

# ÍNDICE GERAL

<b>1. Introdução</b>	<b>1</b>
<b>2. Fundamentação teórica</b>	<b>5</b>
2.1. Apresentação das patologias e respectivos sintomas incluídos no presente trabalho e importância da intervenção psicológica	5
2.1.1. Patologias incluídas no presente trabalho	5
2.1.2. Sintomatologia física e psicológica das patologias implicadas	8
2.1.3. Auto-eficácia, vulnerabilidade e controlo	10
2.1.4. Importância da intervenção psicológica	14
2.2. Definição de Psicologia da Doença	15
2.3. Abordagem desenvolvimentista	16
2.3.1. Psicologia da Doença e significações de doença	16
2.3.2. Hierarquias de significações de doença	19
2.3.3. Modelo desenvolvimentista de Joyce-Moniz e Barros (2005)	21
2.4. Sugestão e auto-sugestão	29
2.4.1. Automonitorização	33
2.4.1.1. Automonitorização avaliativa	33
2.4.1.2. Automonitorização reactiva	36
2.4.2. Relaxamento	44
2.4.2.1. Relaxamento por contracção/descontracção muscular	45
2.4.2.2. Treino autogénico	46
2.4.3. Aplicações clínicas da sugestão e da auto-sugestão	47
2.4.3.1. Aplicação clínica do relaxamento e da automonitorização nas patologias reumáticas incluídas no presente trabalho	51
2.4.3.2. Reduzida utilização dos conceitos “sugestão” e “auto-sugestão” na prática clínica com estas metodologias	53
<b>3. Objectivos, amostra, local e procedimentos gerais</b>	<b>55</b>
3.1. Objectivos gerais dos dois estudos	55
3.2. Caracterização geral da amostra	56
3.3. Local	59

3.4. Instrumentos, metodologias e complementos metodológicos comuns aos dois estudos	60
3.4.1. Ficha para recolha dos dados biográficos	60
3.4.2. Entrevista individual semi-estruturada	61
3.5. Procedimentos comuns aos dois estudos	61
3.5.1. Contactos iniciais com os médicos	61
3.5.2. Referenciação dos sujeitos pelo médico para a primeira sessão	62
3.5.3. Obtenção do consentimento informado e recolha dos dados biográficos do sujeito	62
3.5.4. Recolha das significações relativamente às três hierarquias do modelo desenvolvimentista de Joyce-Moniz e Barros (2005)	63
<b>4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença</b>	<b>65</b>
4.1. Objectivos específicos e hipóteses	65
4.2. Procedimentos da análise desenvolvimentista	66
4.3. Níveis de significação e critérios da análise desenvolvimentista	67
4.4. Permanências invariáveis e desfasamentos entre níveis de significação	74
4.5. Resultados	75
4.5.1. Exemplos de verbalizações ilustrativas de cada um dos critérios e níveis de significação para cada uma das hierarquias	75
4.5.2. Níveis de significação prevalentes e menos frequentes em cada uma das hierarquias	90
4.5.3. Frequência dos critérios utilizados pelos sujeitos em cada uma das hierarquias	93
4.5.4. Desfasamentos e permanências invariáveis num mesmo nível de significação	95
4.6. Conclusões	97
<b>5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida</b>	<b>107</b>
5.1. Objectivos específicos e hipóteses	107
5.2. Descrição dos grupos <i>IAS</i> e <i>ISAS</i>	109
5.3. Critérios para classificação de cada um dos sujeitos	111

