



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

SARA ISABEL SOARES DE SOUSA

O Impacto da Mudança de Crenças na Recuperação de Adições

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR MANUEL JOÃO RODRIGUES QUARTILHO

DRA. VERA LÚCIA TAVARES MARTINS

DRA. MARIANA JESUS

JANEIRO/2022

RESUMO

Título do trabalho: O Impacto da Mudança de Crenças na Recuperação de Adições

Introdução: Atendendo ao pressuposto de que os doentes formam crenças relativamente às suas doenças com o intuito de as compreender e de lidar com as ameaças à sua saúde, é importante perceber a influência dessas crenças na evolução da própria doença.

Objetivos: O principal objetivo deste estudo consiste em analisar se crenças negativas acerca da doença estão associadas a piores resultados em termos de *outcome* clínico e se o contrário também se verifica. Constitui ainda objetivo, estudar se as mudanças nestas crenças também se associam a mudanças na saúde no mesmo sentido.

Metodologia: Realizou-se um estudo observacional de *coorte* com o recrutamento de 35 doentes que se encontravam internados na Unidade de Patologia Dual do polo Sobral Cid-CHUC. Foram administrados quatro questionários: o questionário socio-demográfico, o *The Illness Perception Questionnaire* e *Multidimensional Health Locus of Control* para avaliação das crenças e o *Alcohol Use Disorders Identification Test* para avaliação do consumo de álcool.

Resultados: A amostra estudada foi constituída por 35 doentes internados na UPD do polo Sobral Cid com o diagnóstico clínico de admissão de Dependência de Álcool segundo a CID 10. Os doentes foram avaliados com recurso aos instrumentos referidos no momento da admissão e no momento da alta, tendo sido posteriormente realizada uma entrevista telefónica para avaliar o *follow up* passado 1 mês.

Conclusões: Após análise estatística dos dados, verificou-se uma correlação positiva entre as representações positivas e o LC interno avaliado um mês após a alta, o que implica que houve uma mudança da visão no sentido mais positivo da doença, que se relaciona com um LC interno mais elevado, ou seja, maior perceção de que é o seu comportamento que determina a sua condição de saúde.

Palavras-chave: Perturbação por uso de substâncias; Modelo das crenças na saúde; Crenças sobre a doença; Locus de controlo.

ABSTRACT

The main goal of this study was to understand the influence of these beliefs on the evolution of the disease itself. The main objective is to analyze whether negative beliefs about the disease are associated with worse outcomes in terms of clinical outcome and whether the opposite is also true. It is also an objective to study whether changes in these beliefs are also associated with changes in health in the same direction.

An observational cohort study was carried out with the recruitment of 35 patients who were hospitalized in the Dual Pathology Unit of the Sobral Cid pole of the Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Four questionnaires were administered: the socio-demographic questionnaire, The Illness Perception Questionnaire and Multidimensional Health Locus of Control to assess beliefs and the Alcohol Use Disorders Identification Test to assess alcohol consumption.

The sample studied consisted of 35 patients admitted to the UPD at the Sobral Cid Hospital with a clinical diagnosis of alcohol dependence according to the ICD 10. Patients were evaluated using the instruments mentioned at admission and at discharge, after which a telephone interview was carried out to assess the follow-up after 1 month.

After statistical analysis of the data, there was a positive correlation between the positive representations and the internal LC assessed one month after discharge, which implies that there was a change in the view in the more positive direction of the disease, which is related to an internal LC higher, that is, greater perception that it is their behavior that determines their health condition.

Keywords: Substance use disorder; Health Belief Model; Beliefs about the disease; Locus of Control.

ABREVIATURAS

AUDIT	Alcool Use Disorders Identification Test
CSM	The Common-Sense Model of Self-Regulation
IPQ-B	Illness Perception Questionnaire – Brief
HBM	Health Belief Model
LC	Locus of control
MCS	Modelo de Crenças em Saúde
MHLC	Multidimensional Health Locus of Control
MHLC-A	Multidimensional Health Locus of Control- Form A
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

ÍNDICE GERAL

Resumo3

Abstract4

ÍNDICE DE TABELAS.....7

1. INTRODUÇÃO.....8

2. METODOLOGIA.....11

2.1. Objetivo e Desenho de Investigação11

2.2. População alvo e Estratégia de Amostragem13

2.3. Instrumentos de recolha de dados13

2.4. Variáveis em estudo15

2.5. Estratégia de Tratamento de dados15

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....16

3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.....16

3.2. Caracterização dos resultados.....17

4. DISCUSSÃO.....21

5. CONCLUSÕES.....25

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....27

ANEXOS.....30

Anexo 1 - Questionários.....30

Anexo 2 - Consentimento Informado35

Anexo 3 - Parecer da Comissão de ética.....36

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização demográfica da amostra à admissão.

Tabela 2. Evolução temporal das pontuações das escalas AUDIT, IPQ-B e MHLC-A.

Tabela 3. Comparação das pontuações obtidas na escala MHLC-A de acordo com a severidade do consumo nos 3 momentos de avaliação.

Tabela 4. Comparação das representações cognitivas dos doentes à admissão e 1 mês após a alta.

