

Intervenção com procedimentos de autossugestão na autoeficácia e controlo da dor

Ana F. Pires¹, Luís Joyce-Moniz²

1. Investigadora Doutorada, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, anafilipaj@campus.ul.pt

2. Professor catedrático aposentado, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa

RESUMO: Introdução – A dor predomina em muitas patologias médicas e acarreta diversas implicações para o doente¹⁻⁴. O presente estudo visou avaliar a eficácia de uma intervenção autossugestiva, como complemento ao tratamento médico, no aumento da autoeficácia e controlo da dor. **Metodologia** – Para a concretização deste objetivo, 205 pacientes adultos com dor foram distribuídos aleatoriamente por dois grupos que se distinguiram quanto à intervenção recebida durante 12 semanas, nomeadamente IAS (intervenção autossugestiva) e ISAS (intervenção sem autossugestão). Os dois grupos foram comparados quanto à evolução da autoeficácia e do controlo da dor ao longo desse período. **Resultados e discussão** – Os resultados mostraram um aumento estatisticamente significativo destas variáveis no grupo IAS mas não no grupo ISAS, sugerindo a eficácia da intervenção autossugestiva. Este estudo representa, assim, um importante contributo para a prática clínica com os doentes com dor.

Palavras-chave: eficácia, intervenção autossugestiva, dor, controlo percebido, autoeficácia.

Intervention with self-suggestive procedures for self-efficacy and pain control

ABSTRACT: Introduction – Pain is the predominant complaint in many medical diseases and carries several implications for the patient¹⁻⁴. The present study aimed to evaluate the effectiveness of a self-suggestive intervention, as a complement to medical treatment, in the patients' self-efficacy and pain control. **Methodology** – For this aim, 205 adult patients suffering from pain were randomized in two groups that received different interventions during 12 weeks: IAS group received a self-suggestive intervention and ISAS group received an intervention without self-suggestion. The two groups were compared regarding the changes in self-efficacy and pain control over the 12 weeks. **Results and discussion** – The results showed a statistically significant increase of these variables in the IAS group but not in the ISAS group, suggesting the efficacy of the self-suggestive intervention. This study represents an important contribution to the clinical practice with patients suffering from pain.

Keywords: effectiveness, self-suggestive intervention, pain, perceived control, self-efficacy.

Introdução

A dor predomina em muitas patologias médicas e surge, frequentemente, associada a perturbações do sono, da funcionalidade e a alterações nos domínios sexual, laboral, familiar e social, condicionando o bem-estar e a qualidade de vida do paciente¹⁻⁴. Estes aspetos são, muitas vezes, geradores de emoções negativas como a revolta, raiva, ansiedade e/ou depressão, as quais não só se refletem na interação com os outros, como podem influenciar, de forma negativa, a sintomatologia dolorosa, traduzindo-se no au-

mento da dor percecionada, o que agrava o sofrimento físico do doente⁵.

Para além das implicações da dor descritas e da sua relação com os sintomas psicológicos, os conceitos de controlo e autoeficácia são também enfatizados nos estudos efetuados com doentes com dor, sendo o primeiro definido na literatura como “a capacidade percecionada pela pessoa para modificar ou influenciar de forma significativa as consequências dos eventos”⁶ e o segundo como “a perceção ou confiança da pessoa de que é capaz de executar, com sucesso, uma

determinada tarefa, ação ou comportamento específico e de exercer controlo sobre determinados eventos (internos ou externos) como, por exemplo, os seus sintomas”⁷.

Assim, de acordo com estudos anteriores⁸, um maior controlo sobre os sintomas encontra-se associado a uma diminuição destes, nomeadamente da dor.

