Nesse sentido, a Terapia Cognitivo-Comportamental tem como base os seguintes norteadores: o de que as cognições exercem influência controladora sobre as emoções e comportamentos. E o de que a forma como as pessoas agem e/ou se comportam podem interferir em seus padrões de pensamentos e emoções (WRIGHT et al., 2019).

Do mesmo modo, Bandura (1997) salienta que a agência humana, crenças as quais operam através das crenças de autoeficácia, atua em uma tríade em que fatores pessoais internos, o comportamento e eventos ambientais são determinantes recíprocos que interagem entre si. Dessa forma, o indivíduo é agente e receptor de situações que se produzem e, do mesmo modo, essas situações irão determinar seus pensamentos, emoções e comportamentos (MARTÍNEZ; SALANOVA, 2006). Isso quer dizer que a situação em si não determina diretamente como as pessoas se sentem ou a forma como irão agir, é a percepção da situação que irá desencadear sua resposta emocional (BECK, 2013).

Nesse sentido, as pessoas que se consideram pouco eficazes no enfrentamento de suas demandas exageram na magnitude de suas deficiências e nos potenciais dificuldades do meio, gerando estresse, distraindo a atenção e dificultando o uso de recursos disponíveis. Enquanto aqueles que se consideram capazes, percebem-se eficazes e concentram seus esforços em situações que possam apresentar-se (MARTÍNEZ; SALANOVA, 2006).

Segundo Beck (2013), desde os primeiros estágios do desenvolvimento, as pessoas tentam estabelecer um entendimento de seu ambiente. Suas interações com o mundo e outras pessoas, sofrendo interferência de sua predisposição genética, direcionam a determinados entendimentos e interpretações: as crenças, podendo elas serem funcionais ou não.

Partindo do mesmo princípio, Bandura (1994) salienta que, a experiência direta – ou seja, experiências de vida do indivíduo – é considerada, dentre as fontes de desenvolvimento da autoeficácia, a mais eficaz para o fortalecimento dessa crença, já que os sucessos obtidos contribuem para construção de um forte senso na eficácia pessoal, enquanto falhas podem comprometê-la. Dessa maneira, a autoeficácia pode ser compreendida como crenças pessoais, uma vez que o indivíduo apresenta níveis de eficácia pessoal fundamentados a partir de seus próprios julgamentos e percepções acerca de suas capacidades (BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010).

Geralmente, as pessoas tendem a focar seletivamente nas informações que confirmam sua crença, desconsiderando e/ou desvalorizando informações

e evidências contrárias (BECK, 2013). Logo, a pessoa que se considera eficaz impõe a si mesma desafios que favorecem seus interesses e o desenvolvimento de novas atividades, intensificam os seus esforços quando seu desempenho não se adequa aos objetivos propostos e faz atribuições causais sem que isso lhe cause ansiedade e estresse. Por sua vez, pessoas que se consideram ineficazes evitam tarefas difíceis, reduzem seus esforços e desistem facilmente frente a desafios, acentuando suas deficiências e aumentando os níveis de ansiedade e estresse (WOOD; BANDURA, apud MARTÍNEZ; SALANOVA, 2006, p. 183).

Isso faz com que elas assumam padrões globais, rígidos e supergeneralizados, constituindo crenças centrais e influenciando também no desenvolvimento de atitudes, regras e pressupostos, as crenças intermediárias. As crenças mais centrais – ou crenças nucleares – consistem em compreensões duradouras tão fundamentais e profundas que frequentemente não são articuladas nem para si, são consideradas como verdades absolutas (BECK, 2013).

Um aspecto importante é que, para a Terapia Cognitivo-Comportamental, crenças disfuncionais podem ser desaprendidas e crenças mais funcionais podem ser desenvolvidas e fortalecidas ao longo de um tratamento. O curso habitual desta abordagem envolve uma ênfase inicial na identificação e modificação de pensamentos automáticos e em intervenções que modifiquem indiretamente as crenças (BECK, 2013).