Tabela 5. Correlações (ρ) entre representações cognitivas da doença e LC Interno e Externo através da escala IPQ-B.

1.INTRODUÇÃO

De acordo com o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, as Perturbações por Uso de Substâncias (PUS), nomeadamente em matéria de álcool, representam um importante motivo de morbilidade e mortalidade em Portugal, sendo um relevante problema de saúde pública. Apesar dos recentes progressos na área da saúde que modificaram sobremaneira a evolução e o prognóstico da PUS, é evidente que a elevada prevalência ainda é insatisfatória e para tal é necessário a alteração de crenças dos doentes sobre a própria doença e dos prejuízos associados aos consumos de álcool. Os estudos mais recentes, apontam para um possível agravamento no impacto na saúde e na esperança média de vida pelo consumo excessivo de álcool nos próximos anos, daí a necessidade de prevenir a utilização nociva do álcool e auxiliar os doentes na sua recuperação. Para tal, torna-se essencial perceber quais os fatores que influenciam a sua recuperação como, por exemplo, o impacto das suas crenças acerca da doença. (1)

Os efeitos psicoativos do álcool, predominantemente depressão do sistema nervoso central, são conhecidos há milhares de anos e a sua utilização como parte de rituais culturais é global. No entanto, para além destas propriedades, esta substância apresenta também efeitos nefastos nos seus utilizadores, tanto a nível social, como na sua saúde física e mental. Adicionalmente, a sua utilização continuada pode levar a padrões de consumo disfuncionais. (2)

Segundo a Classificação Internacional de Doenças, 11ª revisão (CID-11), as *Perturbações mentais, comportamentais ou de neurodesenvolvimento* (06), englobam as *Perturbações devido ao uso de substâncias ou comportamentos viciantes* que por sua vez contemplam as *Perturbações devido ao uso de substâncias* e estas incluem as *Perturbações devido ao uso de álcool* com o código 6C40.

No que diz respeito a Portugal, os padrões de consumo abusivo e dependência de álcool avaliados pelo *AUDIT* e *CAGE* no relatório anual do *SICAD*, demonstram que, em 2016/17, 2,8% da população entre os 15-74 anos (4,9% dos consumidores recentes) tinha um consumo de álcool de risco elevado/nocivo e 0,8% (1,3% dos consumidores recentes) apresentava sintomas de dependência. (1)

Para além das perturbações psiquiátricas que lhe estão associadas, o álcool está relacionado com múltiplas doenças como cirrose hepática, cancros gastrointestinais e pancreatite, por exemplo. E em 2018, o número de óbitos por doenças atribuíveis ao álcool representou cerca

de 2,2% da mortalidade no país, proporção que se enquadra nos valores do último quinquénio. (1) Demonstrando, portanto, o impacto que o consumo de bebidas alcoólicas tem na nossa população e destacando a necessidade de intervenção eficaz nestes doentes.

O modelo de tratamento nos serviços públicos portugueses contempla a natureza complexa dos comportamentos aditivos e das dependências, disponibilizando de forma integrada cuidados globais aos pacientes que a eles recorrem e assentam numa abordagem biopsicossocial. (3)

O tratamento contempla uma vertente não-farmacológica, incluindo os cuidados gerais, orientações e intervenção psicoterapêutica, e outra farmacológica, tanto clínico, através da reposição de vitaminas e uso de psicofármacos. (4)

O tratamento em ambulatório divide-se essencialmente em duas partes, na deteção precoce e tratamento propriamente dito, que engloba uma intervenção breve e a entrevista motivacional, e o tratamento para perturbações de consumo graves. (5)

A base do tratamento encontra-se em reconhecer e compreender o problema, onde geralmente uma entrevista completa e detalhada ajuda o doente, de acordo com o estágio de prontidão para mudança comportamental em que este se encontra: Pré- contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção. À medida em que se tem contato com esta teoria, percebe-se que avaliar os estágios motivacionais e promover um tratamento individualizado, tendo como meta a motivação para mudança, são caminhos essenciais para conseguir resultados consistentes. (6)

Todos os doentes desenvolvem diversas crenças relacionadas com a sua doença e é válido destacar estudos como o de *Gama GGG et al.*, sobre crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária, que demonstra que indivíduos com crenças positivas em relação às medidas de controlo da sua doença, cumprem mais o tratamento recomendado e possuem melhor evolução. (7)

O mesmo se verifica no estudo de *Coleta (2010)*, sobre crenças acerca de comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controlo de doenças cardiovasculares, que veio corroborar as mesmas conclusões, entre outros estudos. (8)

As crenças em saúde consistem em atitudes, valores e conhecimentos que os indivíduos possuem sobre a sua saúde e sobre os Serviços de Saúde, que por sua vez influenciarão a sua perceção de necessidade e de uso dos Serviços. (9)

E ao discutir esse tema torna-se indispensável refletir sobre alguns tópicos, como o de crenças sobre a doença avaliado neste estudo pelo *Illness Perception Questionnaire - Brief* e o Locus de Controlo. (10)

O LC da saúde refere-se à percepção ou tendência que cada indivíduo tem para avaliar os acontecimentos como controláveis ou não por ele. (11) E segundo *Barletta*, estes conceitos foram unificados em diversos modelos de crenças e comportamentos de saúde entre os quais, o Modelo de Crenças em Saúde. Este baseia-se em quatro crenças, sendo duas delas referentes à doença e as outras duas aos comportamentos de saúde. (12)

O presente estudo incide de igual forma numa vertente do Modelo de Crenças na Saúde, em particular, nas crenças na doença já que este modelo carece de mais investigação que proporcione a oportunidade de intervir em crenças e, por consequência, levar à mudança de comportamento dos indivíduos.