No que se refere à autoeficácia, vários estudos⁹ mostram que os doentes que acreditam que conseguem exercer algum controlo sobre a sua dor tendem a controlá-la melhor e a interpretar de forma mais positiva os seus sintomas dolorosos do que aqueles que acreditam que nada podem fazer para aliviar a dor. Para além das suas implicações na dor, uma elevada autoeficácia parece associar-se a: uma melhoria das capacidades funcionais diárias e do sono, um aumento dos níveis de atividade física e um decréscimo da depressão, ansiedade e recurso às consultas médicas¹⁰⁻¹¹.

Os aspetos mencionados evidenciam a relevância e utilidade de intervir na dor, nomeadamente aumentando o seu controlo e autoeficácia percebidos pelo doente. Contudo, em muitos casos, o tratamento médico convencional apresenta efeitos secundários significativos e nem sempre é eficaz, o que tem levado ao crescente interesse por outras formas de intervenção complementares¹².

Nesta ótica, as metodologias autossuggestivas (e.g., hipnose, meditação, relaxamento, imagética, automonitorização reativa) têm sido utilizadas e enquadradas por modelos diversos (e.g., cognitivo-comportamentais, transcendentais) como metodologia única ou em associação com outras integradas nesses modelos¹³⁻¹⁶. Contudo, a sua aceitação e reconhecimento como metodologias de autossugestão* tem sido reduzida e os resultados relativos à sua eficácia são contraditórios, sobretudo no que concerne ao relaxamento e à automonitorização reativa^{15,17-18}.

Com o presente estudo pretendeu-se, assim, avaliar a eficácia destas duas metodologias combinadas numa mesma intervenção complementar ao tratamento médico e visando a autossugestão no aumento da autoeficácia e controlo da dor.

Metodologia

Participantes e grupos amostrais

O presente estudo foi realizado com 205 utentes (79,5% do sexo feminino e 20,5% do sexo masculino), os quais se encontravam a ser seguidos pelos médicos de Medicina Interna na Consulta Externa do Hospital de Abrantes dirigida a doenças autoimunes ou nas consultas de Medicina Geral e Familiar, do Centro de Saúde de Abrantes, por apresentarem queixas de dor associadas a patologias reumáticas (e.g., osteoartrose, hérnia discal, artrite reumatóide, espondilite anquilosante, artrite psoriática). Tinham idades compreendidas entre os 24 e os 74 anos (média de 55 anos) e encontravam-se a receber tratamento médico, o qual mantiveram durante o presente estudo. Os dados relativos à situação face à profissão e à escolaridade são apresentados na Tabela 1.

Esta amostra foi constituída de acordo com os seguintes critérios de inclusão: a) idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos; b) presença de dor como sintoma único ou associado a outros sintomas somáticos e/ou psicológicos.

Os 205 participantes foram distribuídos aleatoriamente por dois grupos: IAS (Intervenção autossuggestiva) e ISAS (Intervenção sem autossugestão), de acordo com o tipo de intervenção recebida, para além do tratamento médico, para o aumento da autoeficácia e controlo da dor.

Tabela 1: Caracterização dos participantes relativamente à situação face à profissão e à escolaridade

Variável	Participantes (%)
Situação face à profissão	
Ativo	34,6
Não ativo (e.g., desempregado, aposentado, doméstica)	65,4
Escolaridade	
Sem estudos	2,0
1º ciclo do ensino básico incompleto	5,4
1º ciclo do ensino básico	51,0
2º ciclo do ensino básico	11,3
3º ciclo do ensino básico	18,1
Ensino secundário	5,4
Curso técnico-profissional	2,4
Ensino superior	4,4

* A designação de autossugestão refere-se ao ato de convencer-se a si próprio.

