

## AUTORES

Correa Ramírez A.<sup>1</sup>e Ríos Erazo M.<sup>1</sup>

**Correspondente:** Matías Ríos Erazo  
[matiasrios@gmail.com](mailto:matiasrios@gmail.com)

## INSTITUIÇÃO AFILIADA

1- Área de Ciencias del Comportamiento. Instituto de Investigación en Ciencias Odontológicas. Facultad de Odontología. Universidad de Chile.

## PALAVRAS CHAVE

*Auto eficácia, saúde bucal, ciências do comportamento.*

**TEMA:** Auto eficácia em saúde bucal: conceito, avaliação e tratamento.

### RESUMO:

A autoeficácia é um fator que permite prever os comportamentos que um paciente realizará para obter um nível adequado de saúde. Na saúde bucal, isso se mostra fundamental, uma vez que os comportamentos praticados pelo paciente determinam adesão às indicações que o dentista lhe dá. Este artigo aborda a definição de autoeficácia em geral, e na saúde bucal em particular, além de revisar quais instrumentos são mais utilizados para medir essa dimensão no contexto odontológico. Finalmente, é revisado um modelo de intervenção de autoeficácia em saúde bucal que demonstrou eficácia adequada.

# Self-efficacy in oral health: Concept, assessment and treatment.

## ABSTRACT

Self-efficacy is a factor that allows predicting patients' behaviours to gain a suitable health level. In oral health this is fundamental, because patients' behaviours determine the adherence to indications provided by the dentist. The present article addresses the definition of self-efficacy in general, in oral health in particular, and a review of the most common instruments to measure this dimension inside the dental context. Finally, it presents a review of an intervention model of self-efficacy in oral health that has shown appropriate effectiveness.

**Key words:** Self-efficacy, oral health, behavioral sciences.

## INTRODUÇÃO

Os fenômenos que afetam a saúde bucal não são apenas explicáveis do ponto de vista biológico, mas também envolvem outras dimensões, tais como: aspectos políticos, econômicos, ambientais e psicossociais. Compreender as variáveis que modulam os comportamentos de saúde ajuda a entender melhor a natureza das necessidades, motivações e práticas dos pacientes. Um dos fatores que influencia a execução do comportamento em saúde é a autoeficácia, considerada um importante preditor de comportamentos de saúde bucal (1,2) e um fator relevante na promoção de comportamentos de saúde ou na interrupção de comportamentos de saúde. risco associado à perda disso.

### **Conceito de auto-eficácia**

Albert Bandura, psicólogo americano, foi quem cunhou o conceito de autoeficácia e o definiu como o conjunto de crenças nas próprias habilidades para organizar e executar os cursos de ação necessários para produzir certas realizações ou resultados (3).

Nessa perspectiva, a autoeficácia desempenha um papel central na motivação, uma vez que está diretamente relacionada à confiança que uma pessoa possui em ter os recursos pessoais que lhe permitem alcançar o resultado desejado. Assim, pessoas com alta autoeficácia buscam realizar tarefas mais desafiadoras, estabelecendo metas e objetivos mais elevados, além de investir mais esforço para alcançar o objetivo estabelecido, sendo mais persistente e mantendo um maior comprometimento com seus objetivos, em comparação com pessoas que eles têm menos autoeficácia (3). Os julgamentos que uma pessoa faz sobre sua auto-eficácia seriam específicos para as tarefas e situações em que estão envolvidas. Isso significa que a autoeficácia não é um atributo geral ao agir de um sujeito, mas depende dos dois fatores previamente nomeados,

Bandura define quatro fontes das quais derivam os pensamentos de auto-eficácia. O primeiro são experiências bem-sucedidas, que seriam o resultado de tarefas realizadas com resultados satisfatórios para a pessoa, que seriam a fonte da maior influência na auto-eficácia. As experiências vicárias seriam a segunda fonte e são basicamente os efeitos produzidos pela observação das ações de outras pessoas. A terceira fonte seria a chamada persuasão social, que envolve exposição e recepção aos julgamentos verbais e comentários de outra e, finalmente, estados emocionais e fisiológicos como ansiedade, estresse,

excitação e fadiga seriam a quarta fonte, pois que fornece informações importantes e influencia na crença na própria eficácia (3).

