

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Apresentação das patologias e respectivos sintomas incluídos no presente trabalho e importância da intervenção psicológica

2.1.1. Patologias incluídas no presente trabalho

As **doenças reumáticas** são das mais antigas e comuns da humanidade (Queiroz, 1996c) e representam um vasto conjunto de doenças que atingem preferencialmente o aparelho locomotor, o qual é constituído por ossos, músculos e articulações e cuja integridade é indispensável na realização dos movimentos (Marques, 1996). Atingindo cerca de 10% da população portuguesa, constituem o motivo mais frequente de consulta médica, o principal motivo de invalidez e a primeira causa de absentismo laboral e de reforma antecipada por doença (Queiroz, 1996b), sendo que 15 a 20% das reformas antecipadas ou abandono das carreiras profissionais são devidas a doenças reumáticas (Sociedade Portuguesa de Reumatologia). São, ainda, uma das principais responsáveis pelos custos económico-financeiros no campo da saúde (Queiroz, 1996b).

Neste grupo nosológico diversificado que reúne mais de 100 perturbações reumáticas (Liang & Esdaile, 1998), incluem-se as doenças reumáticas inflamatórias crónicas e sistémicas com predomínio articular, as osteoartroses e as discopatias.

As **doenças reumáticas inflamatórias crónicas e sistémicas com predomínio articular** integram, entre outras patologias, a artrite reumatóide, a espondilite anquilosante e a artrite psoriática, as quais têm em comum a inflamação crónica sobretudo das articulações podendo atingir, contudo, outros sistemas ou órgãos (*e.g.*, pele, olho, pulmão, vasos sanguíneos, coração, sistema nervoso periférico, rim, fígado) (Gladman, 2008; Heijde, 2008; Matteson, Cohen, & Conn, 1998).

Na artrite reumatóide as articulações inflamadas (Figuras 1 e 2) são, geralmente, as articulações dos membros (*e.g.*, mãos, pés, punhos, tornozelos), podendo atingir todas as articulações, inclusivé as da coluna vertebral. O envolvimento simétrico das estruturas articulares (Figura 2) caracteriza esta doença que pode apresentar diferentes

padrões de evolução (Gordon & Hastings, 1998). De acordo com os dados revelados pelo Núcleo de Estudos de Doenças Auto-Imunes estima-se que, em Portugal, a prevalência da artrite reumatóide seja de 0,35 a 0,4%, representando 35000 a 40000 pacientes diagnosticados com esta patologia que apresenta uma maior incidência entre os 40 e os 50 anos e cuja frequência é 2 a 3 vezes superior na mulher do que no homem (Tehirian & Bathon, 2008).



Figura 1. Inflamação das articulações da mão num utente com Artrite Reumatóide



Figura 2. Inflamação das articulações dos pés num utente com Artrite Reumatóide

A espondilite anquilosante afecta preferencialmente as articulações sacro-ilíacas e as da coluna vertebral (Figura 3), embora possa envolver também as articulações dos membros (Heijde, 2008). Os dados revelados pelo Núcleo de Estudos de Doenças Auto-Imunes sugerem que em Portugal existam entre 30000 e 50000 pacientes com esta patologia cuja forma de evolução é muito variável (Taurog, 2008) e que atinge mais frequentemente os jovens com idades compreendidas entre os 15 e 30 anos, sendo o sexo masculino o mais afectado, numa proporção de 3 homens para 1 mulher.

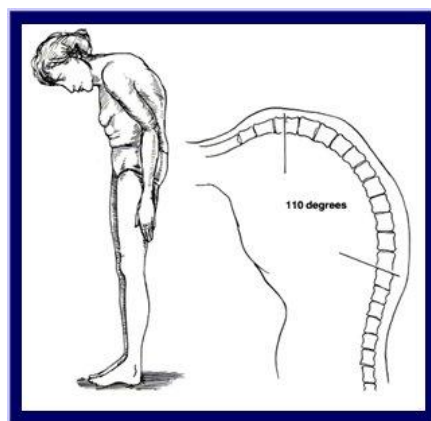


Figura 3. Envolvimento das articulações da coluna vertebral num utente com Espondilite Anquilosante

A artrite psoriática caracteriza-se pela inflamação das articulações (*e.g.*, coluna vertebral, mãos, pés, punhos) associada a uma doença de pele designada de psoríase (Figura 4), podendo variar no seu padrão de evolução, tal como sucede nas patologias já referidas. Apresenta uma maior incidência entre os 20 e os 40 anos, sendo a frequência do seu aparecimento semelhante em ambos os sexos. Estima-se que em Portugal esta doença tenha uma prevalência de 0,1% existindo cerca de 10000 pacientes diagnosticados com esta patologia (Silva, 2004).



Figura 4. Psoríase no joelho

As **osteoartroses** representam um conjunto de situações clínicas (*e.g.*, Lombartrose, Cervicartrose, Gonartrose) que têm como denominador comum a degenerescência articular (Queiroz, 1996*d*). Apresentando uma evolução geralmente progressiva, podem envolver qualquer articulação, sendo a coluna vertebral, as mãos, os pés, as ancas e os joelhos os locais mais frequentemente afectados (Dieppe, 2008), tal como se pode ver na Figura 5. No que se refere à prevalência desta patologia, segundo a Organização Mundial de Saúde, nos países industrializados, as osteoartroses afectam 80% da população com mais de 65 anos, constituindo o grupo patológico mais prevalente das doenças reumáticas (Woolf & Pfleger, 2003). Segundo os dados da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, a sua incidência é maior em pessoas com mais de 40 anos e a sua frequência aumenta com a idade. Relativamente ao sexo, até aos 50 anos a prevalência das osteoartroses é maior no homem do que na mulher, sendo que depois desta idade é o sexo feminino o mais afectado (Felson *et al.*, 2000).

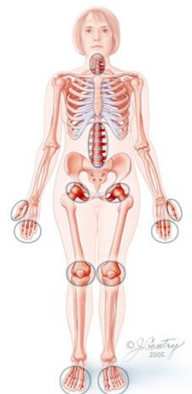


Figura 5. Principais articulações envolvidas nas osteoartroses

As **discopatias** representam as patologias dos discos intervertebrais (localizados entre as vértebras que formam a coluna vertebral) e incluem as hérnias discais e as protrusões discais, as quais consistem na degenerescência dos discos intervertebrais. A protrusão discal caracteriza-se pelo aparecimento de fissuras no disco intervertebral levando ao seu abaulamento (Figura 6.B), podendo evoluir para uma situação de hérnia, na qual se verifica já a ruptura do disco intervertebral (Figura 6.C). Esta situação clínica apresenta, geralmente, uma maior gravidade que a primeira afectando igualmente os dois sexos e sendo a faixa etária dos 30 aos 50 anos a mais frequentemente atingida (Queiroz, 2002).

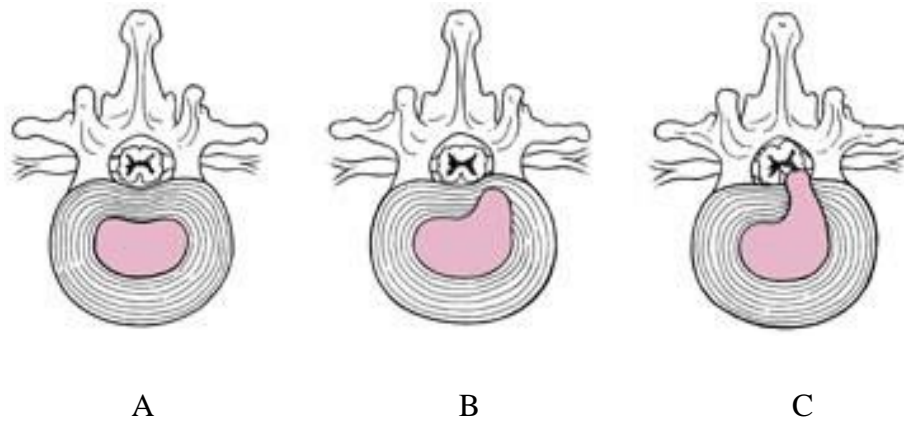


Figura 6. A: disco intervertebral normal. B: protrusão discal. C: hérnia discal.

2.1.2. Sintomatologia física e psicológica das patologias implicadas

A dor predomina nestas patologias reumáticas (McCabe, 2004) e surge, habitualmente, associada a sintomas de fadiga, rigidez, inchaço e deformações sobretudo nas doenças reumáticas inflamatórias crónicas e sistémicas com predomínio articular e nas osteoartroses (*e.g.*, Belza, 1996; Gladman, 2008; Power, Badley, French, Wall, & Hawker, 2008), a alterações da sensibilidade e fraqueza muscular principalmente nas osteoartroses e nas discopatias (*e.g.*, Deyo, Loeser, & Bigos, 1990), e à perda de função das articulações (*e.g.*, Arokoski, Haara, Helminen, & Arokoski, 2004), os quais condicionam, por sua vez, o bem-estar e a qualidade de vida do paciente (*e.g.*, Kose & Otman, 2004; Treharne, Lyons, Booth, & Kitas, 2007), limitando a sua capacidade para tomar conta do próprio e para efectuar as actividades diárias, desde a

ida às compras às tarefas relacionadas com a lida doméstica (Yelin, Lubeck, Holman, & Epstein, 1987). Para além da perda da funcionalidade e da autonomia (Archenholtz, Burckhardt, & Segesten, 1999), outras alterações acrescentam sofrimento psicológico (*e.g.*, Dickens, McGowan, Clark-Carter, & Creed, 2002; Kose, Demir, Arikan, & Palaoglu, 2003; Rosemann *et al.*, 2007) ao utente, nomeadamente: diminuição da auto-estima decorrente da modificação da imagem corporal (Callin, 1995), perturbações do sono (*e.g.*, Moldofsky, Lue, & Saskin, 1987), alterações nos domínios sexual (Blake, Maisiak, Alarcon, Holley, & Brown, 1988), laboral (*e.g.*, Young *et al.*, 2002), familiar (Grant, Foster, Wright, Barlow, & Cullen, 2004) e social (Cornell & Oliver, 2004). De facto, o doente com patologia reumática sente-se frequentemente limitado nos seus contactos com amigos ou familiares (DeVellis, Revenson, & Blalock, 1997), na sua capacidade para trabalhar (Gignac, Cao, Lacaille, Anis, & Badley, 2008) e nas actividades sexuais e recreativas (Evers, Kraaimaat, Geenen, & Bijlsman, 1997; Hall *et al.*, 2008). Estes aspectos são, muitas vezes, geradores de emoções negativas que, por sua vez, influenciam a vivência subjectiva da doença. Concretamente, o doente tende a manifestar com frequência revolta, raiva, cólera, ansiedade e/ou depressão, os quais não só se reflectem na interacção com os outros, como podem influenciar, de forma negativa, a sintomatologia, a progressão da doença e o próprio investimento do utente no seu tratamento e controlo dos sintomas.

Sabe-se, por exemplo, que as emoções de ansiedade e raiva estão associadas a um aumento da incapacidade funcional (*e.g.*, Hagglund, Haley, Reveille, & Alarcón, 1989) e da dor percepcionada (Burns, 1997; Merskey, 1996).

Da mesma forma, os sintomas depressivos tornam o doente mais vulnerável às frustrações e incapacidades funcionais decorrentes da doença e aos seus sintomas físicos, particularmente à dor, traduzindo-se na exacerbação da intensidade percepcionada dos seus sintomas dolorosos a qual agrava o sofrimento físico do doente (Queiroz, 1996a). Por outro lado, a perda de esperança do doente deprimido relativamente ao tratamento tende a prejudicar a sua adesão a este, impedindo, desta forma, a evolução positiva da sua doença reumática (Queiroz, 1996a).

De facto, apesar do sofrimento físico e psicológico implicado nestas doenças e as severas limitações a elas associadas, é consensual na literatura a elevada taxa de não adesão destes doentes ao tratamento médico (Hill, 2005), na maior parte dos casos motivada por outros factores para além dos sintomas depressivos, nomeadamente:

percepção dos riscos e efeitos secundários associados e da sua ineficácia na redução da sintomatologia; custo económico dos medicamentos; relação médico-doente insatisfatória para o doente; falta de apoio social; baixa auto-eficácia e controlo e elevada vulnerabilidade percebida (Elliot, 2008). Dada a influência destas três últimas variáveis psicológicas noutros aspectos do processo biomédico para além da adesão ao tratamento, estas serão, de seguida, abordadas com mais pormenor.

2.1.3. Auto-eficácia, vulnerabilidade e controlo

A **auto-eficácia** é definida como a percepção ou confiança da pessoa de que é capaz de executar, com sucesso, uma determinada tarefa, acção ou comportamento específico (de forma a concretizar o objectivo desejado) e de exercer controlo sobre determinados eventos (internos ou externos) como, por exemplo, os seus sintomas no caso dos doentes com patologias reumáticas (Bandura, 1977, 1982, 1997; Bandura, O’Leary, Taylor, Gauthier, & Gossard, 1987; Bane, Hughes, & McElnay, 2006). Neste sentido, este conceito diz respeito não às competências efectivas que a pessoa apresenta mas sim à sua percepção sobre o que é capaz de fazer ou controlar utilizando essas competências em determinadas condições (Bandura, 1997).