Instrumentos

As variáveis dependentes incluídas no presente estudo, nomeadamente, controlo da dor e autoeficácia no confronto com a dor, foram avaliadas através de uma balança subjetiva e de uma escala de autoeficácia, respetivamente. Estes instrumentos foram adaptados pela investigadora de acordo com os objetivos do estudo e são apresentados de seguida:

- Balança subjetiva para avaliação dialética da atribuição de vulnerabilidade (de 1 a 9) vs controlo (de 1 a 9) da dor (Teste-reteste: $r = 0,535$). Estas atribuições eram apresentadas de forma dialeticamente oposta para o sujeito refletir simultânea e dialeticamente sobre as duas¹⁹. Isto é, um dos lados da balança compreendia a atribuição de controlo, desde um controlo mínimo (1) até ao controlo máximo (9). O lado oposto compreendia a atribuição de vulnerabilidade, igualmente variando de uma vulnerabilidade mínima (1) à atribuição de vulnerabilidade máxima (9). O sujeito desenhava, assim, uma seta única dirigida ao número que indicava o grau de controlo vs vulnerabilidade percebida desde o início do dia até ao momento em que procedia à automonitorização.
- Escala de autoeficácia para a auto-avaliação: de 0 ("tenho a certeza que não consigo") a 10 ("não tenho dúvidas que consigo") da capacidade do sujeito para aliviar a dor na maior parte dos dias (Teste-reteste: $r = 0,341$). Quanto maior o valor atribuído nesta escala maior a autoeficácia percebida relativamente à sua capacidade para aliviar a dor sentida.

Procedimento

Cada um dos participantes foi referenciado pelo médico para uma primeira sessão individual com a investigadora. Nesta sessão procedeu-se à: a) recolha dos dados sociodemográficos através de uma entrevista semiestruturada e; b) avaliação das variáveis dependentes através dos instrumentos descritos na secção anterior. Foram ainda apresentadas e treinadas com o doente, na sessão, as metodologias que seriam por ele utilizadas, de forma autónoma, durante as 12 semanas seguintes.

Assim, durante este período, os sujeitos do grupo IAS utilizaram a automonitorização reativa e o relaxamento autossugestivo.

A automonitorização reativa consistiu no registo diário do controlo da dor na balança subjetiva com o objetivo de o aumentar. Nesta ótica, eram fornecidas pela investigadora sugestões acerca da reatividade desta metodologia para a autossugestão do sujeito. Concretamente, este era sugerido de que se procedesse a esta forma de automonitorização diária iria conseguir aumentar progressivamente o controlo da dor.

O relaxamento autossugestivo foi baseado no relaxamento por contração/descontração muscular²⁰ e no treino autogénico²¹. Tal como no primeiro, consistiu numa sequência de exercícios em que o sujeito contraía e descontraía, em sequência, quatro grupos musculares, ao mesmo tempo que dirigia a sua atenção para as sensações associadas à contração e à descontração. À semelhança do segundo,

recorreu à indução sugestiva, incluindo a repetição, pelo sujeito, de autossugestões de transformações das sensações de dor no seguimento de instruções sugestivas dadas pela investigadora, o que resultou na designação de relaxamento autossugestivo usada neste estudo²²⁻²³.

Os sujeitos do grupo ISAS utilizaram, durante as 12 semanas, apenas a automonitorização avaliativa. A sua utilização diária recorreu ao mesmo instrumento usado para a automonitorização reativa, mas distinguiu-se desta na medida em que o registo teve como propósito único a avaliação do controlo da dor. Não incluiu, portanto, quaisquer sugestões fornecidas pela investigadora acerca da reatividade desta metodologia para a autossugestão do sujeito.

Para cada um dos participantes, a utilização das metodologias, ao longo das 12 semanas, foi supervisionada e incentivada por meio de contactos telefónicos efetuados semanalmente pela investigadora e através do envio mensal, por correio (em envelopes pré-pagos e entregues aos doentes na primeira sessão), das folhas de automonitorização preenchidas pelo doente para a investigadora no final das 4, 8 e 12 semanas.

No final das 12 semanas foi realizada uma segunda sessão individual com a investigadora, durante a qual foram novamente avaliadas as variáveis dependentes através dos mesmos instrumentos utilizados na primeira sessão.