Tem como objetivo ajudar o paciente a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias, além de auxiliar na correção de distorções cognitivas que estejam gerando problemas. Para tanto, são utilizadas técnicas cognitivas, que buscam identificar e testar os pensamentos a fim de substituí-los por pensamentos mais funcionais; assim como técnicas comportamentais, que são empregadas para identificar e modificar condutas inadequadas (BAHLS; NAVOLAR, 2004).

Na perspectiva das crenças de autoeficácia, isso é importante na medida que elas afetam diretamente no comportamento. Ou seja, indivíduos com baixos níveis de eficácia pessoal tendem a evitar tarefas ou situações que acreditam exceder suas habilidades e/ou exigir o desenvolvimento das que já são de

domínio próprio, além de diminuir a quantidade de esforço e persistência aplicadas para realização de tarefas. Enquanto indivíduos com altos níveis de eficácia pessoal tendem a perseverar e aumentar seus esforços para execução de atividades (MARTÍNEZ; SALANOVA, 2006).

O método mais frequentemente utilizado para reestruturação de crenças é o questionamento socrático, juntamente com o registro de pensamentos. Contudo, existem outros métodos igualmente eficazes, como: exame de evidências (análise dos prós e contras), redistribuição (modificar o estilo atributivo), listar alternativas racionais e ensaio cognitivo (praticar uma nova maneira de pensar por meio da geração de imagens mentais ou de *role-play*) (WRIGHT et al., 2019).

O questionamento socrático consiste em fazer perguntas que estimulem a curiosidade e o desejo de inquirir, a fim de envolver o paciente em seu processo de aprendizagem. Uma das formas de questionamento socrático é a descoberta guiada, por meio da qual o terapeuta faz uma série de perguntas indutivas com o objetivo de revelar padrões disfuncionais, seja de pensamento ou comportamento. Já o registro de pensamentos, consiste em um método sistemático para praticar a identificação de pensamentos automáticos e estimular a indagação sobre a validade dos padrões de pensamento (WRIGHT et al., 2019).

Para além dessas técnicas, a exposição também pode ser utilizada de forma criteriosa. Uma vez que a esquiva pode ser utilizada como uma estratégia de enfrentamento, isso impede que o paciente tenha oportunidades de testar seus pensamentos automáticos e receber informações discordantes (BECK, 2013).

Para exemplificar, Martínez e Salanova (2006) salientam que baixos níveis de autoeficácia são facilmente instintos quando confrontados com experiências negativas e desconfirmantes, sendo assim, não haverá diferenças nos níveis de eficácia pessoal o envolvimento em tarefas excessivamente fáceis. Nesse caso, é importante identificar uma atividade que esteja associada a um baixo ou moderado desconforto para envolver-se todos os dias (ou várias vezes ao dia, se for viável). Então, quando esse desconforto estiver consideravelmente

diminuído, deve-se identificar uma nova situação que seja um pouco mais difícil até que se possa fazê-la com relativa facilidade, e assim por diante (BECK, 2013).

Logo, o Terapeuta Cognitivo-Comportamental ensina o paciente a identificar essas cognições que se aproximam da consciência, estabelecendo um distanciamento delas e entendendo que: só porque ele acredita em determinada situação não significa necessariamente que ela seja verdade; e que mudar o pensamento, tornando-o mais funcional e baseado na realidade, pode ajudá-lo a sentir-se melhor e progredir em direção a seus objetivos e metas (BECK, 2013).

5 A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO FERRAMENTA NO DESENVOLVIMENTO DA AUTOEFICÁCIA DA PESSOA IDOSA

Quando um idoso lida com uma ameaça a qual ele se classifica como incompetente, ele se coloca frente a uma cascata de processos que aumentam o seu estresse, favorecendo a liberação de hormônio cortisol, o aumento do ritmo cardíaco e a diminuição da função imunológica, causando diversos prejuízos (FONTES, 2016).

A avaliação subjetiva do impacto de uma condição de saúde pode não corresponder à gravidade real do adoecimento, contribuindo para que o excesso de deficiência se torne evidente – o excesso de deficiência consiste no processo de retenção de um indivíduo em função de uma doença, quando ela não é a principal responsável pelo senso de incapacidade (LAIDLAW; MCALPINE, 2008). Isso porque a crença das pessoas em sua eficácia influencia os tipos de cenários antecipatórios que elas constroem e ensaiam, assim como seu desempenho em uma determinada atividade, mesmo com o conhecimento e habilidades necessárias (BANDURA, 1993).