A auto-eficácia constitui, por isso, uma importante base de acção na medida em que se a pessoa não acreditar que consegue atingir um determinado objectivo pretendido através das suas acções ou comportamentos, terá pouco incentivo para agir e os seus esforços e tentativas serão pouco prováveis. É, por isso, necessário a existência de uma forte confiança nas capacidades do próprio para desenvolver e manter as acções necessárias à concretização do objectivo desejado. De facto, as pessoas com uma maior confiança nas suas capacidades percebem as tarefas difíceis como desafios a superar em vez de ameaças que devem evitar, conduzindo a um maior interesse, envolvimento, esforço e cometimento com elas apesar das adversidades ou obstáculos (Bandura, 1997).

Da mesma forma, quanto maior for a confiança da pessoa no controlo que pode exercer sobre determinadas situações que afectam a vida do próprio, maior é o seu investimento e persistência nas estratégias ou competências aprendidas ou adquiridas para reduzir o desconforto e sofrimento implicados (Bandura, 1997).

Tendo em conta o referido, é importante salientar que a auto-eficácia tem efeitos diversos na medida em que influencia: o curso de acção que a pessoa escolhe, a quantidade de esforço investido, a persistência e perseverança face aos obstáculos, a sua motivação e resiliência à adversidade, o grau em que os objectivos são concretizados e o bem-estar psicológico (*e.g.*, stress, ansiedade, depressão) (Bandura, 1986, 1991, 1997).

No domínio da doença física, a auto-eficácia percebida tem impacto não só sobre os processos biológicos como a função imunitária, a susceptibilidade a bactérias e infecções virais e o desenvolvimento e progressão das doenças (Bandura, 1997; Peterson & Stunkard, 1989; Schneiderman, McCabe, & Baum, 1992; Steptoe & Appels, 1989), mas também influencia o recurso aos analgésicos (Bastone & Kerns, 1995), a adaptação à doença e tratamentos (Bekkers, van Knippenberg, van den Borne, & van-Berg-Henegouwen, 1996) e o controlo e interpretação dos sintomas (Cioffi, 1991; Litt, 1988). Nesta óptica, 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.

No que se refere concretamente às doenças reumáticas, uma elevada auto-eficácia parece associar-se a: uma melhoria das capacidades funcionais diárias (Nicassio, Wallston, Callahan, Herbert, & Pincus, 1985) e do sono (O'Leary, Shoor, Lorig, & Holman, 1988), um aumento dos níveis de actividade física (Brown & Nicassio, 1987) e um decréscimo da depressão, da ansiedade, dos níveis de dor, do recurso às consultas médicas e da actividade da doença na artrite reumatóide (Holman & Lorig, 1992; Lefebvre *et al.*, 1999; Smarr *et al.*, 1997); uma diminuição da depressão (Penninx *et al.*, 1997) e um melhor confronto com a dor nos pacientes com osteoartrose (Keefe *et al.*, 2004; Keefe, Somers, & Martire, 2008; Pells *et al.*, 2008); uma melhoria das capacidades funcionais (Council, Ahern, Follick, & Kline, 1988; Lackner, Carosella, & Feuerstein, 1996) e do controlo da dor (Council *et al.*, 1988) bem como dos resultados do tratamento (Kores, Murphy, Rosenthal, Elias, & Rosenthal, 1985) nos casos de dor crónica; e uma diminuição da intensidade da dor e uma melhoria das capacidades funcionais nos pacientes diagnosticados com discopatias (Altmaier, Russell, Kao, Lehmann, & Weinstein, 1993; Kaivanto, Estlander, Moneta, & Vanharanta, 1995).

Num estudo efectuado com pacientes com artrite reumatóide (Lowe *et al.*, 2008) verificou-se que a percepção de auto-eficácia medeia a relação entre as estratégias de confronto utilizadas pelos pacientes e os seus resultados em termos de consequências emocionais, nomeadamente ansiedade e depressão.

Importa salientar ainda que pacientes com níveis semelhantes de incapacidade física podem apresentar diferentes consequências a nível funcional, dependendo das suas percepções de auto-eficácia (Lorig, Chastain, Ung, Shoor, & Holman, 1989; O’Leary *et al.*, 1988). Deste modo, pacientes com osteoartrose que apresentam uma incapacidade física grave mas que revelam uma elevada percepção de auto-eficácia relativamente ao confronto com os sintomas são capazes de viver uma vida activa e produtiva apesar dos constrangimentos associados à doença, enquanto outros que apresentam uma incapacidade mínima mas que revelam uma baixa percepção de auto-eficácia restringem as suas actividades e vivem em permanente desalento e desespero (Baron, Dutil, Berkson, Lander, & Becker, 1987).

O conceito de **vulnerabilidade** refere-se à crença do sujeito de que não possui formas viáveis de eliminar, controlar ou aliviar as fontes de stress (DeVellis & Callahan, 1993). No caso das doenças reumáticas acontece, com frequência, que o doente sente-se vulnerável à doença na medida em que não se sente capaz de eliminar, controlar ou aliviar os sintomas e disfuncionalidades a ela associadas, percepcionando-os como inevitáveis (Nicassio *et al.*, 1985; Schiaffino & Revenson, 1995).

Estudos revelam que os pacientes com doenças reumáticas e que apresentam uma elevada vulnerabilidade tendem a reportar níveis mais elevados de dor, depressão, ansiedade, incapacidade funcional e uma maior actividade da doença (*e.g.*, Keefe & Bonk, 1999; Nicassio *et al.*, 1993, 1985).

Concretamente, num estudo realizado com pacientes com artrite reumatóide (Naidoo & Pretorius, 2006), verificou-se que a vulnerabilidade percepcionada pelos doentes mediou a relação entre: o total de articulações inchadas e a depressão; o número de articulações doridas e a capacidade funcional; o total de articulações doridas e a experiência de dor; o total de articulações doridas e a disfuncionalidade percepcionada. No mesmo estudo, os pacientes que não se sentiam capazes de controlar a dor e a disfuncionalidade resultantes da doença experienciaram mais dor e maior disfuncionalidade. Também noutro estudo efectuado com doentes com artrite reumatóide (Hommel, Wagner, Chaney, & Mullins, 2001), foi encontrada a mesma

associação entre uma maior vulnerabilidade percebida e uma maior disfuncionalidade avaliada pelo clínico.

Intimamente associado aos conceitos de vulnerabilidade e de auto-eficácia, o conceito de **controle percebido** já mencionado é definido por Burger (1989) como “a capacidade percebida pela pessoa para modificar ou influenciar de forma significativa as consequências dos eventos”.

Alguns teóricos procedem à distinção entre controle percebido primário e secundário sendo que o primeiro define os esforços efectuados para modificar uma determinada realidade existente enquanto o segundo refere-se à adaptação a essa mesma realidade e à diminuição do seu impacto emocional negativo (Rothbaum, Weisz, & Snyder, 1982).

De acordo com Bandura (1997) o controle percebido sobre as situações que afectam a vida do próprio permite a regulação dos seus estados emocionais, através da diminuição dos estados emocionais negativos e do aumento dos estados emocionais positivos.

Ainda relativamente às consequências do controle percebido, estudos revelam que as pessoas que apresentam uma maior percepção de controle sobre estímulos dolorosos têm uma menor activação autonómica e menos prejuízos na capacidade de execução do que aquelas que embora sujeitas à mesma estimulação dolorosa apresentam uma reduzida percepção de controle (Geer, Davison, & Gatchel, 1970; Glass, Singer, Leonard, Krantz, & Cummings, 1973).

No caso particular das doenças reumáticas, estudos mostram que um maior controle percebido sobre a doença e os sintomas encontra-se associado a uma adaptação positiva (Affleck, Tennen, Pfeiffer, & Fifield, 1987a; Nicassio *et al.*, 1985; Westbrook, Gething, & Bradbury, 1987) e a uma diminuição dos sintomas físicos experienciados (Todrank, Heth, Schapira, & Nahir, 2004) nas doenças reumáticas de forma geral, e a uma diminuição da dor no caso particular da artrite reumatóide (Affleck, Tennen, Urrows, & Higgins, 1992; Tennen, Affleck, Urrows, Higgins, & Mendola, 1992). Contudo, segundo Felton e Revenson (1984), os pacientes com artrite reumatóide tendem a perceber um baixo controle sobre a sua doença que, por sua vez, acelera a sua progressão negativa (Schneiderman *et al.*, 1992; Steptoe & Appels, 1989).

2.1.4. Importância da intervenção psicológica

Os aspectos referidos nas duas secções anteriores reflectem a estreita relação existente entre os factores somáticos e os factores psicológicos nas doenças reumáticas apresentadas e evidenciam a relevância e utilidade do papel que a Psicologia da Doença pode e deve desempenhar, em colaboração com as especialidades da Medicina, na adaptação destes doentes à sua doença e no confronto com os seus sintomas somáticos e psicológicos (Astin, 2004; Astin, Beckner, Soeken, Hochberg, & Berman, 2002; Huyser & Parker, 2002; Young, 1998).

O crescente interesse que tem havido pelo papel da intervenção psicológica nas doenças reumáticas descritas e seus sintomas associados (*e.g.*, Nicholas *et al.*, 2012; Parker, Iverson, Smarr, & Stucky-Ropp, 1993; Young, 1998) tem sido motivado pelas seguintes constatações:

- a evolução e progressão clínica destas patologias são, pelo menos parcialmente, dependentes de factores psicológicos e, mesmo nos casos de incapacidade permanente e severa em que apenas é possível uma recuperação parcial, os factores psicológicos influenciam o grau em que essa recuperação funcional é concretizada (Bandura, 1997);
- nalgumas doenças como é o caso da osteoartrose, a progressão da doença não pode ser alterada através do tratamento médico (Brauner & Skosey, 1985);
- nalguns casos a eficácia da intervenção biomédica tradicional no confronto dos sintomas do sujeito é apenas parcial (Pimm & Weinman, 1998);
- a intervenção biomédica tradicional não resulta com todos os pacientes na medida em que muitos não respondem adequadamente ao tratamento médico, sendo mais eficaz, nesses casos, uma abordagem multimodal que combina a intervenção médica com a intervenção psicológica (Crook & Tunks, 1996; Dziedzic, Hill, Porcheret, & Croft, 2009).

Nesta óptica e de acordo com Keefe *et al.* (2008), as intervenções psicológicas, particularmente as estratégias de confronto da dor e as estratégias cognitivo-

comportamentais, têm mostrado ser eficazes nos casos em que a abordagem biomédica tradicional não funcionou.

Também num estudo efectuado com cinquenta e três pacientes com artrite reumatóide (Sharpe *et al.*, 2001), verificou-se que a combinação de uma intervenção cognitivo-comportamental focada no treino de estratégias de confronto, com o tratamento médico foi mais eficaz na melhoria da sintomatologia depressiva e física (envolvimento das articulações) e na diminuição da inflamação comparativamente à utilização do tratamento médico como única forma de intervenção com estes pacientes.

É importante referir ainda os resultados revelados por outro estudo (Evers, Kraaimaat, van Riel, & de Jong, 2002) realizado com sessenta e quatro pacientes diagnosticados há menos de dois anos com artrite reumatóide, os quais evidenciaram que a utilização de uma intervenção cognitivo-comportamental que integrou componentes de intervenção comportamental e psicossocial, em conjunto com o tratamento médico foi mais eficaz do que a utilização única do tratamento médico convencional na redução da fadiga, depressão e vulnerabilidade bem como no aumento do apoio social, do confronto com a doença e do cumprimento da medicação.

De acordo com os estudos referidos, torna-se, assim, importante o recurso à intervenção psicológica, nomeadamente da Psicologia da Doença, como complemento do tratamento médico, com os pacientes que apresentam as patologias descritas na secção 2.1.1. de forma a, por um lado, diminuir a percepção de vulnerabilidade e aumentar a percepção de controlo e de auto-eficácia sobre a doença e/ou os sintomas somáticos e psicológicos e, por outro lado, diminuir a sintomatologia física e psicológica percebida pelos doentes.

2.2. Definição de Psicologia da Doença

A Psicologia da Doença é definida como “o conjunto de teorizações e estudos sobre as representações, crenças ou significações das pessoas, sem formação médica ou paramédica, acerca da doença (física, orgânica) e dos processos de doença” (Joyce-Moniz & Barros, 2004).

Não quer isto significar que a Psicologia da Doença consiste apenas numa disciplina explicativa das ideias subjectivas do doente mas é, sobretudo, uma psicologia

pragmática e interventiva na medida em que propõe modos de intervenção para ajudar o doente no confronto e adaptação ao processo de doença (Joyce-Moniz & Barros, 2004, 2005).

Neste sentido, as intervenções da Psicologia da Doença podem associar-se a um tratamento médico curativo, visando a eliminação da doença e o restabelecimento da saúde nos processos agudos, ou a um acompanhamento médico paliativo visando a adaptação da pessoa à doença e às suas consequências com o mínimo possível de incómodo e sofrimento nos processos crónicos e terminais (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Em ambos os casos, as intervenções da Psicologia da Doença têm lugar no contexto geral dos cuidados de saúde servindo como complemento às intervenções biomédicas (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Dirigida à complexidade, multiplicidade e variação do pensamento e do comportamento do doente, a Psicologia da Doença é, contudo, uma disciplina recente, cuja literatura é vasta, controversa, expansiva e desarrumada, apoiando-se mais na casuística clínica do que em estudos empíricos experimentalmente controlados (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

2.3. Abordagem desenvolvimentista

2.3.1. Psicologia da Doença e significações de doença

Tal como referido, a Psicologia da Doença fundamenta-se nas significações do doente leigo em assuntos biomédicos (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Neste sentido, a Psicologia da Doença não se diferencia das outras disciplinas psicológicas fundamentadas nas significações, ideias, crenças, representações, interpretações ou explicações das pessoas (Joyce-Moniz & Barros, 2004), termos utilizados para designar as “actividades cognitivas que visam interpretar ou explicar a realidade e que têm como objectivo fenomenológico dar significado à experiência imediata, vivida, antecipada ou transcendente” (Joyce-Moniz & Reis, 1991, cit. por Reis & Fradique, 2002).