Análise estatística

Os dados foram analisados com recurso ao programa SPSS (*Statistic Package for the Social Sciences*, versão 19.0) e os testes estatísticos utilizados dependeram da avaliação dos seus pressupostos, dos objetivos do estudo e das características das variáveis.

Foram efetuadas as seguintes análises iniciais baseadas na informação recolhida e nas avaliações efetuadas antes da intervenção: a) comparação dos grupos IAS e ISAS quanto às variáveis sociodemográficas (idade, sexo, situação face à profissão e escolaridade) através do teste de *Mann-Whitney* para a análise das diferenças relativas à idade e do teste do Qui-Quadrado para as restantes variáveis supracitadas; b) comparação dos dois grupos quanto às variáveis dependentes através do teste de *Mann-Whitney*.

Após estas análises e de forma a responder ao objetivo do estudo, procedeu-se à comparação dos grupos IAS e ISAS relativamente à evolução das variáveis dependentes ao longo das 12 semanas. No caso do controlo da dor utilizou-se o teste de *Friedman* e consideraram-se as avaliações dessa variável na balança subjetiva[†] no dia antes da intervenção e no final das 4, 8 e 12 semanas. No caso da autoeficácia no confronto com a dor utilizou-se o teste do sinal e conside-

[†] As avaliações efetuadas na balança subjetiva foram convertidas em valores de controlo de -8 a 8. A avaliação de 1 na balança foi convertida no valor 0. As avaliações de controlo de 2 a 9 foram convertidas nos valores de 1 a 8, respetivamente. As avaliações de vulnerabilidade de 2 a 9 foram convertidas nos valores negativos de -1 a -8, respetivamente. O Teste de Friedman foi aplicado a estes valores.

raram-se as avaliações efetuadas na escala de autoeficácia no dia antes da intervenção e no final das 12 semanas. Os *effect size* (r) foram também calculados.

Os valores dos testes estatísticos inferiores a 0,05 foram considerados como indicando resultados estatisticamente significativos.

Considerações éticas

A implementação do estudo foi autorizada pelo Conselho de Administração do Hospital de Abrantes e pela Direção Executiva do Centro de Saúde de Abrantes. Todos os parti-

cipantes deram o seu consentimento informado no início da primeira sessão individual com a investigadora.

Resultados

Análises iniciais

Relativamente às variáveis sociodemográficas, os resultados descritos na Tabela 2 revelaram uma equivalência dos grupos IAS e ISAS antes da intervenção, exceto no que se reporta à escolaridade, tendo os dois grupos apresentado diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 2: Comparação dos grupos IAS e ISAS quanto às variáveis sociodemográficas: testes estatísticos. * $p < 0,05$

Variável	Grupos	
	IAS	ISAS
Idade	$U = 4270,500$ $p = 0,057$	
Sexo	$\chi^2_{(1)} = 3,690$ $p = 0,075$	
Situação face à profissão	$\chi^2_{(1)} = 0,947$ $p = 0,371$	
Escolaridade	$\chi^2_{(4)} = 11,536$ $p = 0,020^*$	

No que diz respeito às variáveis dependentes do estudo avaliadas antes da intervenção, tal como se pode observar na Tabela 3, verificou-se uma equivalência dos dois grupos.

Tabela 3: Comparação dos grupos IAS e ISAS quanto às variáveis dependentes avaliadas antes da intervenção: testes estatísticos

Variável dependente	Grupos	
	IAS	ISAS
Controlo da dor	$U = 4721,500$, $p = 0,560$	
Autoeficácia no confronto com a dor	$U = 4433,500$, $p = 0,268$	

Eficácia da intervenção autossugestiva no aumento da autoeficácia e controlo da dor

Como se pode observar na Tabela 4, verificou-se, ao longo das 12 semanas, para o grupo IAS, um aumento estatisticamente significativo do controlo da dor, mas não se verificou para o grupo ISAS nenhuma alteração estatisticamente significativa desta variável.