Nesse sentido, quando idosos são diagnosticados com uma condição crônica capaz de exercer um efeito limitante no funcionamento, seus níveis de confiança podem ser afetados e isso pode torná-los mais passivos e isolados. Esse comportamento pode levar à construção de barreiras e restrições que

podem contribuir para que o indivíduo se torne reticente frente a sua capacidade de agência e seu desenvolvimento dentro de suas limitações e restrições de saúde (LAIDLAW; MCALPINE, 2008).

Contudo, ainda que sejam afetados por eventos normativos e não normativos negativos consideravelmente desafiadores a seus recursos, eles podem recuperar-se e voltar aos níveis basais de funcionamento físico e cognitivo, promovendo bem-estar. Tais trajetórias são possibilitadas pela interveniência de seus recursos pessoais e suas capacidades de reserva (recursos biológicos e psicológicos latentes à plasticidade) (NERI, 2016).

Nesse caso, a Psicologia clínica, mais especificamente a Terapia Cognitivo-Comportamental, deve enfatizar a aquisição de habilidades de regulação emocional, a utilização de estratégias adaptativas e de desenvolvimento para lidar com perdas e as revisões de vida, a fim de reconhecer comportamentos e relações positivas para lidar com adversidades. Deve-se ainda, de forma empática e tolerante com as idiossincrasias do idoso, promover o fortalecimento das crenças de autoeficácia no enfrentamento de estressores, a habilidade de resolver problemas e a capacidade de escolher (FONTES, 2016).

Para isso, o trabalho clínico com idosos pode exigir algumas particularidades, dentre elas: que as estratégias de mudança cognitiva sejam trabalhadas lentamente, com frequência, repetição e de forma resumida. Que as informações sejam apresentadas de maneira alternativa e/ou no contexto de experiências anteriores, por exemplo, para ajudar a promover o processo de aprendizagem. Que seja feito um registro de informações importantes e conclusões da reestruturação cognitiva como forma de lembrete para ajudá-los a progredir. A utilização de mecanismos como telefone e/ou alarme para lembrá-los de algumas medidas terapêuticas, como exercícios de respiração, por exemplo. E, por fim, a inclusão consentida de zeladores para familiarização com estratégias e, posteriormente, trabalho como coterapeuta em casa (CHAND; GROSSBERG, 2013).

Do mesmo modo, a psicoeducação e as experiências comportamentais podem ser empregadas de maneira favorável para determinar o que o idoso

poderá alcançar. Para além, também pode ser útil com indivíduos com comorbidades afetivas e físicas, manter o contato com a equipe multidisciplinar que esteja acompanhando-o em termos de saúde física, com o objetivo de fornecer apoio e encorajamento para mudanças em seu estilo de vida (LAIDLAW; MCALPINE, 2008).

Em casos de idosos com declínio cognitivo substancial, a reestruturação cognitiva pode não ser tão eficaz, isso porque pessoas mais velhas têm suas crenças disfuncionais fortalecidas ao longo do tempo, tornando o processo para modificá-las mais gradativo que em pacientes mais jovens. Nesse caso, algumas estratégias comportamentais podem demonstrar maior relevância, como: agendamento de atividades, atribuição de tarefas graduadas, exposição graduada e ensaios. (CHAND; GROSSBERG, 2013).