No caso da Psicologia da Doença, estas significações reportam-se ao processo de doença e podem exercer uma influência significativa na geração, evolução e confronto com os processos biomédicos bem como na adesão ao tratamento médico e na vivência dos processos emocionais concomitantes (Groarke, Curtis, Coughlan, & Gsel, 2005; Rodin & Salovery, 1989, cit. por Reis & Fradique, 2002; Taylor, 1990, cit. por Reis & Fradique, 2002; Friedman, 1991, cit. por Reis & Fradique, 2002; Hafen, Frandsen, Karren, & Hooker, 1992, cit. por Reis & Fradique, 2002; Baum & Posluszny, 1999, cit. por Reis & Fradique, 2002).

Neste sentido, na medida em que as ideias ou significações dos doentes assumem um carácter mais vivido, experiencial e revestido de sofrimento pode considerar-se que a Psicologia da Doença, mais do que qualquer outra disciplina psicológica, lida com significações *quentes*, porque despertam emoções ou têm um significado emocional (Leventhal *et al.*, 2001, cit. por Joyce-Moniz & Barros, 2005). Concretamente, quando pensa na doença, a pessoa tende a manifestar emoções de stress, ansiedade, disforia ou cólera ou sentimentos de apreensão, medo, tristeza, desespero ou hostilidade. Contudo, são também consideradas em Psicologia da Doença as significações mais *frias*, isto é, que suscitam emoções e sentimentos menos pronunciados e intensos (Joyce-Moniz & Barros, 2004, 2005).

Significações negativas sobre ameaças à saúde, vulnerabilidade a certas doenças, identificação da doença e das suas causas, antecipação dos sintomas e da morte, e significações sobre o confronto e adaptação à doença, tratamento e cura, têm sido as mais estudadas em Psicologia da Doença (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Por exemplo, o modelo de Howard Leventhal (*e.g.*, 1975, cit. por Joyce-Moniz & Barros, 2005; Leventhal, 1982, cit. por Joyce-Moniz & Barros, 2005; Leventhal & Difenbach, 1991, cit. por Joyce-Moniz & Barros, 2005; Pimm & Weinman, 1998), de auto-regulação das significações ou representações leigas conotadas com a doença sugere como mais relevantes para estudo e operacionalização, cinco sistemas de significações sobre doença, os quais o autor designa por *atributos de representações da doença*:

- Identificação e nomeação da doença e dos sintomas consequentes;
- Causas da doença e forma de a contrair;
- Duração do processo de doença;
- Consequências da doença, em termos de sintomas e sequelas;

- Controlabilidade da doença, envolvendo o seu confronto, tratamento, recuperação ou adaptação ao processo.

Concretamente no que se refere às doenças reumáticas, uma vasta literatura tem sido dirigida ao estudo das significações dos doentes com estas patologias (Pimm & Weinman, 1998).

Por exemplo, num estudo efectuado por Hampson, Glasgow e Zeiss (1994) dirigido às representações da doença dos pacientes com osteoartrose, verificou-se que: 75% dos pacientes percepcionavam a doença como moderadamente séria, incurável (75% acreditavam que a cura era improvável), crónica (93% esperavam ter a doença permanentemente) e com sintomas imprevisíveis (81% referiam que a dor variava diariamente); 94% da amostra acreditavam que era importante prevenir o agravamento da doença através do seu controlo. De acordo com Hampson, Glasgow e Zeiss (1994), a percepção da doença como crónica e séria (identidade bem estabelecida e consequências significativas) e a crença na importância dos tratamentos influenciam a adesão destes pacientes ao tratamento médico e o recurso a comportamentos ou estratégias de auto-confronto com a doença. Segundo os mesmos autores, a percepção de uma maior intensidade da doença em termos de sintomatologia está associada, nos doentes com osteoartrose, a um maior recurso a estratégias de auto-confronto, a uma maior utilização dos serviços de saúde e a uma pior qualidade de vida, em termos de funcionalidade física, limitações e dor.

No que se reporta à artrite reumatóide, num estudo realizado por Pimm, Byron e Curson (1995) com noventa pacientes que apresentavam esta doença, verificou-se que as consequências da doença percepcionadas como mais salientes consistiam na dor, fadiga, dificuldades no sono, rigidez das articulações e perda da força.

Noutros dois estudos efectuados com pacientes com artrite reumatóide, verificou-se que os doentes referiam a dor, as limitações e a perda de independência como os aspectos da doença percepcionados como mais stressantes (van Lankveld, van't Pad Bosch, van de Putte, Naring, & der Steak, 1994).

Nos estudos dirigidos à atribuição de causalidade nos pacientes com artrite reumatóide, Affleck, Tennen, Pfeiffer e Fifield (1987b) revelaram que os pacientes com artrite reumatóide tendem a reportar um conjunto de causas para a sua doença (hereditariedade-34,7%; factor auto-imune-24,4%; comportamento do próprio-22,8%;

stress-22,8%), as quais não aparecem relacionadas com a capacidade funcional ou a adaptação psicológica à doença. Contudo, os pacientes que não são capazes de identificar nenhuma causa para a sua artrite reumatóide tendem a apresentar uma maior vulnerabilidade à doença bem como uma pior capacidade funcional e adaptação psicológica à doença.

Numa perspectiva interventiva da Psicologia da Doença, o profissional centra-se, assim, nas ideias ou significações que a pessoa tem acerca da sua doença, sintomas, causas e evolução, ainda que estas concepções não tenham validade do ponto de vista biomédico. Segundo Joyce-Moniz e Barros (2005), “quanto mais subjectivamente individualista e idiossincrático for o pensamento do doente, tanto mais o cuidador terá de se libertar das suas ideias para se abrir às do doente” que, por sua vez, podem ser influenciadas pela sua exposição aos conhecimentos mais biomédicos ou à fenomenologia e cultura popular.

A importância da centração nas significações subjectivas do doente baseia-se na evidência de que nem todas as ideias sobre a doença e os seus processos biomédicos concomitantes são adaptadas, independentemente das suas raízes populares ou biomédicas, motivo pelo qual a Psicologia da Doença se serve de metodologias que têm como propósito a activação no doente de significações mais adaptadas que, por sua vez, conduzam a comportamentos e emoções adaptadas (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

2.3.2. Hierarquias de significações de doença

Como psicologia dirigida às significações individuais do doente, a Psicologia da Doença pressupõe a existência de uma forma de arrumar conceptualmente e classificar operacionalmente essas significações (Joyce-Moniz & Barros, 2004). Sendo a maior parte dos modelos em Psicologia da Doença, modelos cognitivistas, assentam sobretudo no estabelecimento de uma hierarquia estrutural (Figura 7) que integra desde significações mais imediatas, superficiais, concretas da realidade e por isso mais explícitas (*e.g.*, sensações somáticas estranhas e/ou incómodas) até significações mais reflexivas, profundas e abstractas e implícitas (*e.g.*, atribuição de gravidade à doença, auto-atribuição de vulnerabilidade à doença) (Joyce-Moniz & Barros, 2004).

Para além disso, na maioria destes modelos cognitivistas, as significações são classificadas em termos deterministas, de dentro para fora ou do centro para a periferia, sendo que a intervenção está orientada por este determinismo. Deste modo, é necessário descobrir as significações mais profundas, ou regularizar as intermédias, para actuar sobre a desordem das crenças superficiais, e chegar assim ao comportamento adaptado. Noutros modelos ainda, as significações são classificadas de fora para dentro neste mesmo esquema de hierarquia estrutural (Joyce-Moniz & Barros, 2004).

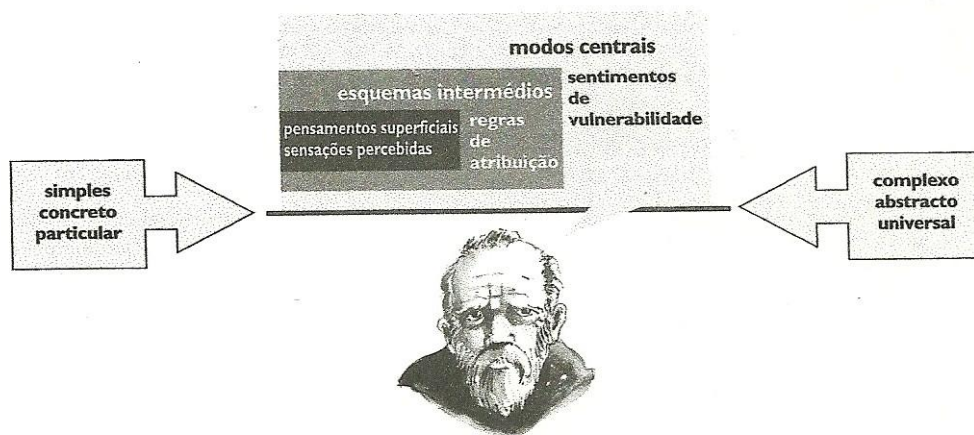


Figura 7. Hierarquia estrutural das significações. Retirado de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Porém, segundo Joyce-Moniz e Barros (2004), esta hierarquização determinística de estruturas de significação de dentro para fora ou de fora para dentro peca pela sua dialéctica num só sentido na medida em que, segundo estes autores, a dialéctica dos processos de doença não será só a do implícito que manda no explícito, ou vice-versa. Assim, contrariamente aos modelos cognitivistas, nos modelos desenvolvimentistas, as significações são classificadas em termos dialécticos de diferenciação e integração de significações, ou seja, pela ordem como foram adquiridas durante o desenvolvimento psicológico, e pela preponderância que exercem sobre outras significações na condução das vivências ou experiências do doente (Joyce-Moniz & Barros, 2004).

Deste modo, a mesma pessoa pode aceder ao longo do tempo do seu desenvolvimento a níveis diferentes de significação sobre a doença e os seus processos, de forma ordenada (1º, 2º, 3º, etc) e inclusiva (3º contém o 2º e o 1º, 2º contém o 1º), tal como se encontra representado na Figura 8. Isto é, a ordem de acesso aos diferentes

níveis de cada sequência de significação é invariável e imposta pelo desenvolvimento psicológico, pelo que ao longo deste, antes de chegar, por exemplo, ao *nível 5* de uma sequência de cinco níveis, a pessoa tem de passar por todos os níveis antecedentes, sem saltar etapas intermédias. Para além disso, doente que acede por exemplo ao último nível de significação de uma sequência de cinco poderá não só funcionar nesse nível mas igualmente nos quatro antecedentes. Por definição, só a pessoa que não ultrapassou o 1º nível é que está limitada à utilização desse nível (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

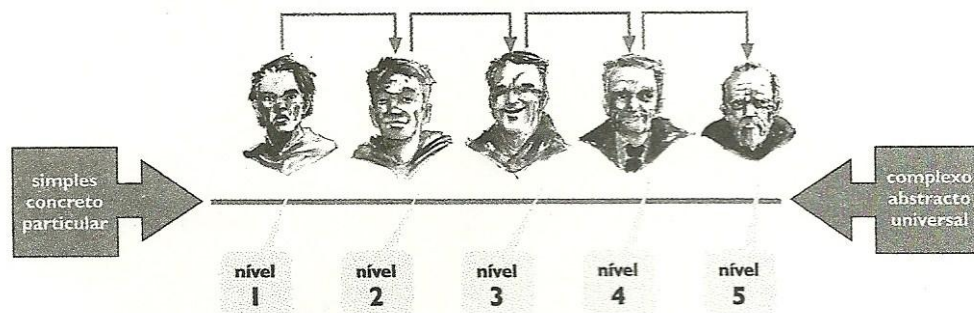


Figura 8. Representação ordenada e inclusiva dos cinco níveis de desenvolvimento das significações sobre a doença e os seus processos. Retirado de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Em termos metodológicos e ao contrário dos modelos cognitivistas referidos, segundo este modelo de ordenação e inclusão, o objectivo de aceder às significações mais abstractas ou de racionalizar os esquemas intermédios é substituído pelo de ajudar a pessoa, por um lado, a funcionar dentro do seu nível preponderante de significação e, por outro, a aceder a outros níveis adaptados, seguindo a ordenação da sequência (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

2.3.3. Modelo desenvolvimentista de Joyce-Moniz e Barros (2005)

O modelo de classificação de significações individuais de doença e dos seus processos de Joyce-Moniz e Barros (2005) assenta nos pressupostos desenvolvimentistas supracitados, sendo que os autores postulam várias hierarquias ou sequências de níveis de significação referentes a quatro dimensões do processo de doença:

1. *Conhecimento da realidade da doença*
2. *Adesão ao tratamento*
3. *Controlo de sintomas*
4. *Vivência da doença.*

O *conhecimento da realidade da doença* reporta-se à fase em que o doente suspeita da existência de uma doença (McHugh & Vallis, 1986, cit. por Joyce-Moniz & Barros, 2005) e que integra:

- a percepção e atenção a sinais sintomáticos novos e desconhecidos ou pouco habituais no seu organismo;
- a diferenciação e equiparação desses sinais a sintomas de doença por dedução própria ou por diagnóstico médico;
- a consciência da existência da doença;
- a atribuição de causas aos sintomas percebidos ou à doença identificada.

A dimensão da *adesão ao tratamento* integra:

- a avaliação da possibilidade de confronto da doença;
- a procura de recursos sendo o mais comum o recurso ao diagnóstico médico;
- a aceitação ou recusa do diagnóstico médico;
- a aceitação ou recusa da proposta de tratamento do médico.