O Modelo de Crenças em Saúde tem sido considerado, entre os modelos cognitivos, como um dos mais consensualmente utilizados para explicar e prever comportamentos de saúde. As crenças em saúde referem-se à suscetibilidade e à gravidade percebida na doença em questão e aos benefícios e barreiras percebidos com relação aos comportamentos de prevenção ou tratamento da doença. (9)

Portanto, indica-nos que a probabilidade de um indivíduo desencadear uma ação em prol da sua saúde depende, essencialmente, da percepção que o indivíduo tem dos vários fatores que, de algum modo, possam estar relacionados com uma situação de doença. Por um lado, quanto maior for a suscetibilidade e gravidade da doença percebidas, maior a probabilidade da decisão levar a uma ação. Por outro, se os benefícios percebidos da ação que se pretende realizar, superarem as barreiras percebidas, dessa mesma ação, as probabilidades de ser executada serão elevadas. (13)

Portanto, o potencial para ação é o resultado da combinação da suscetibilidade e severidade percebidas na enfermidade, já a modalidade de ação é eleita conforme a percepção dos benefícios menos as barreiras percebidas nos comportamentos em saúde. (14,15)

E por tudo isto, denota-se a necessidade em analisar se crenças negativas acerca da doença estão associadas a piores resultados em termos de *outcome* clínico e se o contrário também se verifica. O que constitui objetivo deste estudo assim como, estudar se as mudanças nestas crenças também se associam a mudanças na saúde no mesmo sentido.

2. METODOLOGIA

2.1 Objetivo e Desenho de Investigação

Os comportamentos dos indivíduos são cruciais para o seu processo saúde-doença. Com base na revisão da literatura, foi possível constatar que os comportamentos de cada indivíduo são influenciados por crenças, nomeadamente de LC e de crenças sobre a doença. (12)

Neste sentido, o presente estudo, realizado com uma amostra de indivíduos adultos com diagnóstico de Dependência de Álcool, tem como principal objetivo:

- Perceber e analisar a relação entre a mudança de crenças acerca do álcool e a recuperação e manutenção da abstinência de álcool, analisando para tal as respostas dos questionários em três momentos distintos.

E partindo do objetivo principal, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- 1- Analisar a evolução das três dimensões do LC durante o tratamento;
- 2- Analisar a comparação do LC (interno, externo-acaso e externo-outros poderosos) entre doentes e seus respetivos resultados do AUDIT;
- 3- Analisar a evolução das representações cognitivas e emocionais da doença durante o tratamento através da escala IPQ-B;
- 4- Analisar a comparação das representações positivas (questões 1,2,5,6 e 8) das crenças do IPQ-B entre doentes e seus respetivos resultados do AUDIT;
- 5- Analisar a comparação das representações negativas (questões 3,4 e 7) das crenças do IPQ-B entre doentes e seus respetivos resultados do AUDIT;

E a partir dos objetivos traçados, e com base na revisão da literatura, elaboraram-se as seguintes hipóteses de estudo:

Hipótese 1: espera-se que o LC interno aumente e o LC externo diminua ao longo do tratamento;

Hipótese 2: espera-se que doentes com piores resultados no AUDIT na admissão para o tratamento apresentem LC interno mais baixo;

Hipótese 3: espera-se que doentes com piores resultados do AUDIT na admissão para o tratamento apresentem LC externo mais alto;

Hipótese 4: espera-se que doentes com melhoria do resultado no AUDIT apresentem valores superiores no LC interno, no segundo momento de avaliação, relativamente aos doentes com manutenção ou diminuição do resultado no AUDIT;

Hipótese 5: espera-se que doentes com melhoria do resultado no AUDIT apresentem valores significativamente superiores nos itens 1,2,5,6 e 8 da escala IPQ-B, no segundo momento de avaliação, relativamente aos doentes com manutenção ou diminuição do resultado no AUDIT;

Hipótese 6: espera-se que doentes com manutenção ou diminuição do resultado no AUDIT apresentem valores significativamente superiores nos itens 3,4 e 7 da escala IPQ-B, no momento da segunda avaliação, relativamente aos doentes com melhoria no AUDIT;

Hipótese 7: esperam-se correlações positivas entre a dimensão do LC interno e as representações positivas acerca da doença da escala IPQ-B;

Hipótese 8: esperam-se correlações positivas entre a dimensão do LC externo e as representações negativas acerca da doença da escala IPQ-B.