Sendo assim, aspectos comportamentais podem ser mais adequados para alguns pacientes, especialmente aqueles com dificuldade no pensamento abstrato. Enquanto aspectos cognitivos demonstram-se mais favoráveis para pacientes que não necessitam de ativação e conseguem entender a relação proposta através do modelo cognitivo. Logo, apesar da literatura não indicar explicitamente as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental com idosos para o trabalho das crenças de autoeficácia, existem diversas características do tratamento que parecem especialmente promissoras, uma vez que a abordagem compreende preocupações atuais, desenvolvimento de habilidades e estratégias cognitivas robustas para contestar crenças e estereótipos negativos sobre o envelhecimento (STEUER; HAMMEN, 1983).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto, o envelhecimento é um período do desenvolvimento humano com muitas particularidades e declínios fisiológicos, isso aumenta as chances de que o idoso desenvolva uma avaliação negativa sobre sua saúde e, conseqüentemente, um baixo senso de eficácia. Nesse sentido, verifica-se a importância de trabalhar em seu desenvolvimento, em virtude da sua importância

para o enfrentamento de fatores estressores, e também para que o idoso, mesmo com suas limitações, acredite em sua própria capacidade para exercer determinadas atividades.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), apesar de demonstrar-se potencialmente eficaz na reestruturação cognitiva, é uma ferramenta pouco estudada no que se refere às crenças de autoeficácia, apesar de constituir um aspecto inerente ao indivíduo, e que demonstra potencial impacto no enfrentamento de adversidades. Portanto, verifica-se a necessidade de produções que investiguem a TCC enquanto ferramenta para reestruturação das crenças de autoeficácia e, ainda, como esse trabalho pode ser adaptado ao contexto clínico com idosos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Sionara Tamanini de; STOBÄUS, Claus Dieter; RESENDE, Thais de Lima; Adaptação transcultural do Selection, Optimization and Compensation questionnaire (SOC) para aplicação a idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 221-237, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/hJDkCPswYnMc5tLbxh9RKcc/?lang=pt#:~:text=O%20artigo%20descreve%20a%20adapta%C3%A7%C3%A3o,explicar%20seu%20envelhecimento%20bem%20Dsuceso>> Acesso em: 16 ago 2022.

AZZI, R.G.; POLYDORO, S. Autoeficácia proposta por Albert Bandura. In: _____. **Autoeficácia em diferentes contextos**. Campinas: Alínea, 2006. p. 9-23.

BAHLS, Saint Clair; NAVOLAR, Ariana Bassetti Borba. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Universidade Tuiuti do Paraná**, n.4, Curitiba, 2004, p. 1-11. Disponível em: <https://personapsicologia.webnode.com/_files/200000093-024d10346f/Terapias%20Cognitivo-comportamentais.pdf> Acesso em: 03 jun 2022.

BALTES, Paul B. On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. **American Psychologist**, v. 52, n. 4, p. 366-380, abr. 1997. Disponível em: <<https://content.apa.org/record/1997-03698-009>>. Acesso em: 27 maio 2022.

BANDURA, Albert. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. **Educational Psychologist**, v. 28, n. 2, p. 117–148, 1993.

BANDURA, Albert. Self-Efficacy. In: RAMACHANDRAN, Vilayanur Subramanian. **Encyclopedia of human behavior**. New York: Academic Press. v. 4, p. 71-81, 1994.

BANDURA, Albert. **Self-efficacy**: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company, 1997, 604 p.

BANDURA, Albert. Self-regulation of motivation through anticipatory and self-regulatory mechanisms. In: R. A. Dienstbier, **Perspectives on motivation: Nebraska symposium on motivation**, v. 38. Lincoln: University of Nebraska Press, 1991, p. 69-164.

BANDURA, Albert. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. **Annual Review of Psychology**, Califórnia, v. 52, n.1, p. 1-26, 2001. Disponível em: < https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.52.1.1?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed>. Acesso em: 27 maio 2022.

BARROS, Marizeth; BATISTA-DOS-SANTOS, Ana Cristina. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 10, n. 112, p. 1-9, set. 2010. Disponível em: < https://redib.org/Record/oai_articulo2830594-por-dentro-da-autoefic%C3%A1cia-um-estudo-sobre-seus-fundamentos-te%C3%B3ricos-suas-fontes-e-conceitos-correlatos> Acesso em: 16 ago 2022.

BECK, Judith S. Conceituação Cognitiva. In: _____. **Terapia cognitivo-comportamental**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 49-65.

CACHIONI, Meire et al. Bem-estar subjetivo e psicológico de idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 340-352, maio-jun. 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/dw4k4zv6YWRrhQ8mCX6tmCn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 03 jun 2022.