5.4. Instrumentos, metodologias e complementos metodológicos	115
5.4.1. Automonitorização	115
5.4.1.1. Automonitorização avaliativa	115
5.4.1.2. Automonitorização reactiva	123
5.4.2. Relaxamento	123
5.4.2.1. Relaxamento auto-sugestivo	123
5.4.2.2. Relaxamento não auto-sugestivo	124
5.4.3. Escalas de auto-eficácia	125
5.4.4. Contactos telefónicos	133
5.4.5. Envio e recepção de material por correio	133
5.4.6. Gráficos relativos à evolução da intensidade do(s) sintoma(s) prevalecte(s) percepcionado(s) e do seu controlo percepcionado	133
5.4.7. Balança subjectiva para avaliação dialéctica da percepção sobre o contributo das estratégias psicológicas de confronto vs tratamento médico	136
5.5. Variáveis dependentes	139
5.6. Procedimentos	140
5.6.1. Grupo IAS	141
5.6.1.1. Recolha de informação acerca da patologia e do(s) sintoma(s) prevalecte(s)	141
5.6.1.2. Apresentação da automonitorização avaliativa e aplicação das escalas de auto-eficácia no início da intervenção	141
5.6.1.3. Aplicação da automonitorização avaliativa	142
5.6.1.4. Apresentação da automonitorização reactiva e do relaxamento auto-sugestivo	142
5.6.1.5. Planeamento do recurso aos contactos telefónicos e ao correio	145
5.6.1.6. Aplicação das metodologias auto-sugestivas e sua supervisão por meio do correio e contactos telefónicos	146
5.6.1.7. Apresentação dos gráficos relativos à evolução da intensidade percepcionada do(s) sintoma(s) prevalecte(s) e do seu controlo percepcionado	149
5.6.1.8. Apresentação da balança subjectiva para avaliação dialéctica da percepção sobre o contributo das estratégias psicológicas	

de confronto vs tratamento médico	150
5.6.1.9. Reforço e incentivo da continuação da utilização regular das metodologias de auto-sugestão e aplicação das escalas de auto-eficácia no final da intervenção	150
5.6.1.10. Aplicação das três escalas de auto-eficácia	151
5.6.2. Grupo <i>ISAS</i>	151
5.6.2.1. Recolha de informação acerca da patologia e do(s) sintoma(s) prevalente(s)	151
5.6.2.2. Apresentação da automonitorização avaliativa e aplicação das escalas de auto-eficácia no início da intervenção	152
5.6.2.3. Aplicação da automonitorização avaliativa e sua supervisão por meio do correio e contactos telefónicos	152
5.6.2.4. Apresentação dos gráficos relativos à evolução da intensidade percebida do(s) sintoma(s) prevalente(s) e do seu controlo percebido	154
5.6.2.5. Apresentação e treino simples do relaxamento não auto-sugestivo e aplicação das escalas de auto-eficácia	154
5.6.2.6. Aplicação do relaxamento não auto-sugestivo e sua supervisão por meio de contactos telefónicos	155
5.7. Análise estatística	156
5.7.1. Análises preliminares	157
5.7.1.1. Comparação dos participantes com os sujeitos que não aderiram ou não completaram o estudo, relativamente às variáveis sócio-económicas	157
5.7.1.2. Comparação dos participantes com os sujeitos que não aderiram ou não completaram o estudo, relativamente às variáveis nosológicas no início da intervenção	158
5.7.1.3. Comparação dos participantes com os sujeitos que não aderiram ou não completaram o estudo, relativamente às variáveis dependentes do estudo medidas no início da intervenção	159
5.7.1.4. Comparação do grupo <i>IAS</i> com o grupo <i>ISAS</i> relativamente às variáveis sócio-económicas	160
5.7.1.5. Comparação do grupo <i>IAS</i> com o grupo <i>ISAS</i> relativamente	