Para concretizar os objetivos enunciados, realizou-se um estudo observacional longitudinal, em que os dados foram recolhidos em três momentos, dois ainda no internamento dos indivíduos e uma avaliação pós-alta.

A primeira fase do estudo consistiu na revisão teórica sobre o tema das crenças e a dependência alcoólica, o que conduziu à escolha e pesquisa sobre as escalas MHLC-A e IPQ-B, para que tornassem possível estudar como ambos os temas se poderiam relacionar.

Posteriormente, o projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Seguidamente, e após explicado e assinado o Consentimento Informado, foram recolhidos os dados através de questionários em papel. Os questionários foram selecionados, garantindo tanto que não afetariam a evolução do tratamento, como as condições de confidencialidade e anonimato das respostas que foram usadas apenas para fins de investigação, cumprindo os princípios éticos relativos à investigação com participantes humanos e a Declaração de Helsínquia. (16)

Os dados foram aleatorizados pela técnica de pseudonimização, onde substituiu-se os dados que identificam os indivíduos por um identificador artificial, um pseudónimo. Estes foram mantidos num banco de dados separado que liga os dados pessoais ao pseudónimo. Enquanto isso, os demais dados relativos à pessoa foram referenciados por este pseudónimo e mantidos numa segunda base de dados. Desta maneira o processo de re-identificação só ocorreria com a junção das duas bases de dados, ou seja, da base com os pseudónimos que os associa aos dados pessoais e os demais registos. Foram armazenados até ao final do estudo em base de dados informática de forma a garantir o anonimato dos doentes.

2.2 População alvo e Estratégia de Amostragem

A população é composta por utentes com mais de 18 anos, de ambos géneros, com diagnóstico de Dependência de Álcool, internados na Unidade de Patologia Dual do Serviço de Psiquiatria do CRIP - CHUC com o diagnóstico de dependência de álcool. Foram excluídos doentes com diagnósticos psiquiátricos comórbidos que dificultem a avaliação proposta, nomeadamente perturbações psicóticas e perturbações de desenvolvimento intelectual moderada a severa e que não sejam capazes de perceber o alcance do consentimento informado.

A avaliação foi feita presencialmente no momento de admissão ao internamento e na data da alta clínica e um mês depois da alta por telefone. Durante a entrevista inicial de internamento é questionada aos doentes a sua vontade de participar no presente estudo, sendo apresentado o documento do consentimento informado.

Quanto à metodologia, os dados foram recolhidos em regime presencial na UPD – CHUC no com o preenchimento autónomo dos questionários em papel por parte dos participantes. Foram aplicados o IPQ-B, o MHLC-A e o AUDIT, em três momentos diferentes, nomeadamente na admissão no internamento, na data da alta clínica e cerca de um mês após a alta por entrevista telefónica, com um tempo de resposta médio de cerca de quinze a vinte minutos.

2.3 Instrumentos de recolha de dados

Questionário sociodemográfico e clínico

A parte caracterização sociodemográfica e clínica foi realizada através de um questionário que caracteriza a amostra quanto à idade, género, residência, estado civil, nível de escolaridade, idade de início do consumo de álcool, tratamentos prévios, outras substâncias, antecedentes médicos e psiquiátricos.

AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

O AUDIT desenvolvido pela OMS e validado para Portugal em 2002, é um instrumento de avaliação de consumo de álcool com o objetivo de identificar os consumidores de risco. Este questionário serve de rastreio fornecendo informação através de 10 questões que incluem três itens sobre o uso de álcool, quatro sobre a dependência e três sobre problemas decorrentes do consumo. As pontuações cotadas variam entre o zero e os quarenta. O

resultado do AUDIT entre 0 e 7 corresponde a um nível de risco baixo, onde temos uma situação de abstinência ou de consumo de baixo risco; o resultado entre 8 e 15 corresponde a um nível de risco entre baixo a moderado, considerando-se um consumo de risco; o resultado entre 16 e 19 corresponde um nível de risco moderado apresentado um consumo nocivo e o resultado entre 20 e 40 corresponde a um nível de risco alto tratando-se de uma provável dependência. (3)

Escala Multidimensional de LC Relacionado com a Saúde – Forma A (MHLC – A)

A MHLC-A (*Wallston, Wallston & DeVellis, 1978*) avalia as crenças que os indivíduos têm sobre o controlo da sua saúde através de uma escala de resposta do tipo *likert* com seis opções que variam de 1 (discordo fortemente) a 6 (concordo fortemente) para um total de 18 questões. Cada dimensão do LC (LC) contempla 6 questões. O LC Interno é avaliado pelos itens 1,6,8,12,13 e 17; o LC Externo – Acaso, pelos itens 2,4,9,11,15 e 16 e LC Externo – Outros Poderosos pelos itens 3, 5, 7, 10, 14 e 18, os resultados refletem, respetivamente, o grau em que o sujeito acredita em si mesmo, no acaso como fonte de controlo de sua saúde e em pessoas poderosas. (17)

São obtidos resultados pela média das pontuações dos 6 itens de cada uma das subescalas, de maneira que quanto maior a pontuação total de cada subescala, maior a crença de que essa dimensão controla a sua saúde. (18)