Na saúde, muitos dos tratamentos envolvem a adoção pelo paciente de comportamentos saudáveis, que devem ser realizados sistematicamente. Na grande maioria dessas ocasiões, o manipulador não está do lado do paciente, verificando se ele está realmente fazendo isso e quão bem ele faz esses comportamentos. Dessa forma, a autoeficácia é relevante, pois permite ao profissional de saúde prever se o paciente realizará comportamentos saudáveis. Assim, no contexto da saúde, a autoeficácia corresponderia à crença do paciente em desenvolver e implementar certas condutas favoráveis à sua saúde. Várias investigações revelam que altos níveis de autoeficácia têm conseqüências benéficas para o funcionamento do indivíduo e o bem-estar geral (3).

A autoeficácia em saúde tem sido aplicada a comportamentos tão diversos como, por exemplo, o manejo de doenças cardíacas (4), osteoporose (5), artrite (6), adesão a medicamentos (7), exercícios (8), perda de peso (9), bem como pelos resultados da reabilitação (10). Em relação aos comportamentos preventivos de saúde, indivíduos com alta autoeficácia percebida são mais propensos a iniciar cuidados preventivos, procurar tratamento precoce e ser mais otimistas quanto à sua eficácia (11). Além disso, estudos indicam consistentemente que indivíduos com alta autoeficácia percebida também têm maior probabilidade de avaliar sua saúde como melhor, apresentam menos indicadores depressivos e se recuperam melhor e mais rapidamente da doença do que pessoas com baixa autoeficácia percebida (11).

### **Autoeficácia em saúde bucal**

Na saúde bucal, a autoeficácia também desempenha um papel preponderante. Isso é definido como crenças nas habilidades pessoais de organização e execução rotineira dos cursos de ação necessários para manter os tecidos orais em boas condições. A falta de uma rotina de autocuidado em casa é uma situação frequente na maioria dos adultos (12), o que dificulta a obtenção de saúde bucal adequada devido à não adoção de condutas favoráveis, o que mostra a relevância do conceito de autoeficácia .

Sob essa perspectiva, existem várias investigações que mostram a relação de autoeficácia e certas condutas favoráveis à saúde bucal, como a escovação dos dentes e o uso frequente de fio dental (13-15). Outros comportamentos favoráveis à saúde bucal são ter bons hábitos alimentares, adesão a medicamentos prescritos ou visitas ao dentista, tanto para tratamento quanto para exames de rotina. Demonstrou-se que pessoas com altos níveis de autoeficácia em escovação, hábitos alimentares e visitas ao dentista se correlacionam com níveis mais altos de saúde bucal e menores taxas de sangramento na sondagem do que aqueles com baixos níveis de autoeficácia (16). Por que esses comportamentos são importantes? Como o controle mecânico da placa bacteriana é conhecido por prevenir a gravidade da inflamação gengival, a diminuição do consumo de bebidas açucaradas mostrou ser um forte indicador de cárie dentária, ainda maior que o consumo de salgadinhos. (17) A autoeficácia é um bom preditor da capacidade do paciente de concluir o tratamento odontológico (18), situação ligada a uma melhor condição de saúde bucal, uma vez que a eficácia do cuidado profissional foi demonstrada no tratamento e prevenção de doenças periodontais (19) .

### **Autoeficácia e sua avaliação**

Compreendendo a importância da autoeficácia como um preditor adequado de comportamento, é essencial conhecer seus mecanismos de avaliação. Globalmente, a Escala Geral de Autoeficácia de Schwarzer e Jerusalém é a mais utilizada (10). Esse instrumento mede a autoeficácia do ponto de vista psicológico global e é composto por 10 itens, cujo formato de resposta é numerado de 1 a 4, do mais baixo ao mais alto, de acordo com a afirmação de cada item. Sua confiabilidade corresponde a um alfa de Cronbach que varia de 0,76 a 0,90, mostrando uma média de 0,80 em uma amostra de 26 países, apresentando também validade adequada. No Chile, essa escala foi validada por Cid, Orellana e Barriga, obtendo validade e confiabilidade adequadas, com um coeficiente alfa de Cronbach de 0,84 (21).

Em relação aos hábitos saudáveis, diferentes instrumentos foram construídos para medir a autoeficácia. Exemplos disso são a escala de autoeficácia em pacientes cardíacos (22), ou a escala de autoeficácia que mede a crença dos participantes sobre a capacidade deles de realizar quantidades crescentes de exercício em intensidade moderada a grave (23). Há também uma escala para

medir a autoeficácia em relação à adesão ao tratamento farmacológico (24) e a escala de autoeficácia em estratégias para reduzir o uso de maconha (25).