às variáveis nosológicas no início da intervenção	160
5.7.1.6. Comparação do grupo <i>IAS</i> com o grupo <i>ISAS</i> relativamente às variáveis dependentes do estudo medidas no início da intervenção	161
5.7.1.7. Comparação dos grupos nosológicos, sintomáticos, etários e desenvolvimentistas relativamente às variáveis dependentes do estudo medidas no início da intervenção	161
5.7.2. Análises principais	162
5.7.2.1. Comparação do grupo <i>IAS</i> com o grupo <i>ISAS</i> relativamente à evolução das variáveis dependentes do estudo ao longo das doze semanas	162
5.7.2.2. Influência da patologia reumática prevalente, do(s) sintoma(s) prevalente(s), da idade e de diferentes níveis das significações de doença na eficácia da intervenção auto-sugestiva	164
5.7.3. Análise pós-interventiva	165
5.7.3.1. Percepção relativamente ao contributo das estratégias auto-sugestivas vs o contributo do tratamento médico para a evolução do(s) sintoma(s) prevalente(s) percebido(s) e do seu controlo percebido	165
5.7.4. Considerações finais sobre as análises efectuadas	166
5.8. Resultados	166
5.8.1. Resultados das análises preliminares	167
5.8.1.1. Comparação dos participantes com os sujeitos que não aderiram ou não completaram o estudo, relativamente às variáveis sócio-económicas	167
5.8.1.2. Comparação dos participantes com os sujeitos que não aderiram ou não completaram o estudo, relativamente às variáveis nosológicas no início da intervenção	169
5.8.1.3. Comparação dos participantes com os sujeitos que não aderiram ou não completaram o estudo, relativamente às variáveis dependentes do estudo medidas no início da intervenção	170
5.8.1.4. Comparação do grupo <i>IAS</i> com o grupo <i>ISAS</i> relativamente	

às variáveis sócio-económicas	172
5.8.1.5. Comparação do grupo <i>IAS</i> com o grupo <i>ISAS</i> relativamente às variáveis nosológicas no início da intervenção	173
5.8.1.6. Comparação do grupo <i>IAS</i> com o grupo <i>ISAS</i> relativamente às variáveis dependentes do estudo medidas no início da intervenção	174
5.8.1.7. Comparação dos grupos nosológicos, sintomáticos, etários e desenvolvimentistas relativamente às variáveis dependentes do estudo medidas no início da intervenção	175
5.8.2. Resultados das análises principais	177
5.8.2.1. Comparação do grupo <i>IAS</i> com o grupo <i>ISAS</i> relativamente à evolução das variáveis dependentes do estudo ao longo das doze semanas	177
5.8.2.2. Influência da patologia reumática prevalente, do(s) sintoma(s) prevalente(s), da idade e de diferentes níveis das significações de doença na eficácia da intervenção auto-sugestiva	183
5.8.3. Resultados da análise pós-interventiva	187
5.8.3.1. Percepção relativamente ao contributo das estratégias auto-sugestivas vs o contributo do tratamento médico para a evolução do(s) sintoma(s) prevalente(s) percebido(s) e do seu controlo percebido	187
5.9. Conclusões	187
<b>6. Súmula e nota final</b>	<b>195</b>
6.1. Resumo dos resultados	195
6.2. Nota integrativa	197
Notas de rodapé	199
<b>Bibliografia</b>	<b>201</b>
<b>Anexos</b>	

## ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

### Quadros:

**Quadro 1** – Objectivos da intervenção e respectivas hierarquias na dimensão do *conhecimento da realidade da doença* (Joyce-Moniz & Barros, 2005) (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 25**)

**Quadro 2** – Objectivos da intervenção e respectivas hierarquias na dimensão da *adesão ao tratamento* (Joyce-Moniz & Barros, 2005) (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 26**)

**Quadro 3** – Objectivos da intervenção e respectivas hierarquias na dimensão do *controlo de sintomas* (Joyce-Moniz & Barros, 2005) (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 26**)

**Quadro 4** – Objectivos da intervenção e respectivas hierarquias na dimensão da *vivência da doença* (Joyce-Moniz & Barros, 2005) (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 27**)

**Quadro 5** – Caracterização dos participantes relativamente à escolaridade (Capítulo 3. Objectivos, amostra, local e procedimentos gerais – **pág. 58**)

**Quadro 6** – Caracterização dos participantes relativamente à situação face à profissão (Capítulo 3. Objectivos, amostra, local e procedimentos gerais – **pág. 58**)

**Quadro 7** – Exemplos de significações para cada critério do nível 1 da hierarquia centrada nas condições para a adesão ao tratamento (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 76**)