Questionário de Crenças sobre a Doença -Versão Breve (IPQ-B)

O IPQ-B elaborada por *Broadbent, Petrie, Main e Weinman* em 2006 e adaptado por Vera Araújo Soares, Ana Trovisqueira e Teresa *McIntyre* para a população portuguesa, é a versão breve do questionário de crenças sobre a doença que fornece informação sobre a percepção da ameaça da doença. (19,20)

Este instrumento, constituído por nove questões, permite avaliar as representações cognitivas do paciente acerca da doença e do seu tratamento, sendo todas respondidas numa escala de 0 a 10, à exceção da última questão que pede ao paciente para identificar as três causas *likert* mais importantes para a sua doença. Ressalta-se que o último item, por ser uma questão aberta, não foi incluído na análise fatorial exploratória, dada a sua característica qualitativa. (21)

As representações cognitivas de doença, são avaliadas por cinco questões: Consequências (questão 1), Duração (questão 2), Controlo Pessoal (questão 3), Controlo através do Tratamento (questão 4) e Identidade (questão 5). As representações emocionais são avaliadas por duas questões: Preocupação e Emoções questão 6 e questão 8,

respetivamente, e a compreensão da doença é avaliada unicamente por uma questão, a sétima. O IPQ-B indica que um elevado valor numa das questões relaciona-se com uma elevação linear na representação avaliada. (22)

Mais especificamente, pontuações elevadas nos itens 1, 2, 5, 6 e 8 são representativas de ideias negativas acerca de cada item, o que depois será traduzido em representações negativas. No entanto, para os itens 3, 4 e 7, valores elevados traduzem-se em representações positivas acerca do controlo pessoal, controlo do tratamento e da compreensão. (10,23)

É ainda de salientar que os itens 3, 4 e 7 são apresentados na sua forma invertida, quanto maior a pontuação, mais representativo de uma visão ameaçadora da doença sendo por isso necessário ter em atenção aquando da cotação da escala. (19)

Portanto, a pontuação geral é obtida invertendo-se os itens 3, 4 e 7 e adicionando-os à pontuação dos itens 1, 2, 5, 6 e 8. Quanto maior a pontuação total, que varia de 0 a 80, maior a perceção da doença como ameaça. (24)

2.4 Variáveis em estudo

As variáveis consideradas neste estudo são:

- AUDIT;
- MHLC-A;
- IPQ-B.

2.5 Estratégia de Tratamento de dados

A análise estatística foi realizada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25, com um nível de significância α definido a 0.05. As variáveis contínuas foram representadas sob a forma de média e desvio-padrão e as variáveis categóricas através da sua frequência relativa (%) e absoluta (n). A normalidade da distribuição das variáveis contínuas foi analisada com recurso ao teste *Shapiro-Wilk*. Os testes *ANOVA*, *Friedman* e teste-t para amostras independentes foram usados para determinar diferenças significativas face às escalas AUDIT, IPAQ-B e MLHC-A entre grupos de interesse. O coeficiente de correlação de *Spearman* foi usado para obter correlações entre as escalas MHLC-A e AUDIT.

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

TABELA 1 | Caracterização demográfica da amostra à admissão.

Variável	(n=35)
Género, % (n)	
Feminino	25,7 (9)
Masculino	74,3 (26)
Idade atual (anos), média±DP	50,6±10,4
Estado civil, % (n)	
Solteiro	34,3 (12)
Casado	17,1 (6)
Divorciado	42,9 (15)
Viúvo	5,7 (2)
Escolaridade, % (n)	
Sem escolaridade	8,6 (3)
Ensino Básico	31,4 (11)
Ensino Secundário	22,9 (8)
Ensino Superior	37,1 (13)
Idade de início do consumo (anos), média±DP	18,5±7,2
Tratamentos prévios, % (n)	74,3 (26)
Número de tratamentos prévios), média±DP	4,1±5,1
Tratamento prévio em consulta, % (n)	31,4 (11)
Tratamento prévio em internamento, % (n)	71,4 (25)
Consumo de outras substâncias, % (n)	31,4 (11)
Outros antecedentes médicos, % (n)	34,3 (12)
Outros antecedentes psiquiátricos, % (n)	42,9 (15)

DP, desvio-padrão.

Este estudo incluiu um total de 35 doentes internados para desabituação alcoólica com uma idade média de 50,6±10,4 anos (mínimo 30 – máximo 73 anos) e maioritariamente do sexo masculino (74,3%; n=26). 42,9% (n=15) dos doentes eram divorciados e o Ensino Superior foi o nível de escolaridade mais frequentemente apresentado (37,1%; n=13). O consumo alcoólico foi iniciado, em média, aos 18,5 anos de idade e 31,4% (n=11) admitiu ter consumido outras substâncias. Mais de metade tinha um histórico de tratamentos prévios (74,3%; n=26), mais frequentemente em contexto de consulta (71,4%; n=25). 42,9% (n=15) apresentou outros antecedentes psiquiátricos.

3.2 Caracterização dos resultados

TABELA 2 | Evolução temporal das pontuações das escalas AUDIT, IPQ-B e MHLC-A.