Na dimensão do *controlo de sintomas* predominam as significações ou atribuições de controlabilidade vs vulnerabilidade incidindo sobre:

- os sintomas somáticos (*e.g.*, dor) e somatoformes;
- as disfunções que conduzem a perdas cognitivas, sensoriais e motoras;
- as emoções excessivas e/ou negativas que acompanham o processo;
- as prescrições médicas inerentes ao tratamento.

Neste sentido, a atribuição de controlabilidade enquanto significação sobre a aptidão de controlo sobre os processos acima descritos é, neste modelo, oposta dialecticamente à atribuição de vulnerabilidade (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

A dimensão da *vivência da doença* reporta-se ao modo como o doente experiencia e interpreta a vivência e evolução da doença, a qual pode consistir num processo comum, agudo, crónico ou terminal. Estes processos correspondem, geralmente, a modos diferenciados de experienciar e interpretar a vivência da doença (Joyce-Moniz & Barros, 2005) e apresentam-se descritos de seguida.

- Segundo Joyce-Moniz e Barros (2005), “o *processo comum* diz respeito às doenças que são relativamente frequentes e benignas, ou de menor gravidade, transitórias ou curáveis, como é o caso da constipação, gripe, sarampo, fractura de um osso, dente cariado, ferida profunda, indigestão e do inchaço devido a picada de insecto. Faz parte da condição comum a todos os indivíduos e das experiências existenciais de cada um. Embora possa afectar intelectual e emocionalmente a pessoa, e interferir com a sua vida relacional e profissional, e mesmo com a vida de familiares, amigos e colegas, não passa de uma pequena crise, que se espera ultrapassar sem consequências para o futuro, com mais ou menos esforço e paciência, ou mais ou menos negligência e despreocupação.”
- O *processo agudo* é igualmente transitório, com um tempo de sofrimento limitado, e normalmente de resolução ou cura completa, mas a gravidade dos sintomas e a complexidade dos tratamentos é maior do que no processo comum (*e.g.*, otite, apendicite, enfarte do miocárdio, cálculo renal, meningite). Em muitos casos, a vida da pessoa está em perigo e a situação é de emergência de confronto. A crise intelectual, emocional e/ou social pode ser consideravelmente maior, causando ansiedade, cólera ou disforia, e sentimentos de preocupação, desespero ou alienação, relativos à antecipação ou à experiência dos seus sintomas e tratamentos. Para além do sofrimento da sua vivência no aqui e agora, o processo agudo pode ter consequências negativas para o futuro, por vezes devastadoras, quer por debilitar as protecções e as funções biológicas e psicológicas da pessoa, tornando-a mais vulnerável a recaídas e à emergência de outras doenças, quer por a incapacitar para actividades e tarefas antes habituais ou ainda por transformar profundamente as suas significações de integridade e imagem (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

- O *processo crónico* (e.g., artrite, asma, cancro, diabetes) é permanente e irreversível (Strauss & Glaser, 1975, cit. por Joyce-Moniz & Barros, 2005) e pode apresentar várias formas de evolução: começo da sintomatologia intensa mas logo seguido de estabilização; começo e progressão negativa rápida ou lenta; ou com agravamentos episódicos e irregulares após longos períodos assintomáticos. A crise é mais extensiva do que a do processo agudo, afectando a qualidade de vida, a partir da sua emergência até ao fim da vida, confluindo a maioria das vezes num processo terminal. Está geralmente associada a uma crise de *identidade*, acarretando uma transformação de valores, normas e atitudes, à qual a pessoa pode responder com reacções emocionais de ansiedade, pânico, cólera e sobretudo depressão e com acções inadaptadas de evitamento, fuga, ambivalência, hesitação ou mesmo ideação paranóide e parassuicida (Joyce-Moniz & Barros, 2005).
- O *processo terminal* pode derivar do agravamento de um processo agudo ou de um processo crónico. Tal como o processo agudo, é transitório, mas com sintomas quase sempre mais graves e acumulados que dificultam o raciocínio, os sentidos, os movimentos, a alimentação, as funções respiratória, cardíaca, de eliminação, etc. Tal como o processo crónico, é irreversível, muitas vezes prolongando e exacerbando a sintomatologia desse processo, mas levando irremediavelmente à morte. As reacções emocionais negativas, as somatizações, conversões e dores podem também ser aumentativas e acompanhadas pelo medo da morte (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Conforme já referido, para cada uma das quatro dimensões do processo de doença apresentados, os autores apresentam hierarquias de níveis de significação, cada uma delas composta por uma sequência de cinco níveis de desenvolvimento (1, 2, 3, 4, e 5) das significações sobre doença ordenados desde o mais simples, concreto e/ou particular (*nível 1*) até ao mais complexo, abstracto e/ou universal (*nível 5*). Isto é, enquanto o *nível 1* comporta as significações mais simples, concretas e particulares, o *nível 5* representa as significações mais complexas, abstractas e universais. Concretamente, de acordo com o modelo desenvolvimentista dos autores, a pessoa doente age de acordo com as suas significações de doença, as quais podem ser representadas num *continuum* dialéctico entre concreto e abstracto, simples e complexo,

e singular e universal, consistindo estas as direcções do desenvolvimento psicológico adaptado representado pelos autores dos principais modelos de desenvolvimento sociocognitivo (ver Quadro A1 no Anexo A). A inquirição socrática¹ é, neste modelo, o principal procedimento conducente à avaliação dos níveis de significação do doente. Os conteúdos significativos dos níveis são identificados pelo avaliador através, sobretudo, das verbalizações do doente mas também das suas expressões faciais, gestos e movimentos (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Nos Quadros A2, A3, A4 e A5 (Anexo A), encontram-se representadas as temáticas das hierarquias de níveis de significação postuladas pelos autores para cada uma das quatro dimensões do processo de doença bem como as inquirições socráticas que podem suscitar no sujeito as significações referentes a essas hierarquias (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Estas hierarquias representam um componente central do modelo na medida em que para cada uma das quatro dimensões do processo de doença, os objectivos mais gerais da intervenção servem-se destas hierarquias de níveis de significação (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Assim, relativamente à dimensão do *conhecimento da realidade da doença*, são visados os seguintes objectivos representados no Quadro 1.

Quadro 1 – Objectivos da intervenção e respectivas hierarquias na dimensão do *conhecimento da realidade da doença* (Joyce-Moniz & Barros, 2005)

Objectivos	Hierarquias
• Diferenciação entre sinais e sintomas	➤ Possibilidade da existência da doença
• Coordenação inclusiva entre sintomas e doença	➤ Sintomas que justificam a existência da doença
• Centração circular de afirmação da realidade da doença (hipocondria)	➤ Procura de sintomas justificativos da existência da doença
• Diferenciação de causas e coordenação entre causas e doença	➤ Razões da vulnerabilidade à doença e da sua gravidade

No que se refere à dimensão da *adesão ao tratamento*, a intervenção visa os seguintes objectivos representados no Quadro 2.

Quadro 2 – Objectivos da intervenção e respectivas hierarquias na dimensão da *adesão ao tratamento* (Joyce-Moniz & Barros, 2005)

Objectivos	Hierarquias
• Diferenciação entre doença e confronto da doença	➤ Avaliação da possibilidade do confronto
• Aceitação (identificação) e recusa (inversão) do diagnóstico médico	➤ Razões da dificuldade em aceitar o diagnóstico
• Aceitação (identificação) e recusa (inversão) do tratamento proposto	➤ Condições para a adesão ao tratamento ➤ Características do relacionamento com o médico pretendido

Quanto à dimensão do *controlo de sintomas*, a intervenção visa os seguintes objectivos representados no Quadro 3.

Quadro 3 – Objectivos da intervenção e respectivas hierarquias na dimensão do *controlo de sintomas* (Joyce-Moniz & Barros, 2005)

Objectivos	Hierarquias
• Compensação do distúrbio por atribuição de controlo	➤ Alvos e condições de controlabilidade existencial (incluindo o controlo do corpo)
• Compensação da ansiedade e da depressão	➤ Razões da vulnerabilidade ansiogénia ➤ Razões da vulnerabilidade depressogénia
• Compensação de sintomas somáticos e somatoformes	➤ Processos alvo de somatização ➤ Ganhos ou vantagens determinantes de processos conversivos
• Compensação de processos de dor	

Relativamente à dimensão da *vivência da doença*, são visados os seguintes objectivos representados no Quadro 4.

Quadro 4 – Objectivos da intervenção e respectivas hierarquias na dimensão da *vivência da doença* (Joyce-Moniz & Barros, 2005)

Objectivos	Hierarquias
<ul style="list-style-type: none"> • Descentração por coordenação de perspectivas, flexibilidade e afirmação 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Compreensão pelo outro da perspectiva do próprio sobre o processo ➤ Compreensão pelo próprio da perspectiva do cuidador ➤ Modo de descrição dos sintomas ➤ Razões e atitudes de discordância com o cuidador (processo hipocondríaco)
<ul style="list-style-type: none"> • Compensação de dificuldades de adaptação a processos crónicos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evolução percebida da doença
<ul style="list-style-type: none"> • Compensação de dificuldades de adaptação a tratamentos aversivos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atitude do doente por si considerada correcta
<ul style="list-style-type: none"> • Compensação de dificuldades de adaptação a processos terminais 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação do cuidador pelo doente

Nos Quadros A6 a A23 (Anexo A) são apresentados os cinco níveis que constituem cada uma das hierarquias do modelo. A descrição dos níveis que integram as hierarquias incluídas no presente trabalho, nomeadamente, as hierarquias centradas nas condições para a adesão ao tratamento, nos processos alvo de somatização e na evolução percebida da doença, respectivamente, será efectuada no capítulo 4 referente ao estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença.

Importa salientar que o modo como o paciente usa os níveis das diversas hierarquias ou sistemas de significações não é necessariamente coerente, isto é, a pessoa que actua habitualmente num determinado nível não actuará sempre nesse nível,

podendo apresentar movimentos entre os níveis de significação expressos, designados por desfasamentos, os quais podem ser de dois tipos (Joyce-Moniz & Barros, 2005):

- Desfasamentos verticais – dizem respeito às mudanças de níveis numa sequência da mesma temática ou dimensão.
- Desfasamentos horizontais – dizem respeito à mobilidade da pessoa nas mudanças de níveis de sequências de temáticas ou dimensões diferentes, como as relativas ao conhecimento da realidade da doença, à adesão ao tratamento, ao controlo de sintomas e à vivência da doença.

Na intervenção clínica em Psicologia da Doença, são tidos em conta estes dois modos de desfasamento, embora o segundo seja mais frequentemente utilizado do que o primeiro. Na avaliação dos desfasamentos são igualmente importantes as situações mais comuns de uso concomitante ou alternado de níveis diferentes num dado período e/ou circunstância, como as situações menos habituais de regressão provisória da pessoa para um nível inferior ao predominante ou de avanço brusco para um nível superior ao que é utilizado mais frequentemente. Para além dos desfasamentos, deve considerar-se também a permanência invariável num mesmo nível de significação (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Deste modo, a proposta de intervenção dos autores do modelo (Joyce-Moniz & Barros, 2005) assenta substancialmente na identificação e, se necessário, na mudança destas permanências, avanços bruscos e na utilização concomitante ou alternada de níveis diferenciados de significações adaptadas.

Ainda no que se reporta à intervenção, os autores propõem metodologias oriundas de diferentes paradigmas (cognitivo, comportamental, fenomenológico e construtivista) para cada uma das quatro dimensões do processo de doença, as quais são adaptadas e operacionalizadas para cada um dos pacientes de acordo com a avaliação dos seus níveis de significação (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

No caso da presente investigação, as metodologias utilizadas basearam-se na sugestão e na auto-sugestão, conceitos que serão abordados de seguida.

2.4. Sugestão e auto-sugestão

Segundo Joyce-Moniz (2010) o conceito de sugestão pode ter um enquadramento mais proposicional (sugestão proposicional) ou mais influenciadora e impositiva (sugestão impositiva). A **sugestão proposicional** é entendida como “um veículo epistemológico para chegar a uma nova significação, ainda não pensada, ou pouco pensada”. No caso da **sugestão impositiva**, a ideia é apresentada para ser aceite e posta em prática.

Tanto num caso como no outro, com as metodologias baseadas na sugestão visa-se que as sugestões sejam aceites acriticamente pelos sujeitos, sem o recurso à racionalidade ou à lógica (Schumaker, 1991, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Cardena & Spiegel, 1991, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Brown *et al.*, 2001, cit. por Joyce-Moniz, 2010). Pretende-se pois a aceitação pela pessoa sugestionada da significação ou ideia como uma representação da realidade ou da verdade, na ausência de juízo crítico face às sugestões propostas (Joyce-Moniz, 2010).

A aceitação das sugestões pela pessoa sugestionada pode, no entanto, variar num *continuum* entre a **aceitação incondicional** das sugestões ou uma **aceitação utilitária** das sugestões (Joyce-Moniz, 2010), o qual se encontra representado na Figura 9.