Em relação à mudança da autoeficácia do dia antes da intervenção para o final das 12 semanas, como se pode observar na Tabela 4, verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa dos resultados do grupo IAS na escala de autoeficácia, mas não se verificou uma alteração estatisticamente significativa dos resultados do grupo ISAS nesta escala.

Tabela 4: Alterações significativas das variáveis dependentes ao longo das 12 semanas, para cada um dos grupos IAS e ISAS: testes estatísticos. * $p < 0,05$

Variável dependente	Grupos			
	IAS		ISAS	
Controlo da dor	$\chi^2_{F(3)} = 40,383$	$p = 0,000^*$	$\chi^2_{F(3)} = 1,731$	$p = 0,630$
Autoeficácia no confronto com a dor	$Z = -5,565$	$p = 0,000^*$	$z = -1,060$	$p = 0,145$

Considerando-se os *effect size*, verificou-se um efeito médio ($0,50 > r > 0,30$) da intervenção para as duas variáveis dependentes.

Discussão

Os resultados apresentados sugerem que a intervenção autossugestiva foi eficaz, como complemento ao tratamento médico, no aumento da autoeficácia e controlo da dor. Esta constatação baseia-se no facto de o grupo IAS ter apresentado uma melhoria significativa nestas variáveis, enquanto no grupo ISAS não foram verificadas alterações significativas em nenhuma delas.

Estes resultados não podem ser comparados com os de outros estudos na medida em que foi a primeira vez que se procedeu à combinação do relaxamento e da automonitorização reativa numa intervenção autossugestiva com pacientes com dor.

O presente estudo contribuiu, assim, para um importante avanço teórico na medida em que, conforme referido na introdução, apesar da inclusão do relaxamento e da automonitorização reativa (mas não em associação) nos estudos anteriormente efetuados com estes pacientes, a sua aceitação e reconhecimento como metodologias de autossugestão tem sido reduzido^{15,17-18}. Desta forma, este estudo, ao centrar-se na sua eficácia, como metodologia autossugestiva, veio enfatizar a autonomia da autossugestão como metodologia própria a ser utilizada com os pacientes com dor.

O estudo representa também um importante contributo para a prática clínica com os pacientes supracitados na medida em que podem utilizar, de forma autónoma, estas metodologias autossugestivas e de autoaplicação no seu dia-dia para aumentar a sua autoeficácia e controlo da dor.

Não obstante os contributos referidos, o estudo apresenta algumas limitações que importa mencionar. Em primeiro lugar, deu-se preferência a instrumentos quantitativos muito simples, os quais apresentam uma validade pouco comparável com a de instrumentos quantitativos mais complexos (e.g., questionários, escalas múltiplas). É de referir ainda a não igualdade dos grupos IAS e ISAS quanto à escolaridade no início da intervenção como uma limitação no que respeita à validade do estudo. Uma outra limitação diz respeito à não inclusão de avaliações de *follow-up*. Assim, torna-se relevante a sua inclusão em estudos futuros para verificar se as melhorias verificadas neste estudo se mantêm a longo prazo.

Concluindo, o presente estudo veio demonstrar a eficácia da autossugestão por meio do relaxamento e da automonitorização reativa no aumento da autoeficácia e controlo da dor.