Escala	Momento de avaliação			Valor P
	Admissão	Alta	1 mês após a alta	
AUDIT, % (n)				<0.001
Abstinência ou consumo de baixo risco	22,9 (8)	28,6 (10)	68,6 (24)	
Consumo de risco	20,0 (7)	34,3 (12)	31,4 (11)	
Consumo nocivo	14,3 (5)	14,3 (5)	0,0 (0)	
Provável dependência	42,9 (15)	22,9 (8)	0,0 (0)	
IPQ-B, média±DP	46,5±9,7	44,6±10,5	37,6±7,3	<0.001
MHLC-A, média±DP				
LC Interno	25,1±5,6	19,6±9,4	25,5±7,2	<0.001
LC Externo - Acaso	25,5±5,1	19,8±6,7	24,8±7,0	0.362
LC Externo - Outros Poderosos	29,1±2,8	18,2±5,5	29,3±3,6	0.001

AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test; DP, desvio-padrão; IPQ-B, The Brief Illness Perception Questionnaire; MHLC-A, Multidimensional Health Locus of Control Scale - Form A.

À admissão, 42,9% (n=15) dos doentes apresentavam o diagnóstico de dependência alcoólica provável, tendo esta frequência se reduzido para cerca de metade (22,9%; n=8) no momento da alta (Tabela 2). Na consulta de seguimento do primeiro mês, nenhum doente apresentava pontuação sugestiva de dependência e a maioria apresentava abstinência ou consumo de baixo risco (68,6%; n=24) ou consumo de baixo risco (31,4%; n=11). As diferenças nas frequências das classificações do consumo etílico de acordo com o questionário AUDIT entre os três momentos de avaliação foram estatisticamente significativas ($p < 0.001$). Da mesma forma, a distribuição da pontuação total do questionário IPQ-B também diferiu significativamente desde a admissão até à alta, com uma diminuição média de quase 9 pontos entre a admissão e a consulta de seguimento 1 mês após a alta. Relativamente à escala MHLC-A, verificaram-se diminuições significativas da pontuação média da dimensão relativa ao LC Interno ($p < 0.001$) e LC Externo – Outros poderosos ($p = 0.001$) entre o momento da admissão e da alta, tendo estas aumentado para níveis próximos da admissão durante a consulta de seguimento após a alta. As mudanças na distribuição na dimensão relativa ao LC Externo – Acaso não foram significativas ($p = 0.362$).

TABELA 3 | Comparação das pontuações obtidas na escala MHLC-A de acordo com a severidade do consumo nos 3 momentos de avaliação.

MHLC-A (LC)	AUDIT à admissão				AUDIT à alta				AUDIT 1 mês após a alta	
	Abstinência ou consumo de baixo risco	Consumo de risco	Consumo nocivo	Provável dependência	Abstinência ou consumo de baixo risco	Consumo de risco	Consumo nocivo	Provável dependência	Abstinência ou consumo de baixo risco	Consumo de risco
Interno	26,9±3,4	25,1±8,4	27,4±6,2	23,5±4,8	28,6±1,1	23,3±6,3	22,4±5,5	31,0±2,3	28,7±2,6	29,9±3,1
Externo - Acaso	25,6±8,2	19,0±10,9	23,6±9,6	15,3±7,5	21,0±6,9	20,7±6,5	22,0±6,9	14,3±2,1	19,8±5,8*	14,9±2,8*
Externo - Outros Poderosos	28,5±5,4	25,3±8,7	28,0±4,2	23,3±7,7	28,0±4,2	25,2±7,5	20,2±9,5	29,5±2,6	29,4±3,6	29,2±3,7

AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test; DP, desvio-padrão; MHLC-A, Multidimensional Health Locus of Control Scale - Form A.

As distribuições das pontuações totais do LC Interno no momento da admissão foram semelhantes entre doentes com diferentes graus de consumo alcoólico (Tabela 3). No entanto, registaram-se diferenças significativas nos níveis médios do LC Interno no momento da alta entre diferentes graus de consumo alcoólico ($p=0.026$), mas o teste *post-hoc* Games-Howell não revelou diferenças médias significativas entre os pares. 1 mês após a alta, os níveis médios do LC Externo – Acaso eram significativamente superiores nos doentes com abstinência ou consumo de baixo risco em relação aos doentes com consumo de risco ($19,8\pm5,8$ vs. $4,9\pm2,8$; $p=0.013$).

TABELA 4 | Comparação das representações cognitivas dos doentes à admissão e 1 mês após a alta.

IPQ-B, média±DP	AUDIT				Valor P
	Abstinência ou consumo de baixo risco	Consumo de risco	Consumo nocivo	Provável dependência	
Admissão					
Representações positivas	38,4±9,6	35,1±11,4	30,8±13,3	43,3±5,6	0.418
Representações negativas	10,8±6,1	8,3±6,3	9,2±5,4	8,8±4,6	0.315
1 mês após a alta					
Representações positivas	33,9±8,0	34,5±6,6	-	-	0.882
Representações negativas	3,5±3,8	3,2±2,2	-	-	0.759

AUDIT, *Alcohol Use Disorders Identification Test*; DP, desvio-padrão; IPQ-B, *The Brief Illness Perception Questionnaire*.