A autoeficácia em saúde bucal acaba sendo uma área de pesquisa que iniciou seu desenvolvimento recentemente, de modo que os estudos, embora existam, são limitados em comparação com outras áreas da saúde. A limitação se torna mais evidente quando se observa uma pesquisa de língua espanhola. Entre as investigações realizadas em relação à criação de instrumentos, há duas escalas para destacar: a primeira é a realizada por Kakudate e Morita, que desenvolveram uma escala de autoeficácia para o autocuidado de pacientes com periodontite crônica (26). É composto por 15 itens divididos em três subescalas: Autoeficácia para consultas com o dentista, que são 5 itens que buscam avaliar fatores relacionados à adesão e controles regulares com o dentista; auto-eficácia para escovação, formado por 5 itens que buscam avaliar o cuidado e a meticulosidade com que o paciente escova os dentes; e, por fim, a autoeficácia para os hábitos alimentares, que são cinco itens relacionados à adoção de uma dieta balanceada e hábitos de ingestão de líquidos. Todas as respostas recebem uma pontuação de acordo com uma escala Likert de 5 níveis, em um intervalo que varia de "1" (não seguro) a "5" (totalmente seguro). A soma desses 15 itens fornece o total de pontos na escala. A confiabilidade do instrumento foi avaliada por técnicas convencionais, obtendo-se um alfa de Cronbach de 0,86 e uma estabilidade teste-reteste de 0,73.

O segundo instrumento é o questionário de autoeficácia dental, desenvolvido por Syrjälä, que modificou o questionário original criado por Lawrence em 1985. A escala consiste em perguntas sobre autoeficácia relacionadas à escovação, limpeza interdental e visitas ao dentista, todas com 4 respostas possíveis: com certeza sim, com certeza sim, com certeza não e com certeza não. Vale ressaltar que o texto está em inglês porque ainda não foi adaptado ao idioma espanhol. A escala apresentou confiabilidade adequada, com os alfas de Cronbach acima de 0,90 em cada uma de suas subdimensões (27).

### **Modificando a auto-eficácia na saúde bucal**

Para entender a relevância da autoeficácia na saúde bucal dos pacientes, é essencial conhecer quais seriam os mecanismos que permitiriam otimizar essa variável. Farquhar (28,29) estabelece um modelo genérico para facilitar a

mudança na autoeficácia. Sob esse parâmetro, foi Kakudate quem modificou o referido modelo para sua intervenção específica na área de odontologia ( Figura 1 ). Essa intervenção demonstrou maior eficácia na melhoria da autoeficácia e no desenvolvimento de mudanças comportamentais na higiene bucal em pacientes com periodontite crônica do que apenas nas instruções de higiene bucal.

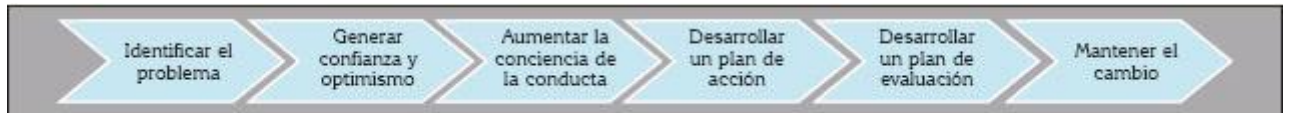


Fig. 1. Modelo de intervención de autoeficácia en salud oral de Kakudate.

A seguir, veremos cada uma das 6 etapas (30):

O primeiro passo é conhecido como **identificar o problema** . Aqui, o dentista deve esclarecer as crenças, conhecimentos e barreiras que o paciente teria para realizar o autocuidado periodontal adequado. Recomenda-se que essas informações sejam obtidas por meio da interação face a face, tendo como guia algumas perguntas como: Quantas vezes e por quanto tempo dura a escovação? O que você sabe sobre o autocuidado em saúde bucal? mudar seu comportamento no passado? E quais são as maiores barreiras para mudar? Essa etapa permite estabelecer e identificar junto ao paciente seus comportamentos nocivos e quais são as mudanças comportamentais que devem ser implementadas (30).

O segundo passo é **criar confiança e otimismo** . Muitos pacientes estão firmemente convencidos de que sua mudança de comportamento não será possível. Portanto, esta etapa visa aumentar a confiança e o comprometimento do paciente. Como Por meio da entrevista realizada inicialmente, incorporando intervenções que permitem ao paciente superar barreiras à mudança de comportamento. Um exemplo de intervenção pode estar se referindo a um paciente, que em uma situação semelhante poderia fazer as alterações necessárias. Para promover a motivação e o comprometimento, um contrato pode ser assinado onde o dentista e o paciente se comprometem a trabalhar em uma determinada mudança de comportamento (30).