**Quadro 8** – Exemplos de significações para cada critério do nível 2 da hierarquia centrada nas condições para a adesão ao tratamento (Capítulo 4. Estudo

desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 77)**

**Quadro 9** – Exemplos de significações para cada critério do nível 3 da hierarquia centrada nas condições para a adesão ao tratamento (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 78)**

**Quadro 10** – Exemplos de significações para cada critério do nível 4 da hierarquia centrada nas condições para a adesão ao tratamento (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 79)**

**Quadro 11** – Exemplos de significações para cada critério do nível 5 da hierarquia centrada nas condições para a adesão ao tratamento (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 80)**

**Quadro 12** – Exemplos de significações para cada critério do nível 1 da hierarquia centrada nos processos alvo de somatização (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 81)**

**Quadro 13** – Exemplos de significações para cada critério do nível 2 da hierarquia centrada nos processos alvo de somatização (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 82)**

**Quadro 14** – Exemplos de significações para cada critério do nível 3 da hierarquia centrada nos processos alvo de somatização (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 83)**

**Quadro 15** – Exemplos de significações para cada critério do nível 4 da hierarquia centrada nos processos alvo de somatização (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 84**)

**Quadro 16** – Exemplos de significações para cada critério do nível 5 da hierarquia centrada nos processos alvo de somatização (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 85**)

**Quadro 17** – Exemplos de significações para cada critério do nível 1 da hierarquia centrada na evolução percebida da doença (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 86**)

**Quadro 18** – Exemplos de significações para cada critério do nível 2 da hierarquia centrada na evolução percebida da doença (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 87**)

**Quadro 19** – Exemplos de significações para cada critério do nível 3 da hierarquia centrada na evolução percebida da doença (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 88**)

**Quadro 20** – Exemplos de significações para cada critério do nível 4 da hierarquia centrada na evolução percebida da doença (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 89**)

**Quadro 21** – Exemplos de significações para cada critério do nível 5 da hierarquia centrada na evolução percebida da doença (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 90**)

**Quadro 22** – Percentagens de sujeitos que utilizaram predominantemente cada um dos níveis relativos às hierarquias *condições para a adesão ao tratamento, processos alvo de somatização e evolução percebida da doença* (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 91**)

**Quadro 23** – Percentagens de sujeitos que apresentaram permanências no mesmo nível e desfazamentos verticais nas hierarquias *condições para a adesão ao tratamento, processos alvo de somatização e evolução percebida da doença* (Capítulo 4. Estudo desenvolvimentista das significações dos doentes sobre adesão ao tratamento, controlo de sintomas e vivência da doença – **pág. 95**)

**Quadro 24** – Distribuição dos sujeitos do grupo *IAS* e do grupo *ISAS* pelos três grupos nosológicos (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 112**)

**Quadro 25** – Distribuição dos sujeitos do grupo *IAS* e do grupo *ISAS* pelos três grupos sintomáticos (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 113**)

**Quadro 26** – Distribuição dos sujeitos do grupo *IAS* e do grupo *ISAS* pelos três grupos etários (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 113**)

**Quadro 27** – Distribuição dos sujeitos do grupo *IAS* pelos grupos desenvolvimentistas relativos às hierarquias *condições para a adesão ao tratamento, processos alvo de somatização e evolução percebida da doença* (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 114**)

**Quadro 28** – Comparação dos participantes com os sujeitos que não aderiram ou não completaram o estudo, quanto às variáveis sócio-económicas: percentagens e testes estatísticos (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 168**)

**Quadro 29** – Comparação dos participantes com os sujeitos que não aderiram ou não completaram o estudo, quanto às variáveis nosológicas: percentagens e testes estatísticos (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 170**)

**Quadro 30** – Comparação dos participantes com os sujeitos que não aderiram ou não completaram o estudo, quanto às variáveis dependentes medidas no primeiro dia: testes estatísticos (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 171**)