Referências

- Kelemen L, Lee AL, Button BM, Presnell S, Wilson JW, Holland AE. Pain impacts on quality of life and interferes with treatment in adults with cystic fibrosis. *Physiother Res Int*. 2012;17(3):132-41.
- De Sousa L, Frank AO. Patients' experiences of the impact of chronic back pain on family life and work. *Disabil Rehabil*. 2011;33(4):310-8.
- El Miedany Y, El Gaafary M, El Aroussy N, Youssef S, Ahmed I. Sexual dysfunction in rheumatoid arthritis patients: arthritis and beyond. *Clin Rheumatol*. 2012;31(4):601-6.
- Sharma N, Hansen CH, O'Connor M, Thekkumpurath P, Walker J, Kleiboer A, et al. Sleep problems in cancer patients: prevalence and association with distress and pain. *Psychooncology*. 2012;21(9):1003-9.
- Queiroz MV. Aspectos psico-sociais das doenças reumáticas. In Queiroz MV, editor. *Reumatologia clínica*. Lisboa: Lidel; 1996. p. 441-5. ISBN 9729018987
- Burger JM. Negative reactions to increases in perceived personal control. *J Pers Soc Psychol*. 1989;56(2):246-56.
- Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Worth Publishers; 1997. ISBN 9780716728504
- Tennen H, Affleck G, Urrows S, Higgins P, Mendola R. Perceiving control, construing benefits, and daily processes in rheumatoid arthritis. *Can J Behav Sci*. 1992;24(2):186-203.
- Litt MD. Self-efficacy and perceived control: cognitive mediators of pain tolerance. *J Pers Soc Psychol*. 1988;54(1):149-60.
- Penninx BW, Van Tilburg T, Deeg DJ, Kriegsman DM, Boeke AJ, Van Eijk JT. Direct and buffer effects of social support and personal coping resources in individuals with arthritis. *Soc Sci Med*. 1997;44(3):393-402.
- Lackner JM, Carosella AM, Feuerstein M. Pain expectancies, pain, and functional self-efficacy expectancies as determinants of disability in patients with chronic low back disorders. *J Consult Clin Psychology*. 1996;64(1):212-20.
- Tan G, Alvarez JA, Jensen MP. Complementary and alternative medicine approaches to pain management. *J Clin Psychol*. 2006;62(11):1419-31.
- Baird CL, Murawski MM, Wu J. Efficacy of guided imagery with relaxation for osteoarthritis symptoms and medication intake. *Pain Manag Nurs*. 2010;11(1):56-65.
- Elkins G, Johnson A, Fisher W. Cognitive hypnotherapy for pain management. *Am J Clin Hypn*. 2012;54(4):294-310.
- Joyce-Moniz L. *Hipnose, meditação, relaxamento, dramatização: técnicas de sugestão e auto-sugestão*. Porto: Porto Editora; 2010. ISBN 9789720347558
- Marchand WR. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain and psychological distress. *J Psychiatr Pract*. 2012;18(4):233-52.
- Cruise CE, Broderick J, Porter L, Kaell A, Stone AA. Reactive effects of diary self-assessment in chronic pain patients. *Pain*. 1996;67(2-3):253-8.
- Kwekkeboom KL, Gretarsdottir E. Systematic review of relaxation interventions for pain. *J Nurs Scholarsh*. 2006;38(3):269-77.
- Joyce-Moniz L, Barros L. *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: ASA; 2005. ISBN 9789724141220

20. Bernstein D, Borkovec T. A progressive relaxation training: a manual for the helping professions. Champaign: Research; 1973. ISBN 0878221042
21. Schultz JH. Autogenic training: a psychophysiological approach in psychotherapy. New York: Grune and Stratton; 1959.
22. Pires A, Joyce-Moniz L. Significações de doença, confronto sintomático e adaptação em pacientes de Reumatologia e Ortopedia: uma abordagem desenvolvimentista e dialéctica. *Anál Psicol.* 2008;26(2):309-26. Portuguese
23. Pires AF, Joyce-Moniz L. Procedimentos de auto-sugestão no confronto com duas patologias reumáticas auto-imunes: artrite reumatóide e espondilite anquilosante [Procedures of self-suggestion in the confrontation with two self-immune rheumatic diseases: rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis]. *Psychologica.* 2010;1(52):301-14. Portuguese

Artigo recebido em 04.03.2013 e aprovado em 10.04.2013.