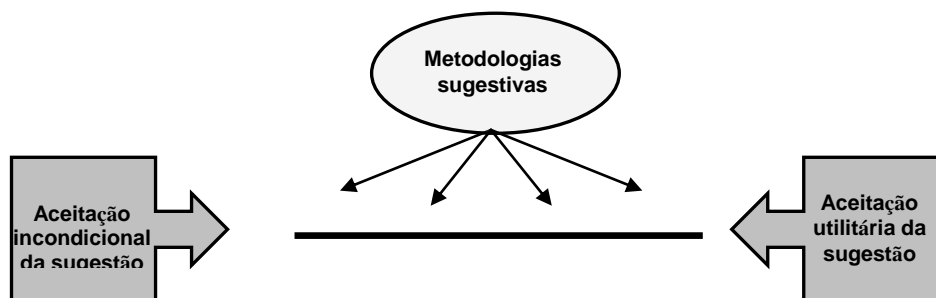


Figura 9. *Continuum* entre a aceitação incondicional das sugestões e a sua aceitação utilitária. Retirado de Joyce-Moniz (2010)

A aceitação incondicional implica que as significações sejam impostas e aceites sem condições e que qualquer argumento contrário não ponha em causa a convicção da pessoa sugestionada ou seja considerado como argumento inválido ou nulo. A aceitação incondicional situa-se, deste modo, no extremo oposto do positivismo, sustentando que

a verdade só pode emergir da fé, e não da racionalidade e/ou da evidência empírica (Joyce-Moniz, 2010).

A aceitação utilitária implica que as sugestões sejam aceites com base na sua utilidade ou benefício ainda que a pessoa saiba ou suspeite que elas possam não corresponder à realidade ou à verdade. Dito de outro modo, a aceitação das sugestões propostas, cuja verdade ou falsidade, não interessa esclarecer, depende dos seus efeitos práticos. Mesmo que aquelas sejam incorrectas, fundamentadas na incerteza ou sujeitas a contradição e revisão posteriores, são aceites porque servem esse propósito utilitário. Deste modo, na aceitação utilitária, os fins da metodologia justificam os meios (Joyce-Moniz, 2010).

A sugestão está ainda intimamente associada a outros conceitos que importa salientar: fé, relacionamento mítico, sugestibilidade, motivação, repetição, persuasão, auto-sugestão (Joyce-Moniz, 2010).

A **fé** não é mais do que a aceitação incondicional da sugestão. A significação de fé, implica, assim, uma aceitação de algo que não pode ser provado pela racionalidade factual, ou que se encontra fora dos parâmetros da evidência concreta ou empírica (Carrol, 2003, cit. por Joyce-Moniz, 2010).

Por sua vez, a fé do cliente nas significações sugeridas pelo terapeuta define o que se pode designar de **relacionamento mítico** (Joyce-Moniz, 2010), com as seguintes características:

- O cliente não se descentra, ou não se distancia, das significações/conhecimento do terapeuta, não conseguindo considerá-las por uma perspectiva própria;
- Dependência afectiva do cliente em relação ao terapeuta;
- Relacionamento de ambos em termos de acções de identificação e inversão/rejeição;
- O estatuto social e científico do terapeuta impressiona o cliente;
- Reacção do cliente à empatia, interesse e afecto expressos pelo terapeuta;
- O cliente depende das explicações e interpretações do terapeuta;
- Transferência de convicções, sentimentos e expectativas do terapeuta para o cliente, e deste para aquele;
- O terapeuta influencia ou motiva o cliente, por meio de sugestões não explícitas ou mesmo por meio de *sedução* relacional (manipulação afectiva).

A **sugestibilidade** refere-se à capacidade do sujeito *de se suggestionar ou deixar-se suggestionar* e é a condição necessária e suficiente para a aceitação incondicional da sugestão. No processo sugestivo a sugestibilidade deve funcionar em pleno, embora seja muito variável de pessoa para pessoa, ou mesmo de cultura para cultura particularmente no que se refere a sugestões colectivas (*e.g.*, envolvendo aparições, ameaças) (Joyce-Moniz, 2010).

Conforme mencionado, um outro conceito importante é o da **motivação**. Sem motivação não há sugestão. A pessoa decide submeter-se a um processo sugestivo ou a uma metodologia de sugestão porque está motivada para o fazer. Neste sentido, as intervenções clínicas baseadas na sugestão requerem que os clientes se sintam motivados para essa experiência (Joyce-Moniz, 2010).

Para além da motivação, as metodologias sugestivas implicam ainda a **repetição** do procedimento. Tal como se verificará adiante, a automonitorização reactiva, uma das metodologias sugestivas, assenta essencialmente na repetição da observação e do registo (Joyce-Moniz, 2010).

Segundo Joyce-Moniz (2010), a sugestão pode também ser entendida como um processo de **persuasão**. Assim, quanto melhor persuasor for o terapeuta, mais fácil se torna a tarefa de estabelecer um relacionamento mítico com o paciente.

De acordo com o autor, “como procedimento *influencial* e impositivo, a persuasão pode variar num *continuum* entre uma apresentação explícita, aberta e assertiva da significação, que visa o esclarecimento sem subterfúgios da pessoa que se pretende suggestionar, e uma apresentação manipuladora, dissimulada e desviada dessa significação, que visa a adesão da pessoa, sem compreensão das intenções do persuasor.” (Figura 10).



Figura 10. *Continuum* entre a persuasão explícita e a persuasão manipuladora. Retirado de Joyce-Moniz (2010)

A persuasão do sugestionador clínico pode ser comparada à retórica do tribuno. Para os gregos clássicos, a retórica era a arte da influência ou da persuasão. Através de uma emocionalidade oratória, pretendia-se não apenas entreter ou informar o auditório mas sobretudo convencê-lo e fazê-lo aderir convictamente às significações expressas. Assim, a retórica implicava que a persuasão do tribuno conduzisse à autopersuasão do auditor. Da mesma forma, em Psicologia Clínica, pretende-se que a sugestão (convencer o outro) do terapeuta se transforme em **auto-sugestão** (convencer-se a si próprio) do cliente, sendo que as mudanças cognitivas, emocionais ou comportamentais ocorridas no âmbito da intervenção resultam, em grande parte, deste processo auto-sugestivo (James, 1909, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Friedrich, 1990, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Rodis, 2001, cit. por Joyce-Moniz, 2010). Segundo Joyce-Moniz (2010), “a sugestão é contagiosa e a auto-sugestão viciosa. Quanto mais a pessoa se expõe à primeira mais cai na segunda.” Contudo, nem sempre as sugestões exteriores são convertidas ou transformadas em auto-sugestões sendo que, nesse caso, a utilidade dessas sugestões propostas pelo terapeuta pode ser questionada. Pode acontecer ainda que a sugestão transmitida por outrem não seja imediatamente aceite pela pessoa permanecendo em *stand by* até à sua aceitação e auto-sugestão posterior.

Importa referir também que a auto-sugestão não implica necessariamente a sugestão. A pessoa ao auto-sugestionar-se pode construir de forma autónoma as suas significações da realidade e da verdade, sem que tenham sido transmitidas por outrem. Isto é, as auto-sugestões não partem obrigatoriamente de sugestões exteriores, sendo que a pessoa pode convencer-se sem ser convencida pelos outros (Joyce-Moniz, 2010).

Tal como referido para os processos de sugestão, também no caso da auto-sugestão, a pessoa não recorre à racionalidade ou à evidência empírica para a análise da verdade ou da realidade (Joyce-Moniz, 2010).

As metodologias sugestivas e auto-sugestivas, nas quais se incluem a hipnose, a auto-hipnose, a meditação, a dramatização, a automonitorização (reactiva), o relaxamento e as metodologias de indução imagética, (*e.g.*, dessensibilização sistemática por imaginação, imaginação guiada, condicionamento por imaginação, focagem), situam-se num *continuum* compreendido entre um pólo em que há um domínio das sugestões veiculadas por outrem (*e.g.*, hipnose, imaginação guiada, condicionamento por imaginação, dessensibilização sistemática por imaginação, relaxamento por contracção/descontracção muscular) e um pólo em que há uma

preponderância das auto-sugestões sem serem, necessariamente, antecedidas pela exposição a sugestões apresentadas do exterior (*e.g.*, auto-hipnose, meditação, automonitorização reactiva) (Joyce-Moniz, 2010).

Não obstante a diversidade de metodologias baseadas na sugestão e auto-sugestão mencionadas, neste capítulo serão abordadas apenas a automonitorização e o relaxamento.

2.4.1. Automonitorização

De acordo com Joyce-Moniz (2010) a automonitorização distingue-se das restantes metodologias sugestivas e auto-sugestivas apresentadas na medida em que é a única que não implica a indução de um estado de consciência alterado, como na hipnose e na meditação, nem uma condição somática e/ou imagética diferenciada, como no relaxamento e nas metodologias imagéticas, nem uma experiência activa de uma ficção, como na dramatização.

Esta metodologia apresenta duas variantes, podendo ser utilizada como procedimento auto-sugestivo visando directamente a auto-sugestão (automonitorização reactiva) ou como procedimento de avaliação (automonitorização avaliativa) (Joyce-Moniz, 2010).

2.4.1.1. Automonitorização avaliativa

Sendo esta metodologia definida como “o acto de observar e registar sistematicamente aspectos do próprio comportamento, e eventos internos e externos, considerados funcionalmente em relação com esse comportamento” (Bornstein, Hamilton, & Bornstein, 1986), envolve dois componentes: o da auto-observação e o do registo.

A auto-observação consiste na observação estruturada, ou sistematizada, pela pessoa, de aspectos dela própria (comportamentos, emoções e/ou pensamentos) (Baird & Nelson-Gray, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010), sendo que esta observação pode ser

acompanhada de elementos exteriores, como as circunstâncias físicas, sociais ou relacionais em que esses elementos pessoais são observados.

O registo segue-se à observação e é efectuado geralmente sob a forma escrita podendo, no entanto, recorrer a outro tipo de instrumentos (*e.g.*, electrónicos). Implica a memorização da informação antes observada, sendo que quanto menor o tempo decorrido entre a auto-observação e o registo, menor o esforço mnemónico e maior a atenção disponível para novas observações do(s) elemento(s) alvo(s) (Joyce-Moniz, 2010).

A automonitorização pode designar-se de quantitativa no caso de incidir sobre aspectos quantitativos dos elementos de subjectividade (*e.g.*, grau de intensidade, duração, controlabilidade, frequência) e de qualitativa quando incide nas características ou nos atributos desses elementos (*e.g.*, sintomas, problemas). Pode ainda incidir sobre vários elementos subjectivos relacionados entre si, como o estado físico, as emoções e os pensamentos percebidos quando o comportamento ocorre. É pois, uma das raras metodologias que possibilita uma *objectivação quantitativa e qualitativa do subjectivo* (Joyce-Moniz, 2010), para além de permitir discriminar com uma maior precisão a ocorrência dos elementos alvo comparativamente aos instrumentos de auto-avaliação vagos e à observação casual (Kanfer, 1970; Kanfer & Karoly, 1972; Kanfer & Phillips, 1970).

No que se reporta aos objectivos visados com a automonitorização enquanto procedimento de avaliação, salientam-se os seguintes (Joyce-Moniz, 2010):

- aumentar a consciência da pessoa da ocorrência dos elementos sob observação e prejudiciais visando a obtenção de informação sobre eles e a predisposição da pessoa para os eliminar ou reduzir o seu número, frequência, duração e/ou intensidade;
- aumentar a consciência da pessoa de aspectos positivos, que valorizam a auto-estima ou contradizem o pessimismo;
- aumentar a consciência da pessoa relativamente a comportamentos privados, que são pouco notados pelos outros e/ou pela própria pessoa ou que esta se habituou a mantê-los escondidos.

Para além dos objectivos visados enquanto metodologia avaliadora principal, a automonitorização pode ser utilizada como instrumento de avaliação complementar de

outras metodologias, podendo neste caso ser aplicada em todas as fases da intervenção, nomeadamente para:

- a) traçar uma condição clínica de base, um *baseline*, a partir do qual é definido um plano de intervenção (Wilson & Vitousek, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010);
- b) clarificar um diagnóstico baseado noutros procedimentos menos sistematizados, e/ou decidir quais os elementos a objectivar na intervenção;
- c) acompanhar a evolução do tratamento através da monitorização dos seus resultados (Barton *et al.*, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Shapiro & Cole, 1993);
- d) informar sobre a manutenção desses resultados depois da intervenção (Barton *et al.*, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010).

Apesar das diversas aplicações desta metodologia, importa referir que a automonitorização, enquanto procedimento avaliativo, apresenta dois inconvenientes (Joyce-Moniz, 2010).

Em primeiro lugar requer motivação, organização, esforço atencional sustido, paciência, perseverança e outras capacidades, que podem ser insuficientes em muitos pacientes pondo em causa a adesão e a conformidade ao procedimento. Este problema reflecte-se mais no caso da automonitorização qualitativa dada a sua maior complexidade comparativamente à automonitorização quantitativa e pode ser amenizado através das seguintes formas:

a) definição e implementação cuidadas dos parâmetros operacionais definidos por Cone (1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010), nomeadamente: o(s) elemento(s) a monitorizar; quando, durante quanto tempo e com que frequência; como é que o registo deve ser feito; a inclusão ou não de elementos ou indícios para ajudar a discriminar o alvo da observação e de meios para suscitar a precisão e/ou adesão ao procedimento;

b) treino preliminar da utilização da metodologia (Barton *et al.*, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010);

c) estabelecimento de um *contrato* de cumprimento da metodologia entre o cliente e o terapeuta (Kanfer *et al.*, 1974, cit. por Joyce-Moniz, 2010);

d) supervisão do procedimento por meio do contacto regular pelo telefone (Christensen *et al.*, 1980, cit. por Joyce-Moniz, 2010) ou através da solicitação do envio dos registos pelo correio (Harmon *et al.*, 1980, cit. por Joyce-Moniz, 2010).