**Quadro 31** – Comparação do grupo *IAS* com o grupo *ISAS* quanto às variáveis sócio-económicas: percentagens e testes estatísticos (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 172**)

**Quadro 32** – Comparação do grupo *IAS* com o grupo *ISAS* quanto às variáveis nosológicas: percentagens e testes estatísticos (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 173**)

**Quadro 33** – Comparação do grupo *IAS* com o grupo *ISAS* quanto às variáveis dependentes medidas no primeiro dia: testes estatísticos (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 174**)

**Quadro 34** – Comparação dos grupos nosológicos, sintomáticos e etários quanto às variáveis dependentes medidas no primeiro dia: testes estatísticos (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 176**)

**Quadro 35** – Comparação dos grupos desenvolvimentistas referentes às hierarquias *condições para a adesão ao tratamento, processos alvo de somatização e evolução percebida da doença* quanto às variáveis dependentes medidas no primeiro dia: testes

estatísticos (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 177**)

**Quadro 36** – Comparação da intensidade, número de episódios, duração e controlo percebidos entre o primeiro dia, o final das quatro semanas, o final das oito semanas e o final das doze semanas, para cada um dos grupos *IAS* e *ISAS*: Teste de Friedman (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 178**)

**Quadro 37** – Alterações significativas na intensidade, número de episódios, duração e controlo percebidos ao longo das doze semanas, para o grupo *IAS*: Teste de Wilcoxon (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 179**)

**Quadro 38** – Comparação da auto-eficácia percebida entre o primeiro dia e o final das doze semanas para cada um dos grupos *IAS* e *ISAS*: Teste do Sinal (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 182**)

**Quadro 39** – Comparação dos grupos nosológicos, sintomáticos e etários quanto às variáveis dependentes medidas ao longo das 12 semanas: testes estatísticos (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 184**)

**Quadro 40** – Comparação dos grupos desenvolvimentistas referentes às hierarquias *condições para a adesão ao tratamento, processos alvo de somatização e evolução percebida da doença* quanto às variáveis dependentes medidas ao longo das 12 semanas: testes estatísticos (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 185**)

## **Figuras:**

**Figura 1** – Inflamação das articulações da mão num utente com Artrite Reumatóide (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 6**)

**Figura 2** – Inflamação das articulações dos pés num utente com Artrite Reumatóide (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 6**)

**Figura 3** – Envolvimento das articulações da coluna vertebral num utente com Espondilite Anquilosante (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 6**)

**Figura 4** – Psoríase no joelho (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 7**)

**Figura 5** – Principais articulações envolvidas nas osteoartroses (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 7**)

**Figura 6** – A: disco intervertebral normal. B: protrusão discal. C: hérnia discal. (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 8**)

**Figura 7** – Hierarquia estrutural das significações. Retirado de Joyce-Moniz e Barros (2005) (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 20**)

**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) (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 21**)

**Figura 9** – *Continuum* entre a aceitação incondicional das sugestões e a sua aceitação utilitária. Retirado de Joyce-Moniz (2010) (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 29**)

**Figura 10** – *Continuum* entre a persuasão explícita e a persuasão manipuladora. Retirado de Joyce-Moniz (2010) (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 31**)

**Figura 11** – Escala de Estimativa Numérica, de 0 a 10, para avaliação da dor (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 40**)

**Figura 12** – Escala Visual Analógica para avaliação da dor (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 40**)

**Figura 13** – Escala Facial de Dor (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 41**)

**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) (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 42**)

**Figura 15** – Balança subjectiva para avaliação dialéctica da atribuição de controlo vs vulnerabilidade face à doença/sintomas. Retirado de Joyce-Moniz e Barros (2005) (Capítulo 2. Fundamentação teórica – **pág. 43**)

**Figura 16** – Hospital de Abrantes e Centro de Saúde de Abrantes (Capítulo 3. Objectivos, amostra, local e procedimentos gerais – **pág. 60**)

**Figura 17** – Ficha de identificação do sujeito (Capítulo 3. Objectivos, amostra, local e procedimentos gerais – **pág. 61**)