O terceiro passo seria **aumentar a consciência do comportamento**. Esta etapa busca aumentar a conscientização sobre o comportamento do paciente, por meio do automonitoramento. Isso é feito solicitando que você registre sua frequência de escovação e limpeza interdental em um diário de bordo até a próxima consulta, além de registrar seus sentimentos / emoções ou sensações ao escovar os dentes. Este blog permite determinar os geradores comportamentais internos e externos, além de identificar mais claramente as barreiras à mudança comportamental em relação à assistência à saúde bucal, uma vez que em muitos casos o paciente não tem clareza sobre essas barreiras (fator consultado na etapa um ), razão pela qual este blog revela as barreiras inconscientes (30).

O quarto passo seria *desenvolver e implementar um plano de ação*. Isso pode ser feito por meio da descrição do blog solicitado ao paciente que permitiria identificar os cuidados de saúde bucal que ele apresenta, onde seria possível gerar um plano de ação baseado na gradualidade. Esse plano de ação deve ter certas características particulares, como concreto, realista e, acima de tudo, realizável. Por exemplo, um plano de ação adequado pode incluir "escovar os dentes duas vezes por dia", "escovar por mais de três minutos" e "usar fio dental uma vez por dia à noite". Se o paciente atingir esses comportamentos, poderá ser recompensado por pequenos incentivos, como um tratamento de beleza ou assistir a um filme, por exemplo (30).

O quinto passo é **desenvolver um plano de avaliação**. Essa etapa deve ser realizada sim ou não, independentemente de o paciente ter ou não êxito em alcançar o plano de ação. Se for bem-sucedido, deve ser positivamente reforçado pelo dentista, o que gerará uma maior frequência de execução desse comportamento. Pelo contrário, se não obtiver sucesso, a idéia é reformular o plano executado, ajustando objetivos ou verificando obstáculos que surgiram (30).

O sexto e último passo seria **manter as mudanças e evitar recaídas**. Sabe-se que a aquisição de novos comportamentos pode ser complexa a longo prazo, uma vez que existem muitos imponderáveis que podem alterar essa regularidade de comportamento, como longas horas de trabalho, eventos sociais, entre outros. É nessa perspectiva que o dentista constantemente ajuda e reforça o paciente para cuidar de seus novos comportamentos adquiridos. Uma maneira de reforçar seria a técnica usada na etapa quatro, usando incentivos após a



realização do comportamento, que pode ser aplicada por um longo tempo, todos com o objetivo de manter os referidos comportamentos (30).

## CONCLUSÃO

Overdentures with osseointegrated implants represent very favorable clinical results in edentulous geriatric patients. The diagnosis of the total edentulous patient requires knowledge of bone volume and quality, as well as the assessment of the surgical and prosthodontic aspects that make up this implant alternative. Implant overdentures provide a high degree of success among fully edentulous patients, as it is a dental treatment that achieves excellent functional and aesthetic comfort..

## BIBLIOGRAFIA

1. Feine JS, Carlsson GE. Implant overdentures. The standard of care for edentulous patients. Quintessence: Chicago. 2003. [ [Links](#) ]
2. Paraguassu, Éber Coelho, and Anneli Mercedes Celis De Cardenas. Systematic review of current medical literature on the impact of oral health on quality of life. *International Journal of Advanced Engineering Research and Science* 6.3 (2019). [ [Links](#) ]
3. Chan MF, Nárhi TO, Baat C, Kalk W. Treatment of the atrophic edentulous maxilla with implant-supported overdentures: a review of the literature. *Int J Prosthodont* 1998;11:7-15. [ [Links](#) ]
4. Batenburg RHK, Meijer HJA, Raghoobar GM, Vissink A. Treatment concept for mandibular overdentures supported by endosseous implants: a literature review. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1998;13:539-45. [ [Links](#) ]
5. Attard NJ, Zarb GA. Long-term treatment outcomes in edentulous patients with implant overdentures: the Toronto study. *Int J Prosthodont* 2004;17:425-33. [ [Links](#) ]
6. Linares D, Medel R, Segura JJ, Poyato M, Velasco E. La eficacia clínica de la carga convencional, precoz e inmediata en sobredentaduras mandibulares con

implantes dentales. Un estudio comparativo a 5 años. Av Perio Impl Oral 2010; 22:11-8. [ [Links](#) ]

7. Chan HL, Misch K, Wang HL. Dental imaging in implant treatment planning. Implant Dent 2010;19:288-98. [ [Links](#) ]

8. Benavides E, Rios HF, Ganz SD, An CH; Resnik R, Reardon GT, Feldman SJ et al. Use of cone-beam computed tomography in implant dentistry: The International Congress of Oral Implantologists Consensus Report. Implant Dent 2012;21:78-86. [ [Links](#) ]