O outro inconveniente é o de que a fiabilidade, validade e precisão da automonitorização são questionados através do argumento de que a pessoa não quer ou não é capaz de observar-se com exactidão e imparcialidade, levando a que os dados automonitorizados sejam distorcidos ou falseados e pouco representativos da realidade. Estes problemas agravam-se com o tempo decorrido entre a observação do elemento e o seu registo (Barnaby *et al.*, 2004, cit. por Joyce-Moniz, 2010) e com a incidência sobre as respostas verbais por comparação com os comportamentos instrumentais. A informação do paciente sobre a importância da precisão da automonitorização para o resultado da intervenção é, segundo Craske e Tsao (1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010), uma forma de diminuir os problemas da fiabilidade, validade e precisão desta metodologia avaliativa.

2.4.1.2. Automonitorização reactiva

A automonitorização na sua modalidade reactiva baseia-se no pressuposto de que os comportamentos ou os processos somáticos e/ou somatoformes observados e registados pelo próprio são susceptíveis de serem modificados por essa monitorização no sentido desejado (Joyce-Moniz & Barros, 2005; Kazdin, 1974; Korotitsch & Nelson-Gray, 1999).

As seguintes asserções caracterizam a automonitorização na sua vertente auto-sugestiva (Brodén, Hall, & Mitts, 1971; Fixsen, Phillips, & Wolf, 1972; Herbert & Bear, 1972; Kazdin, 1974, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Thoresen & Mahoney, 1974, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Nelson *et al.*, 1975, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Ciminero *et al.*, 1977, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Nelson & Hayes, 1981, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Marshall, Lloyd, & Hallahan, 1993, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Korotitsch & Nelson-Gray, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Lipinski, Black, Nelson, & Ciminero, 1975; Nelson, Boykin, & Hayes, 1982; Powell & Azrin, 1968; Sieck & McFall, 1976):

- Quando se observa ou regista, a pessoa tende a alterar a informação quantitativa e qualitativa percebida, pelo que a automonitorização tanto pode ser usada para a obtenção de dados considerados precisos, ou relativamente precisos, como de dados que se sabem distorcidos;
- Os efeitos reactivos da automonitorização incidem sobre as suas variantes quantitativa e qualitativa, objectivista ou subjectivista;
- Os efeitos reactivos da automonitorização são semelhantes aos da monitorização externa, quando o sujeito sabe que está a ser observado;
- Os efeitos reactivos não aumentam proporcionalmente à diminuição da precisão avaliativa, sendo a sua interdependência ainda uma incógnita;
- Tal como para outras metodologias, na automonitorização reactiva o que habitualmente se visa é o aumento da frequência, da duração, da intensidade, da extensibilidade, etc, dos elementos psicológicos considerados positivos ou adaptados e a diminuição dessas variáveis no que respeita aos elementos negativos e sintomáticos/problemáticos;
- A fiabilidade da mudança provocada pela automonitorização reactiva poderá ser maior do que a fiabilidade dos dados da automonitorização avaliativa;
- Não se pode concluir ainda nada sobre a duração dos resultados da intervenção reactiva mas é possível que tendam a não perdurar (total ou parcialmente), depois de terminada a automonitorização;
- A mudança tende a ser relativamente pequena ou de pouca amplitude, pelo que os resultados vão aparecendo intervaladamente sob a forma de pequenos ganhos, ou de modo progressivo, acumulativo e lento;
- A mudança tende a ser menor quando a monitorização implica acções verbais, comparativamente à de acções motoras;
- A reactividade depende da motivação da pessoa para a automonitorização, da natureza específica do(s) elemento(s)-alvo e da valência a ele(s) associada (*i.e.*, em que medida o sujeito atribui uma conotação positiva ou negativa);
- A reactividade varia largamente de pessoa para pessoa, sendo que pacientes com idade semelhante, a mesma perturbação e/ou idêntico modo de automonitorização apresentam, em geral, benefícios clínicos diferentes.

Tratando-se de um procedimento que envolve a auto-observação e o registo dos elementos alvo, importa quedar-nos nos parâmetros relativos à objectivação dos elementos alvo e à forma de amostragem, de iniciação, de acompanhamento bem como ao momento e forma de registo.

No que respeita à **objectivação dos elementos alvo**, sabe-se que no início do procedimento, o número de elementos alvo sob monitorização deve ser reduzido, procedendo-se depois a um aumento gradual (Baird & Nelson-Gray, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010). Por exemplo, num estudo efectuado com estudantes universitários Hayes e Cavior (1977) compararam os efeitos da reactividade quando os participantes monitorizaram um, dois ou três comportamentos e verificaram que a reactividade foi significativamente maior na automonitorização de apenas um comportamento em comparação com a automonitorização de múltiplos comportamentos. Contudo, nalguns casos, a combinação de elementos conduzem a melhores resultados (*e.g.*, Romanczyk, 1974, cit. por Joyce-Moniz, 2010).

Relativamente à **forma de amostragem**, podem referir-se a amostragem *por evento*, *por intervalo* e a amostragem *momentânea*. Na amostragem *por evento*, o cliente observa e regista todas as ocorrências do elemento-alvo (Nelson *et al.*, 1975, cit. por Joyce-Moniz, 2010). Na amostragem *por intervalo*, o cliente observa e regista as ocorrências do(s) elemento(s) durante um ou mais períodos preestabelecidos (*e.g.*, Hayes & Cavior, 1980, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Craske & Tsao, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010). Na amostragem *momentânea*, a pessoa só inicia a automonitorização quando lhe é assinalado [*e.g.*, “*Observe e registe agora*”, “*Registe agora o que observou há dez minutos*” (Buse & Pawlik, 1996, cit. por Joyce-Moniz, 2010)].

No que se reporta à **forma de iniciação** da metodologia, este deve incluir uma didáctica explícita bem como um treino prévio do procedimento (Thoresen & Mahoney, 1974, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Nelson, 1977, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Bornstein *et al.*, 1986, cit. por Joyce-Moniz, 2010), durante o qual se procede: a) à modelagem, pelo terapeuta, do procedimento; b) à repetição, pelo cliente, das acções modeladas e das instruções recebidas; c) à definição cuidadosa do(s) elemento(s)-alvo e das condições de observação e registo.

Relativamente à **forma de acompanhamento**, sabe-se que o reforço ou o incentivo do terapeuta consequente à monitorização (*e.g.*, Kazdin, 1974, cit. por Joyce-

Moniz, 2010; Nelson, 1977, cit. por Joyce-Moniz, 2010) e a análise conjunta dos resultados uma vez por semana (Kolb *et al.*, 1968, cit. por Joyce-Moniz, 2010), conduzem a um aumento da adesão e da eficácia da intervenção.

No que diz respeito ao **momento do registo**, pouco se sabe sobre as consequências de aumentar ou diminuir o intervalo entre a observação e o registo (Thackwray *et al.*, 1993, cit. por Joyce-Moniz, 2010) mas sabe-se que a reactividade aumenta significativamente quando o registo precede a ocorrência do(s) elemento(s) alvo (Kanfer, 1970, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Korotitsch & Nelson-Gray, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010) ou quando interrompe ou perturba as rotinas quotidianas (Craske & Tsao, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010).

Quanto à **forma de registo**, para além do registo com recurso ao papel-e-lápis (*e.g.*, Hurlburt, 1997; Wilson & Vitousek, 1999), o qual pode apresentar diversos formatos variando no seu grau de estruturação (*e.g.*, diários, checklists), o cliente pode recorrer também a instrumentos de registo electrónicos por contagem (Ciminero *et al.*, 1977, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Barton *et al.*, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010), instrumentos para registo de indicadores biológicos funcionais e químicos (*e.g.*, tensão arterial, batimento cardíaco, glicose) (Foster *et al.*, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010) ou mesmo ao computador (*e.g.*, Hermann, Peters, & Blanchard, 1995; Hank & Schwenkmezzer, 1996, cit. por Joyce-Moniz, 2010).

Contudo, a utilização de escalas subjectivas e de registos metafóricos por meio dos termómetros subjectivos ou das balanças subjectivas tem sido amplamente preconizada em Psicologia da Doença (Joyce-Moniz & Barros, 2005) e foram incluídas no presente trabalho.

a) Escalas subjectivas

As escalas subjectivas, compreendidas desde um mínimo (*e.g.*, nenhuma dor) até um máximo (*e.g.*, dor insuportável), visam a objectivação, em termos quantitativos, de elementos subjectivos como o grau de intensidade de uma sensação física (*e.g.*, dor) ou de um sentimento (*e.g.*, ansiedade), ou de controlabilidade de um impulso ou uma acção compulsiva (Joyce-Moniz, 2010).

Seguem-se alguns exemplos de escalas subjectivas mais frequentemente utilizadas:

1. Escala de Estimativa Numérica (*Numeric Rating Scale – NRS*)
2. Escala Visual Analógica (*Visual Analogue Scale – VAS*)
3. Escala de Categorias Visuais (*Visual Rating Scales – VRS*)
4. Termómetro subjectivo

1. Escala de Estimativa Numérica (*Numeric Rating Scale – NRS*)

Esta escala (Figura 11), é compreendida de 0 a 10 ou de 0 a 5 categorias, sendo que o 0 representa o mínimo do elemento alvo (e.g., *nenhuma dor*) e o 5 ou 10 indicam o seu máximo (e.g., *a pior dor imaginável*) (Scopel, Alencar & Cruz, 2007).



Figura 11. Escala de Estimativa Numérica, de 0 a 10, para avaliação da dor

2. Escala Visual Analógica (*Visual Analogue Scale – VAS*)

A Escala Visual Analógica (Figura 12) consiste numa linha de dez centímetros em que uma das extremidades representa o mínimo do elemento alvo e a outra extremidade indica o seu máximo (Scopel, Alencar & Cruz, 2007).



Figura 12. Escala Visual Analógica para avaliação da dor

3. Escala de Categorias Visuais (*Visual Rating Scale – VRS*)

Nas escalas de Categorias Visuais (Figura 13) são utilizados descritores visuais (e.g., Escala Facial de Dor – *Face Pain Scale – FPS*) para avaliação do elemento alvo (Scopel, Alencar & Cruz, 2007).



Figura 13. Escala Facial de Dor

4. Termómetro subjectivo

Enquanto metáfora do aparelho objectivo para medir a temperatura corporal, o termómetro subjectivo (Figura 14) consiste num tipo particular de escala subjectiva que serve o propósito de quantificar sensações e emoções subjectivas (e.g., dor, esforço físico, ansiedade) ou atribuições complexas e abstractas (e.g., vulnerabilidade à doença, controlabilidade da doença), num *continuum* compreendido desde um mínimo (e.g., ausência da sensação, emoção ou atribuição) até um máximo (e.g., dor insuportável, pânico, impacto total da doença, estereótipo da pessoa completamente vulnerável) (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Exemplo de tarefa:

Medir no termómetro a força/eficácia das minhas acções concretas de confronto/controlo dos sintomas da doença.

(retirado de Joyce-Moniz & Barros, 2005)



Figura 14. Termómetro subjectivo para avaliação da auto-eficácia do sujeito no confronto/controlo dos sintomas da doença. Retirado de Joyce-Moniz e Barros (2005)

b) Balanças subjectivas

A balança subjectiva (Figura 15) consiste num *continuum* dialéctico entre duas atribuições (*e.g.*, vulnerabilidade vs controlabilidade) e envolve uma antecipação ou um juízo retroactivo dessas duas atribuições em equilibração balanceada uma em relação à outra. As duas atribuições são, assim, apresentadas de forma dialecticamente oposta na balança subjectiva para a pessoa reflectir simultânea e dialecticamente sobre as duas, o que pressupõe a seguinte avaliação qualitativa: a atribuição negativa (*e.g.*, “Sentir-me vulnerável à doença”) pesa mais, menos ou o mesmo que a atribuição positiva (*e.g.*, “Sentir-me em controlo do seu processo?”)? A atribuição negativa é, deste modo, avaliada em função da sua contrária, e vice-versa (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Exemplo de tarefa:

Medir na balança a força/eficácia das minhas acções concretas de controlo da doença (*e.g.*, recorrer a vários especialistas, para comparar os respectivos diagnósticos assim como as propostas de tratamento, e poder escolher), tendo em vista as condições concretas que demonstram a minha vulnerabilidade (*e.g.*, a prevalência da doença na minha família; a impossibilidade financeira de recorrer a vários especialistas; a angústia que me provoca a doença; a incapacidade de me submeter a tais tratamentos; o meu descontrolo em tais circunstâncias).