CHAND, Suma P; GROSSBERG, George T. How to adapt cognitive-behavioral therapy for older adults. **Current Psychiatry**, Newark, v. 12, n. 3, p. 10-15, mar. 2013. Disponível em: < https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/1203CP_Chand.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2022.

FLECK, Marcelo P. A. et al. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-799, dez. 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/4HPxxTqFQ4MZbXVVG3WR5py/?lang=pt#:~:text=vida%20do%20idoso.-,M%C3%89TODOS%3A%20A%20metodologia%20do%20projeto%20WHOQO>>

L%2DOLD%20%C3%A9%20a%20mesma,cuidadores%20participaram%20dos%20grupos%20focais.>. Acesso em: 27 maio 2022.

FONTES, Arlete Portella. Desenvolvimento na Velhice: Fundamentos para Psicoterapeutas. In: FREITAS, Eduarda Rezende et al. **Terapias cognitivo-comportamentais com idosos**. 1. ed. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016, p. 25-54.

FORTES-BURGOS, Andréa Cristina Garofe. Eventos Estressantes, Estratégias de Enfrentamento, Auto-Eficácia e Sintomas Depressivos entre Idosos Residentes na Comunidade. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 74-82, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/prc/a/NppYw4SnZYkGLQnGTYYGZcd/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 03 jun 2022.

IBGE. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 27 maio 2022.

LIDLAW, Ken; MCALPINE, Susan. Cognitive Behaviour Therapy: How is it Different with Older People? **Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**, Edimburgo, v. 26, p. 250-262, nov. 2008. Disponível em: <<https://ur.booksc.me/book/8038827/929ff1>>. Acesso em: 20 set 2022.

LEITE, Cleber Queiroz et al. Mídias sociais como recurso de educação em saúde na promoção de bem-estar da população idosa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.1, p.2962-2972, jan./feb. 2021. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/24783>>. Acesso em: 27 maio 2022.

MARTINEZ, I.; SALANOVA, M. Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. **Estudios Financieros**, n. 279, p. 175-202, 2006. Disponível em: <<http://www.want.uji.es/download/autoeficacia-en-el-trabajo-el-poder-de-creer-que-tu-puedes/>> Acesso em: 03 jun 2022.

MARTINS, Nidia Farias Fernandes et al. O processo saúde-doença e a velhice: reflexões acerca do normal e do patológico. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 1-7, jan. 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11977>> Acesso em: 03 jun 2022.

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras-chave em gerontologia**. 4. ed. Campinas: Alínea, 2014. 336 p.

NERI, Anita Liberalesso. **Prefácio**. In: FREITAS, Eduarda Rezende et al. **Terapias cognitivo-comportamentais com idosos**. 1. ed. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016, p. 17-21.

NERI, Anita Liberalesso; YASSUDA, Mônica Sanches. **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. 4. ed. Campinas: Papirus, 2004. 224 p.

NETTO, Matheus Papaléo. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 62-75.

NUNES, Maiana Farias Oliveira. Funcionamento e desenvolvimento das crenças de autoeficácia: uma revisão. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 29-42, jun. 2008. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902008000100004> Acesso em: 18 set 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. 1. ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde Brasília; 2005. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 27 maio 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**, 2015. Disponível em: < <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 03 jun 2022.

SACRAMENTO, Angela Maria et al. Avaliação da Autoeficácia e da Memória em Idosos: Uma Análise Exploratória. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.37, p. 1-10, nov. 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ptp/a/6j4h5WYXKPV3SdPNWtwH8nx/>>. Acesso em: 31 out 2022.

STEUER, Joanne L., HAMMEN, Constance L. Cognitive-Behavioral Group Therapy for the Depressed Elderly: Issues and Adaptations. **Cognitive Therapy and Research**, v. 7, p. 285–296, ago. 1983. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01177552>>. Acesso em: 20 set 2022.

VECCHIA, Roberta Dalla et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, set. 2005. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/xGcx8yBzXkJyWxv3cWwXGdw/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 maio 2022.

WRIGHT, Jesse H. et al. Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental. In: _____. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 1-19.