9. Gross MD. Occlusion in implant dentistry. A review of the literature of prosthetic determinants and current concepts. Aust Dent J 2008;53:(suppl. 1):S60-8. [ [Links](#) ]

10. Klineberg I, Trulsson M, Murray G. Occlusion on implants-is there a problem. J Rehabil 2012;39: 522-37. [ [Links](#) ]

11. Raghoobar GM, Meijer HJA, Slot W, Huddleston JJR, Vissink A. a systematic review of implant-supported overdentures in the edentulous maxilla, compared to the mandible: how many implants? Eur J Oral Implantol 2014;7 (Suppl2):S101-S21. [ [Links](#) ]

12. Dudley J. Maxillary implant overdentures: current controversies. Aust Dent J 2013;58:420-3. [ [Links](#) ]

13. Rocuzzo M, Bonino F, Gaudio L, Zwahlen M, Meijer HJA. What is the optimal number of implants for removable reconstructions? A systematic review on implant-supported overdentures. Clin Oral Impl Res 2012;23(suppl.6): 229-37. [ [Links](#) ]

14. Ohkubo C, Baek KW. Does the presence of antagonist remaining teeth affect implant overdentures success? A systematic review. J Oral Rehabil 2010;37:306-12. [ [Links](#) ]

15. Slot W, Raghoobar GM, Vissink A, Slater JJ, Meijer HJA. A systematic review of implant-supported maxillary overdentures after a mean observation period of at least 1 year. J Clin Periodontol 2010; 37:98-110. [ [Links](#) ]

16. Zou D, Wu Y, Huang W, Wang F, Wang S, Zhang Z. A 3-year prospective clinical study of telescopic crown, bar, and locator attachments for removable four

implant-supported maxillary overdentures. *Int J Prosthodont* 2013;2:566-73. [ [Links](#) ]

17. Andreiotelli M, Att W, Strub JR. Prosthodontic complications with implant overdentures: A systematic literature review. *Int J Prosthodont* 2010;23:195-203. [ [Links](#) ]

18. Cehreli MC, Karasoy D, Kökat AM, Akca K, Eckert SE. Systematic review of prosthetic maintenance requirements for implant-supported overdentures. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2010;25:163-8. [ [Links](#) ]

19. Paraguassu, Éber Coelho, and Anneli Mercedes Celis de Cardenas. Sociodemographic characterization of users of total tissue-supported and implant-supported prostheses in the municipality of macapá, Brazil. *International Journal of Development Research*. 2019:26081-26084. [ [Links](#) ]

20. Guan H, van Staden R, Loo YC, Johnson N, Ivanovski S, Meredith N. Influence of bone and dental implant parameters on stress distribution in the mandible: a finite element study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2009;24:866-76. [ [Links](#) ]

21. Rashid F, Awad MA, Thomason JM, Piovano A, Spielberg GP, Scilingo E, et al. The effectiveness of 2-implant overdentures- a pragmatic international multicentre study. *J Oral Rehabil* 2011;38:176-84. [ [Links](#) ]

22. Vercruyssen M, Marcelis K, Coucke W, Naerte I, Quirynen M. Long-term, retrospective evaluation (implant and patient-centre outcome) of the two-implants-supported overdenture in the mandible. Part 1: marginal bone loss. *Clin Oral Impl Res* 2010;21:466-72. [ [Links](#) ]

23. Ueda T, Kremer U, Katsoulis J, Mericske-Stern R. Long-term results of mandibular implants, supporting an overdenture: implant survival, failures, and crestal bone level changes. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2011;26:365-72. [ [Links](#) ]

24. Paraguassu, Éber Coelho, and Anneli Celis Mercedes Cardenas. Quality of life and satisfaction of users of total tissue-supported and implant-supported prostheses in the municipality of macapá, Brazil. *BioRxiv*. 2019:520197. [ [Links](#) ]

25. De Smert E, Duyck J, Sloten JV, Jacobs R, Naert I. Timing of loading — immediate, early or delayed— in the outcome of implant in the edentulous

mandible: a prospective clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2007;22:580-94. [ [Links](#) ]

26. Kawai Y, Taylor JA. Effect of loading time on the success of complete mandibular titanium implant retained overdentures: a systematic review. *Clin Oral Impl Res* 2007;18:399-408. [ [Links](#) ]

27. Turkylmaz I, Tözüm TF, Tumer C, Ozbek EN. A 2-year clinical report of patients treated with two loading protocols for mandibular overdentures: early versus conventional loading. *J Periodontol* 2006 77:1998-2004. [ [Links](#) ]