(retirado de Joyce-Moniz & Barros, 2005)

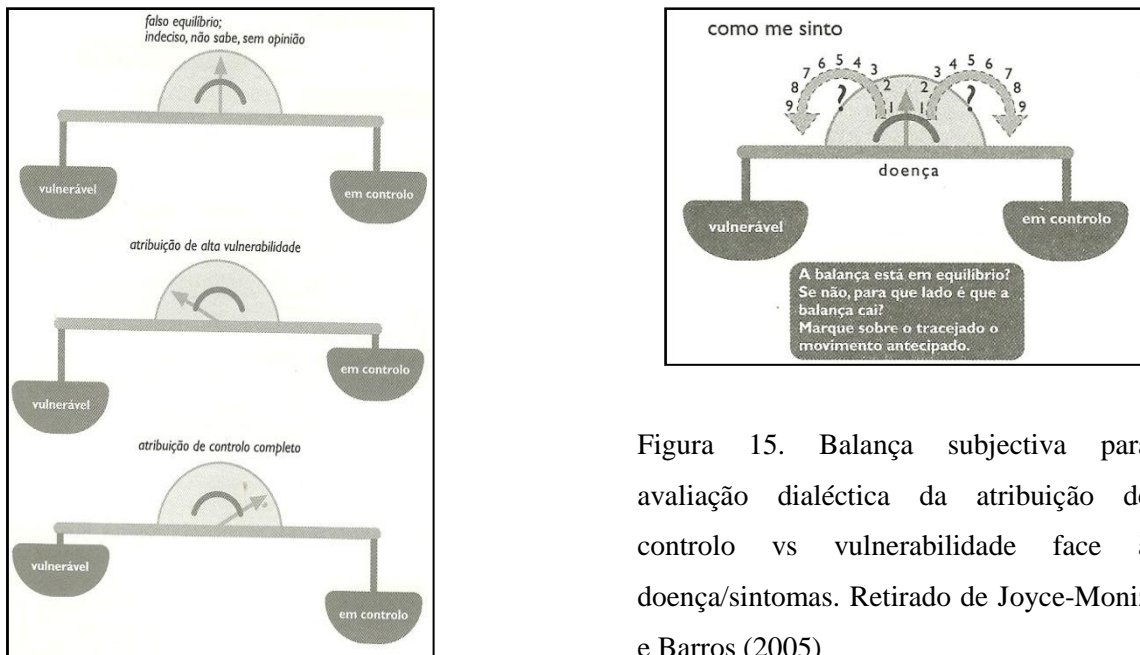


Figura 15. Balança subjectiva para avaliação dialéctica da atribuição de controlo vs vulnerabilidade face à doença/sintomas. Retirado de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Tal como referido para a automonitorização avaliativa, também no caso da automonitorização reactiva, podem ser apontados alguns inconvenientes:

- Na medida em que implica esforço, atenção, paciência e persistência, requer clientes motivados para a utilização da metodologia, pelo que as estratégias descritas para a automonitorização avaliativa são também válidas para assegurar a adesão à automonitorização no seu modo reactivo (Joyce-Moniz, 2010);
- Uma monitorização demasiado exigente e/ou monótona pode levar ao aborrecimento e cansaço do cliente e, assim, diminuir a reactividade do procedimento (Kazdin, 1974, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Thoresen & Mahoney, 1974, cit. por Joyce-Moniz, 2010);
- A adesão e conformidade ao procedimento é dificultada quando não é definido um princípio e/ou um fim claro para o processo (Thoresen & Mahoney, 1974, cit. por Joyce-Moniz, 2010).

2.4.2. Relaxamento

O relaxamento é a metodologia que melhor se integra nas restantes metodologias auto-sugestivas, podendo ser usada como meio ou como fim. Neste sentido, tanto pode ser utilizada na indução dos estados ou condições visados na hipnose e na meditação como pode constituir o objectivo último dos processos de hipnose e meditação (Joyce-Moniz, 2010).

Consiste num conjunto de exercícios que visa a substituição das sensações somato-emocionais da tensão física e psicológica² por sensações somáticas agradáveis para a pessoa. Segundo Hanson e Gerber (1990, cit. por Gomes, 2007), a tensão é uma reacção natural e adaptativa que decorre de uma activação do corpo face a uma situação percebida pelo indivíduo como perigo. Nesta óptica, a tensão em si mesmo não constitui um problema e permite ao indivíduo reagir adequadamente às situações. Contudo, a tensão excessiva que decorre de situações em que a ansiedade sentida excede as necessidades de confronto traduz-se em consequências fisiológicas, cognitivas e emocionais com repercussões negativas na percepção de dor e outras sensações somáticas aversivas, potenciando o sentimento de vulnerabilidade da pessoa.

O recurso a esta metodologia permite, assim, quebrar o ciclo de tensão geradora de dor e/ou outros sintomas aversivos de forma a diminuir não só a tensão física e/ou psicológica mas também a dor e os outros sintomas a ela associados (öst, 1987).

De acordo com Huyser e Parker (2002) o relaxamento apresenta ainda outros efeitos benéficos, nomeadamente uma melhoria no sono.

Pretende-se pois que o relaxamento seja utilizado como uma estratégia de confronto para ser aplicado não em contexto de consultório mas sobretudo nas diversas situações do dia-a-dia do doente (Linton, 1995).

Segundo Joyce-Moniz (2010), esta metodologia apresenta a vantagem relativamente a outras de ser aquela que mais facilmente se transfere do treino efectuado no consultório para o quotidiano do cliente dado que consiste numa aptidão que se aprende e pratica.

Neste sentido, o relaxamento é, geralmente, apresentado e treinado na sessão durante a qual o profissional de saúde conduz inicialmente o procedimento com o sujeito de forma a assegurar a sua compreensão das instruções e condições de utilização. Durante este treino, a supervisão e o feedback fornecidos pelo clínico são muito

importantes (Keefe & Caldwell, 1996). Posteriormente, o relaxamento é realizado pelo sujeito de forma autónoma no local que lhe for mais conveniente, recorrendo às instruções de relaxamento memorizadas, ou a gravações de voz (do próprio ou do profissional de saúde) desse procedimento (Gomes, 2007).

Existem diversas formas de relaxamento (*e.g.*, relaxamento por respiração, por contracção/descontracção muscular, por *letting go*, treino autogénico), as quais variam ao longo de um *continuum* que compreende desde os procedimentos para manter a imobilidade completa aos de grande actividade muscular continuada (Joyce-Moniz, 2010).

Contudo, neste capítulo serão abordados apenas o relaxamento por contracção/descontracção muscular e o treino autogénico, na medida em que foram estas as formas de relaxamento utilizadas no presente trabalho.

2.4.2.1. Relaxamento por contracção/descontracção muscular

O relaxamento por contracção/descontracção muscular é o mais conhecido e utilizado dos procedimentos de relaxamento (*e.g.*, McGuigan & Lehrer, 2007, cit. por Joyce-Moniz, 2010).

Consiste numa sequência de exercícios em que o sujeito aprende a contrair e a descontraír, em sequência, um conjunto de grupos musculares ao mesmo tempo que dirige a sua atenção para as sensações associadas à contracção e descontração muscular (ver Anexo B). Importa referir que diferentes autores preconizam diferentes sequências de grupos musculares, variando no número de grupos de músculos incluídos no treino (ver Anexo C) (Joyce-Moniz, 2010).

Esta forma de relaxamento é apresentada ao sujeito como uma aptidão motora de confronto que se aprende e se treina como qualquer outra aptidão (*e.g.*, nadar, andar de bicicleta, jogar à bola), aumentando, deste modo, o interesse e a adesão ao procedimento. O sujeito deve, assim, ser motivado para fazer o melhor possível durante o treino mas deve ser avisado de que esta metodologia pode requerer algum tempo de prática para atingir os resultados pretendidos (Joyce-Moniz, 2010).

As sugestões veiculadas durante o treino são sobretudo somatoformes, isto é, centradas na atenção da pessoa para as sensações de contracção e descontração

muscular e distinguem-se das hipnóticas na medida em que não visam convencer a pessoa de que está a sentir sensações somatoformes mais intensas ou profundas do que aquelas que, de facto, está a sentir (Joyce-Moniz, 2010).

2.4.2.2. Treino autogénico

A fundamentação teórica do Treino Autogénico assenta tanto numa psicopatologia da ansiedade com base fisiológica (*i.e.*, envolvendo sobretudo o sistema nervoso parassimpático) como numa formulação dinâmica, segundo a qual é atribuída ao inconsciente um poder causal negativo sobre os estados de consciência. Da primeira resulta a sua utilização como metodologia psicofisiológica destinada a induzir alterações no sistema nervoso parassimpático de modo a modificar ou regular as funções hormonais, digestivas, respiratórias, da tensão arterial, entre outras, e, assim, obter benefícios psicológicos (*e.g.*, diminuição da ansiedade excessiva) e somatoformes (*e.g.*, modificação da somatização da dor). Da segunda, resulta a utilização de autoverbalizações sugestivas que conduzem a um estado de *autodescontração concentrativa*, bem-estar físico e espiritual (Joyce-Moniz, 2010).

Neste sentido, o treino compreende três tipos de indução sugestiva: a) exercícios imagéticos de transformação de sensações somáticas e de indução de estados de relaxamento ou conhecimento (ver Anexo D); b) repetição de auto-sugestões de transformações directas de sensações e afectos (ver Anexo E); c) repetição de injunções de pensamento positivo (ver Anexo F) (Joyce-Moniz, 2010).

Esta forma de relaxamento recorre, portanto, à indução imagética na medida em que para além da centração da atenção nas sensações somáticas, pretende-se também que a pessoa dirija a sua atenção para imagens mentais. Assim, esta metodologia pressupõe que uma representação mental suficientemente retida no fluxo do pensamento, ou uma acção de concentração, provoca um movimento orgânico perceptível, embora inconsciente ou automático. Por exemplo, para obter uma descontração de um grupo muscular do braço, a pessoa pode concentrar-se profundamente na imagem desse braço em estado de relaxamento. Na medida em que a descontração desse grupo manifesta-se na sensação de que o braço está (mais) pesado, então durante o treino, o cliente é incentivado a concentrar-se na ideia “O braço está

mais pesado” para levar à sensação subjectiva de peso e a uma descontração muscular perceptível (Joyce-Moniz, 2010).

Tal como no relaxamento por contração/descontração muscular, o treino autogénico dirige-se também às sensações de tensão/contração, as quais são produzidas através da activação funcional e sensorial (Joyce-Moniz, 2010).

2.4.3. Aplicações clínicas da sugestão e da auto-sugestão

Pensa-se que a utilização dos procedimentos de sugestão remonta ao 3º século a.C. (Aronson, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010) e se associam às práticas iniciáticas primitivas, muito antes de o Homem se preocupar em distinguir a realidade da irrealidade e a proposição da imposição.

Curandeiros e terapeutas da cura pela fé recorriam aos processos sugestivos e auto-sugestivos, obtendo resultados clínicos surpreendentes, descritos por Joyce-Moniz (2010) como “mudanças no soma (somatoformes) que nenhuma medicina *científica* ousaria esperar, e/ou transformações psicológicas que nenhuma psicoterapia *académica* visaria.”

No que diz respeito à formalização clínica destas práticas sugestivas e auto-sugestivas, a hipnose foi pioneira e passados dois séculos ainda continua a suscitar o mesmo interesse. As restantes metodologias, nomeadamente, o relaxamento, a imagética, a dramatização, a automonitorização reactiva, a meditação formalizaram-se posteriormente (Joyce-Moniz, 2010).

Particularmente no que se refere ao relaxamento, o seu primeiro treino formal foi concebido, para diminuir ou eliminar a ansiedade excessiva, por meio da prática ordenada e sistemática de contração e descontração de vários grupos musculares visando um estado de calma e relaxação incompatível com o de ansiedade, depois da constatação de Edmund Jacobson (1938, cit. por Joyce-Moniz, 2010) de que a tensão associada ao esforço, que implica a contração muscular, era reportada pelas pessoas que apresentavam sintomas de ansiedade na ausência de qualquer actividade que justificasse tal tensão.

Relativamente à automonitorização, nos anos 60 e 70, esta metodologia começou por ser incluída nas psicoterapias comportamentais, mais especificamente com

o propósito de proceder à análise funcional do comportamento em termos de antecedentes e consequentes do condicionamento (Borsntein *et al.*, 1986, cit. por Joyce-Moniz, 2010).

Desde a sua formalização, as metodologias sugestivas e auto-sugestivas têm continuado a ser utilizadas e enquadradas por modelos diversos (*e.g.*, psicodinâmicas, fenomenológicas, behavioristas, racionalistas, transcendentais, parapsicológicas) como metodologia principal ou como metodologia coadjuvante de outras metodologias principais integradas nesses modelos e têm revelado níveis de eficácia semelhantes aos de outras metodologias utilizadas em Psicologia Clínica e Psicologia da Doença (Joyce-Moniz, 2010).

Particularmente no que respeita ao relaxamento por contracção e descontração muscular, desde a sua divulgação que este procedimento tem sido amplamente utilizado como metodologia única nos mais variados contextos clínicos: controlo dos problemas ansiogénicos (Joyce-Moniz & Barros, 2005) associados a distúrbios psicopatológicos (*e.g.*, ansiedade generalizada, claustrofobia) ou a doenças físicas (*e.g.*, asma, hipertensão arterial, arritmia ventricular, enfarte do miocárdio, cancro, cólon irritável); confronto ou controlo da dor (Turk, 1978, cit. por Joyce-Moniz, 2010) por exemplo, em obstetrícia ou na preparação para o parto (*e.g.*, Lamaze, 1958, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Delloiagono *et al.*, 2002, cit. por Joyce-Moniz, 2010), nas dores do cancro (Sloman *et al.*, 1994, cit. por Joyce-Moniz, 2010) ou da pós-cirurgia (Cheung *et al.*, 2001, cit. por Joyce-Moniz, 2010); confronto de outros sintomas, como a náusea e o vómito (*e.g.*, Molassiotis, 2000, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Carvalho *et al.*, 2007, cit. por Joyce-Moniz, 2010), as convulsões da epilepsia (Puskarich, 1990, cit. por Joyce-Moniz, 2010), a reactividade à glucose nos diabéticos (Van Dorsten, 1990, cit. por Joyce-Moniz, 2010), e sintomas vários da doença de Alzheimer (Suhr *et al.*, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010).