A Tabela 4 compara as pontuações na escala de representações cognitivas entre os níveis de risco de consumo alcoólico. Não verificámos diferenças significativas nas representações positivas e negativas em ambos os momentos entre os diversos níveis de risco.

TABELA 5 | Correlações (ρ) entre representações cognitivas da doença e LC Interno e Externo através da escala IPQ-B.

MHLC-A (LC)	Admissão			Alta			1 mês após a alta		
	Representações positivas	Representações negativas	Pontuação total	Representações positivas	Representações negativas	Pontuação total	Representações positivas	Representações negativas	Pontuação total
Interno	0,286	-0,336*	0,112	0,401*	-0,101	0,327	0,617**	-0,238	0,498**
Externo - Acaso	-0,024	-0,164	-0,056	0,254	-0,338*	0,081	0,046	-0,168	0,013
Externo - Outros Poderosos	0,121	-0,148	0,034	0,252	-0,290	0,128	0,164	-0,192	0,149

IPQ-B, *The Brief Illness Perception Questionnaire*; * $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

A Tabela 5 analisa as correlações obtidas entre as respostas às escalas MHLC-A e IPQ-B ao longo dos 3 momentos de seguimento. As representações negativas sobre a doença estiveram negativamente correlacionadas com o LC Interno e Externo – Acaso à admissão ($\rho = -0,336$; $p = 0,048$) e à alta ($\rho = -0,338$; $p = 0,047$), respetivamente. As representações positivas da doença estiveram positivamente correlacionadas com o LC Interno à data da alta ($\rho = 0,401$; $p = 0,019$) e 1 mês após esta ($\rho = 0,617$; $p < 0,001$), mas não durante a admissão. A pontuação total do questionário IPQ-B esteve também positivamente correlacionada com o LC Interno na consulta de seguimento 1 mês após a alta ($\rho = 0,498$; $p = 0,002$).

4. DISCUSSÃO

Os instrumentos utilizados para recolha de dados: IPQ-B, MHLC-A, AUDIT, exibiram um comportamento muito similar àquele apresentado em estudos anteriores com distintas populações. Este facto sublinha a grande utilidade, também do ponto de vista da prática clínica, dos referidos instrumentos. (17,20,25)

Contrariamente ao que era esperado, verificaram-se diminuições significativas da pontuação média da dimensão relativa ao LC Interno ($p < 0.001$) e LC Externo – Outros poderosos ($p = 0.001$) entre o momento da admissão e da alta, tendo estas aumentado para níveis próximos da admissão durante a consulta de seguimento após a alta.

Outros estudos com objetivo de analisar as associações entre LC e adesão terapêutica em indivíduos com condições crónicas de saúde, assim como o papel moderador do grupo etário nestas relações, encontraram uma maior tendência para um LC externo-acaso associar-se a menores níveis de adesão terapêutica, independentemente do grupo etário, enquanto a associação negativa entre LC interno e adesão e a associação positiva entre LC Externo- Outros poderosos e adesão foram significativas apenas para os adultos emergentes. Estes resultados sugeriram que o LC pode influenciar a adesão aos tratamentos, daí ser importante considerar como alvo terapêutico nas intervenções psicossociais. (26)

O tratamento da Dependência Alcoólica é um processo contínuo e moroso, que não cessa com o final do internamento. A integração em Comunidades Terapêuticas ou Grupos de Ajuda como os Alcoólicos Anónimos permitem um acompanhamento mais próximo do doente durante os primeiros meses de tratamento e melhoram o prognóstico a longo prazo. A discrepância dos resultados apresentados com a literatura pode ser um reflexo do curto tempo de follow-up conseguido neste estudo. Adicionalmente, o pequeno número de doentes incluídos pode também dificultar a interpretação dos dados encontrados.

Neste estudo, as pontuações totais do LC Interno no momento da admissão foram semelhantes entre doentes com diferentes graus de consumo alcoólico (Tabela 3). Contrariamente ao esperado, um mês após a alta, os níveis médios do LC Externo – Acaso eram significativamente superiores nos doentes com abstinência ou consumo de baixo risco em relação aos doentes com consumo de risco. Este achado poderá ser resultado de um baixo número de doentes, bem como de outros fatores de confundimento que poderão estar presentes, nomeadamente intervenção de familiares com estratégias contentoras e proibição de consumo, um curto tempo de internamento

ou a presença de outras comorbilidades psiquiátricas que dificultem a manutenção da abstinência.

Segundo estudos de *Lachman*, com o passar do tempo, os indivíduos atribuem reconhecimento mais alto a fontes externas de controlo devido ao aumento da consciencialização das limitações pessoais para lidar com situações percebidas como menos controláveis à sua própria ação. (27) O que aponta para uma provável maior necessidade de uma mais informação e sensibilização no sentido dos fatores que o próprio indivíduo pode controlar e focar intervenções no sentido de modificar as suas crenças.