**Figura 18** – Indicador temporal referente à 2ª feira da primeira semana de automonitorização (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 116**)

**Figura 19** – Termómetro subjectivo para avaliação da intensidade da dor (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 117**)

**Figura 20** – Escala quantificável para indicação do número de episódios de dor (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 117**)

**Figura 21** – Espaço para registo da duração do episódio de dor mais longo (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 117**)

**Figura 22** – Balança subjectiva para avaliação dialéctica da atribuição de vulnerabilidade vs controlabilidade da dor (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 118**)

**Figura 23** – Termómetro subjectivo para avaliação da intensidade das dificuldades motoras (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 119**)

**Figura 24** – Escala quantificável para indicação do número de episódios de dificuldades motoras (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 119**)

**Figura 25** – Espaço para registo da duração do episódio de dificuldades motoras mais longo (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 120**)

**Figura 26** – Balança subjectiva para avaliação dialéctica da atribuição de vulnerabilidade vs controlabilidade das dificuldades motoras (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 120**)

**Figura 27** – Termómetro subjectivo para avaliação da intensidade dos sintomas (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 121**)

**Figura 28** – Escala quantificável para indicação do número de episódios sintomáticos (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 121**)

**Figura 29** – Espaço para registo da duração do episódio sintomático mais longo (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 122**)

**Figura 30** – Balança subjectiva para avaliação dialéctica da atribuição de vulnerabilidade vs controlabilidade dos sintomas (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 122**)

**Figura 31** – Escala de auto-eficácia 1 aplicada aos três grupos nosológicos (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 129**)

**Figura 32** – Escala de auto-eficácia 2 aplicada aos três grupos nosológicos (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 130**)

**Figura 33** – Escala de auto-eficácia 3 aplicada ao grupo das osteoartroses (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 130**)

**Figura 34** – Escala de auto-eficácia 3 aplicada ao grupo das discopatias (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 131**)

**Figura 35** – Escala de auto-eficácia 3 aplicada ao grupo das doenças reumáticas inflamatórias crónicas e sistémicas com predomínio articular (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 131**)

**Figura 36** – Evolução da intensidade dos sintomas percebidos de um sujeito incluído no grupo do conjunto de sintomas não especificados (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 134**)

**Figura 37** – Evolução do controlo percebido sobre os sintomas de um sujeito incluído no grupo do conjunto de sintomas não especificados (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 135**)

**Figura 38** – Balança subjectiva, apresentada ao grupo do conjunto de sintomas não especificados, para avaliação dialéctica do contributo das estratégias auto-sugestivas de confronto vs tratamento médico para a evolução dos sintomas percebidos e do seu controlo percebido (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 136**)

**Figura 39** – Balança subjectiva, apresentada ao grupo da dor, para avaliação dialéctica do contributo das estratégias auto-sugestivas de confronto vs tratamento médico para a evolução das dores percebidas e do seu controlo percebido (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 137**)

**Figura 40** – Balança subjectiva, apresentada ao grupo das dificuldades motoras, para avaliação dialéctica do contributo das estratégias auto-sugestivas de confronto vs tratamento médico para a evolução das dificuldades motoras percebidas e do seu controlo percebido (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 137**)

**Figura 41** – Intensidade percebida do(s) sintoma(s) prevalente(s) pelos sujeitos dos grupos *IAS* e *ISAS* ao longo das doze semanas (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 180**)

**Figura 42** – Duração percebida do episódio sintomático mais longo pelos sujeitos dos grupos *IAS* e *ISAS* ao longo das doze semanas (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 180**)

**Figura 43** – Controlo percebido sobre o(s) sintoma(s) prevalente(s) pelos sujeitos dos grupos *IAS* e *ISAS* ao longo das doze semanas (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 181**)

**Figura 44** – Número de episódios sintomáticos prevalentes percebidos pelos sujeitos dos grupos *IAS* e *ISAS* ao longo das doze semanas (Capítulo 5. Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida – **pág. 181**)