Conforme mencionado, o relaxamento por contracção/descontração muscular tem sido também frequentemente associado a outras metodologias (*e.g.*, meditação, auto-hipnose, intervenções de orientação cognitiva) no confronto do stress (Anshel, 1995, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Rausch *et al.*, 2006, cit. por Joyce-Moniz, 2010), da ansiedade no distúrbio de pânico (Michelson *et al.*, 1990, cit. por Joyce-Moniz, 2010) e na agorafobia (Bados López, 1997, cit. por Joyce-Moniz, 2010), assim como no

controlo da dor lombar (Turner, 1982, cit. por Joyce-Moniz, 2010) e da dor associada à depressão (Boyle & Ciccone, 1994, cit. por Joyce-Moniz, 2010).

Da mesma forma que o relaxamento por contracção/descontracção, o treino autogénico tem sido utilizado como metodologia única e como procedimento coadjuvante em diversos contextos clínicos. Como metodologia única, salienta-se a sua utilização nos distúrbios de ansiedade (Kanji *et al.*, 2006, cit. por Joyce-Moniz, 2010) como a agorafobia (Ota *et al.*, 2007, cit. por Joyce-Moniz, 2010) e nos distúrbios depressivos (Otsuka & Kumano, 2006, cit. por Joyce-Moniz, 2010). Combinado com outras metodologias (*e.g.*, hipnose, meditação, terapia cognitiva), tem sido usado no tratamento da enxaqueca (Van Dyck *et al.*, 1991, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Spinhoven *et al.*, 1992, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Kuile *et al.*, 1994, cit. por Joyce-Moniz, 2010), da ansiedade (Gilmore, 1985, cit. por Joyce-Moniz, 2010) e da fobia social (Shiga *et al.*, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010).

Relativamente à automonitorização enquanto metodologia de avaliação tem sido aplicada nos distúrbios de ansiedade e de pânico (Craske, Barlow & O’Leary, 1992; Craske & Tsao, 1999), nos pensamentos associados à depressão (Beck *et al.*, 1979) ou à hostilidade e na modificação de comportamentos de consumo compulsivo e aditivo, como o tabagismo e a bulimia. Particularmente no caso do tabagismo, esta metodologia tem sido utilizada para monitorizar a estabilidade da abstinência ou do evitamento, os episódios de recaída e os elementos e situações de risco (Barton *et al.*, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010). No caso da bulimia, a automonitorização tem servido o propósito de avaliar o tipo e a quantidade de comida ingerida, o local, a altura do dia, a frequência, a duração, as circunstâncias das refeições ou do petiscar, o recurso a purgas, laxativos ou diuréticos, o contexto social e as actividades desenvolvidas antes do episódio de ingestão de alimentos (Agras & Apple, 1997, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Schlundt, Johnson, & Jarrell, 1985).

Esta metodologia avaliativa tem sido também utilizada como auxiliar do tratamento médico em diversas situações clínicas, nomeadamente na monitorização da glicose nos diabéticos (Cox *et al.*, 1994, cit. por Joyce-Moniz, 2010), no exame regular dos seios (Philip *et al.*, 1984, cit. por Joyce-Moniz, 2010) ou dos testículos (Sheley *et al.*, 1991, cit. por Joyce-Moniz, 2010), na detecção de formações malignas e na vigilância dos sintomas de dispneia nas doenças de obstrução pulmonar crónica (Eakin *et al.*, 1995, cit. por Joyce-Moniz, 2010).

A sua aplicação, enquanto instrumento de avaliação tem sido ainda dirigida à dor crónica durante a fase de avaliação da intervenção (Turk, Meichenbaum, & Genest, 1983).

No que respeita à automonitorização reactiva, a sua utilização tem visado sobretudo a modificação quantitativa no caso dos hábitos aditivos, como o tabagismo (*e.g.*, Abrams & Wilson, 1979; McFall, 1970, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Thoresen & Mahoney, 1974, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Kamarck & Lichtenstein, 1988; Karoly & Doyle, 1975; McFall & Hammen, 1971; Rutner, 1967), comida e obesidade (Green, 1978; Guare *et al.*, 1989; Baker & Kirschenbaum, 1998, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Boutelle *et al.*, 1999, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Romanczyk, 1974, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Perry *et al.*, 1988; Romanczyk *et al.*, 1973; Sperduto, Thompson, & O'Brien, 1986; Stalonas & Kirschenbaum, 1985), o alcoolismo (Sobell & Sobell, 1973) e o consumo de anfetaminas (Hay, Hay, & Angle, 1977) e no caso de outros comportamentos compulsivos como a bulimia (Thackwray *et al.*, 1993, cit. por Joyce-Moniz, 2010) e a oncofagia (Horan *et al.*, 1974, cit. por Joyce-Moniz, 2010).

Para além da modificação quantitativa nos casos referidos, esta metodologia reactiva tem visado também a modificação qualitativa em diversas condições clínicas, como no caso das reacções ansiogénicas (Hiebert & Fox, 1981, cit. por Joyce-Moniz, 2010), pânico (De Jong & Bouman, 1995, cit. por Joyce-Moniz, 2010), depressão (Harmon, Nelson, & Hayes, 1980; Lewinsohn, Shaffer, & Libet, 1969), agorafobia (Emmelkamp & Ultee, 1974, cit. por Joyce-Moniz, 2010), alucinações (Rutner & Bugle, 1969), ideação paranóide (Williams, 1976), ideação suicida (Clum & Curtin, 1993) e insónia (Jason, 1975).

A monitorização das ocorrências de episódios de dor e da sua intensidade é, contudo, a aplicação mais bem sucedida desta metodologia em Psicologia da Doença (Blanchard & Schwarz, 1988, cit. por Joyce-Moniz, 2010; Penzien *et al.*, 2004, cit. por Joyce-Moniz, 2010) embora os estudos revelem resultados contraditórios quanto à reactividade deste procedimento. Assim, enquanto a monitorização diária da dor corresponde, geralmente, a uma avaliação mais fidedigna, a automonitorização retrospectiva com um intervalo de tempo muito longo entre o registo e a observação traduz-se habitualmente num exagero na avaliação da dor (*e.g.*, Rachman & Eyrl, 1989, cit. por Joyce-Moniz, 2010). Contrariamente no caso da enxaqueca o registo retrospectivo associa-se, geralmente, a uma estimativa por defeito da frequência dos

episódios de dor (Holroyd & Penzien, 1990, cit. por Joyce-Moniz, 2010) e por excesso do grau de melhoras decorrente do tratamento (Blanchard *et al.*, 1981, cit. por Joyce-Moniz, 2010). Noutros estudos ainda, a reactividade não foi verificada no que respeita à intensidade da dor percebida (*e.g.*, von Baeyer, 1994). Apesar destes resultados contraditórios no que refere à utilização deste procedimento nos casos de dor, é consensual na literatura a presença da reactividade no sentido desejado tanto nos casos de automonitorização mais estruturada e frequente da dor como na auto-observação mais informal da dor e com reporte posterior (Joyce-Moniz, 2010).

Mais recentemente surgiu ainda o interesse pela aplicação desta metodologia na diminuição dos pensamentos negativos dos pacientes com dor crónica. Concretamente, no estudo realizado por Babson (2007) com doentes que apresentavam dor crónica, verificou-se que a automonitorização dos pensamentos negativos traduziu-se na diminuição da sua frequência.

2.4.3.1. Aplicação clínica do relaxamento e da automonitorização nas patologias reumáticas incluídas no presente trabalho

No que se reporta às doenças reumáticas incluídas neste trabalho, a utilidade clínica do relaxamento enquanto intervenção única tem sido demonstrada na diminuição da dor e do recurso aos analgésicos nas osteoartroses (Gay, Philipport, & Luminet, 2002), na melhoria da qualidade de vida e no aumento da força muscular nas doenças reumáticas inflamatórias (Stenström, Arge. & Sundbom, 1996), na melhoria dos cuidados pessoais e das capacidades funcionais dos doentes com artrite reumatóide e no aumento da mobilidade e das actividades recreativas e de tempos livres destes pacientes (Lundgren & Stenström, 1999).

A sua utilização combinada com outras metodologias (*e.g.*, imaginação guiada, terapia cognitivo-comportamental) tem-se mostrado eficaz: na diminuição da dor (Baird & Sands, 2004) e das dificuldades de mobilidade na osteoartrose (Baird & Sands, 2004) bem como no aumento da qualidade de vida dos pacientes com esta patologia (Baird & Sands, 2006); na diminuição da dor lombar nas hérnias discais (Rasich, 2003); na diminuição da dor, ansiedade, depressão, perturbações do sono e outras complicações psicofisiológicas na espondilite anquilosante (Basler & Rehfisch, 1991); no aumento do

bem-estar e na diminuição das queixas físicas na artrite reumatóide e na espondilite anquilosante (Basler, 1993); na diminuição da dor na artrite psoriática (Cautela, 1986); e na artrite reumatóide, nomeadamente, na diminuição da dor (Achterberg, McGraw, & Lawlis, 1981; Applebaum, Blanchard, Hickling, & Alfonso, 1988; Bradley *et al.*, 1987; Kraaimaat *et al.*, 1995, cit. por Joyce-Moniz, 2010; McCracken, 1991; O’Leary *et al.*, 1988; Radojevik, Nicassio, & Weisman, 1992; Zautra *et al.*, 2008), do inchaço (Radojevik *et al.*, 1992), da rigidez (Applebaum *et al.*, 1988), da inflamação das articulações (O’Leary *et al.*, 1988), da tensão (Achterberg *et al.*, 1981), da actividade da doença (Bradley *et al.*, 1987) e da utilização dos serviços de saúde (Bradley *et al.*, 1987), no confronto da fadiga (Repping-Wuts, Uitterhoeve, van Riel, & van Achterberg 2008), no aumento da auto-eficácia percebida (O’Leary *et al.*, 1988) e na melhoria do funcionamento psicossocial (*e.g.*, depressão, stress, solidão) (Bradley *et al.*, 1987; O’Leary *et al.*, 1988; Radojevik *et al.*, 1992), das capacidades funcionais (Achterberg *et al.*, 1981; Applebaum *et al.*, 1988) e da qualidade e quantidade do sono (Achterberg *et al.*, 1981; O’Leary *et al.*, 1988).

Esta metodologia tem sido também utilizada como complemento do tratamento médico na diminuição da ansiedade e da depressão, no declínio da progressão da doença e no aumento do bem-estar dos pacientes com artrite reumatóide (Bagheri-Nesami, Mohseni-Bandpei, & Shayesteh-Azar, 2006).

É de referir ainda que a sua associação simultaneamente com as metodologias cognitivo-comportamentais e com o tratamento médico tem-se mostrado eficaz na diminuição da depressão e da inflamação das articulações na artrite reumatóide (Sharpe *et al.*, 2001).

Relativamente à utilidade clínica da automonitorização nas patologias integradas na presente investigação, os estudos realizados são reduzidos e dirigidos aos pacientes com artrite reumatóide.

No caso da automonitorização reactiva, os estudos referentes à sua utilização com pacientes com artrite reumatóide têm demonstrado resultados contraditórios. Concretamente no estudo desenvolvido por Applebaum *et al.* (1988) verificou-se a eficácia desta metodologia na diminuição da dor e da rigidez e no aumento da funcionalidade e da mobilidade destes pacientes. Contudo, noutro estudo em que esta metodologia visou a diminuição da dor nos pacientes com artrite reumatóide, a sua eficácia não foi verificada (Cruise, Broderick, Porter, & Kaell, 1996).

Também enquanto metodologia avaliativa, a automonitorização tem sido utilizada na artrite reumatóide, nomeadamente: na dor (Lefebvre *et al.*, 1999; Zautra *et al.*, 2008) e no seu controlo percebido (Zautra *et al.*, 2008), nos pensamentos negativos associados à dor (Zautra *et al.*, 2008), na auto-eficácia no confronto da dor (Lefebvre *et al.*, 1999; Zautra *et al.*, 2008), nas estratégias de confronto da dor (Lefebvre *et al.*, 1999), nos sentimentos positivos e negativos (Lefebvre *et al.*, 1999; Zautra *et al.*, 2008) e nos sintomas depressivos (Zautra *et al.*, 2008).

2.4.3.2. Reduzida utilização dos conceitos “sugestão” e “auto-sugestão” na prática clínica com estas metodologias

Não obstante a utilização do relaxamento e da automonitorização nos contextos clínicos apresentados, a referência aos conceitos de sugestão e auto-sugestão é evitada (Joyce-Moniz, 2010).

Joyce-Moniz (2010) especula que o que pode estar na base dessa “rejeição” da sugestão e auto-sugestão é provavelmente o facto de estas serem “mal amadas” pelo “trio principal da psicologia *radical*”, nomeadamente “os radicais do *objectivismo*”, os “radicais do *subjectivismo*” e os “radicais do *politicamente correcto*”.

Deste modo, o autor refere que os “radicais do *objectivismo*” rejeitam as metodologias sugestivas e auto-sugestivas porque as associam ao subjectivismo, estatuto científico nulo e à proximidade da parapsicologia.

Por seu lado, a rejeição pelos “radicais do *subjectivismo*” deve-se, segundo o autor, à sua carência de complexidade e profundidade. Para estes defensores do *subjectivismo* as metodologias de sugestão e de auto-sugestão não são suficientemente explicativas relativamente às causas profundas dos comportamentos, pensamentos ou personalidade dos clientes.

Para os “radicais do *politicamente correcto*”, as metodologias de sugestão e auto-sugestão representam o *politicamente incorrecto*, pois nas palavras de Joyce-Moniz (2010) “uma prática *influencial* e impositiva, emergente de uma psicologia amoral, sem valores nem causas, priva estes psicólogos do sentimento *exciting* de trabalhar para o comportamento exemplar e a salvação da humanidade.”