Atendendo à importância que a motivação e a prontidão para a mudança que o doente apresenta têm no sucesso terapêutico, a sensibilização do doente para fatores que o mesmo pode controlar assume-se como essencial no tratamento da dependência alcoólica. No sentido de aumentar a noção de autoeficácia do doente, numa fase inicial do tratamento devem ser propostos objetivos facilmente realizáveis a curto prazo, evoluindo para objetivos a médio e longo prazo quando esta já se encontra mais estabelecida.

A avaliação da evolução das representações cognitivas e emocionais da doença durante o tratamento obteve resultados interessantes, verificando-se uma diminuição média de quase 9 pontos da pontuação total do questionário IPQ-B entre a admissão e a consulta de seguimento 1 mês após a alta. Este resultado demonstra a diminuição da perceção da doença como uma ameaça, o que é de elevada importância uma vez que implica uma melhor gestão da doença através do cumprimento de intervenções mais eficazes para a abstinência. (20)

No que se refere à comparação das representações positivas e negativas das crenças do IPQ-B entre doentes e seus respetivos resultados do AUDIT no seguimento 1 mês após a alta (Tabela 4), não verificámos mudanças significativas.

Neste estudo concluiu-se que as representações negativas sobre a doença estiveram negativamente correlacionadas com o LC Interno e Externo – Acaso à admissão e à alta, respetivamente. Adicionalmente, as representações positivas da doença estiveram positivamente correlacionadas com o LC Interno à data da alta e 1 mês após esta, mas não durante a admissão. A pontuação total do questionário IPQ-B esteve também positivamente correlacionada com o LC Interno na consulta de seguimento 1 mês após a alta ($p=0,498$; $p=0.002$).

Quanto à correlação negativa entre as representações negativas e o LC interno e externo-acaso à admissão, significa que quanto mais intensa a visão da doença como ameaça, menor o LC, o que implica que à admissão tende a ser menor a percepção de controlo pessoal sobre o resultado da sua condição ou menor tendência a percebê-la como resultante das próprias ações (LC interno), valores que mais tarde aumentaram ao longo do tratamento, e menor percepção de que a falta de controlo pessoal sobre a situação resulta de fatores externos, como sorte ou acaso. (11)

Já a correlação positiva entre as representações positivas e o LC interno avaliado um mês após a alta, implica que houve uma mudança da visão no sentido mais positivo da doença, que se relaciona com um LC interno mais elevado, ou seja, maior percepção de que é o seu comportamento que determina a sua condição de saúde.

Isto significa que ao longo do *follow-up* se verificou um aumento da percepção de controlo pessoal sobre a doença, o que representa uma mudança de grande importância atendendo ao impacto que a motivação e prontidão do doente para a mudança influenciam de forma marcada o prognóstico do doente.

E em relação à correlação positiva entre a pontuação total do IPQ-B, que ao longo do tempo foi diminuindo (à admissão: $46,5 \pm 9,7$; alta: $44,6 \pm 10,5$ e um mês após $37,6 \pm 7,3$), com o LC interno um mês após a alta, que apresentou o seu valor mais elevado durante o estudo, mostra que quanto menos ameaçadora a percepção da doença, maior crença no controlo pessoal o indivíduo demonstra.

Este estudo apresenta várias limitações que poderão justificar algumas discrepâncias dos resultados apresentados com a literatura. A pequena dimensão da amostra estudada pode dificultar a interpretação dos resultados. Para além disto, o *follow-up* foi relativamente curto quando consideramos o tempo médio de seguimento de um doente com diagnóstico de Dependência Alcoólica. A estrutura familiar dos doentes e eventuais estratégias contentoras por si implementadas podem ser eficazes na manutenção da abstinência alcoólica, principalmente a curto prazo, devendo ser avaliadas como eventuais fatores confundidores em estudos subsequentes. A comorbilidade psiquiátrica nos doentes com Perturbações do Uso de Substância é muito frequente, podendo agravar o prognóstico destes doentes. A existência de outras Perturbações Psiquiátricas nestes doentes também deverá ser explorada em futuros estudos. No que diz respeito à aplicação dos questionários, a eventual omissão de consumos por parte dos doentes avaliados surge também como uma possível limitação. Adicionalmente, os participantes demonstraram algumas dificuldades em responder a algumas questões, sobretudo relativas ao conhecimento acerca da escala MHLC-A, uma vez que a interpretação de

algumas questões suscitava dúvidas. De acordo com Delgado e Lima (2001), os doentes por vezes omitem a verdade sobre a toma de medicamentos, para agradar ou evitar a desaprovação. (28)

5. CONCLUSÕES

Com o intuito de se obter um maior conhecimento que servisse de suporte para o desenvolvimento de novas estratégias de investigação que melhorassem o bem-estar dos doentes, bem como a recuperação da sua condição, deu-se origem a este projeto de investigação. Concretamente na área da dependência alcoólica, o estudo aqui apresentado surgiu da motivação de se avaliar o impacto da mudança de crenças nestes doentes.

Os resultados obtidos nesta investigação demonstram que a maioria dos doentes reduziram o seu consumo alcoólico, uma vez que à admissão, 42,9% (n=15) dos doentes apresentavam o diagnóstico de dependência alcoólica provável, enquanto na consulta de seguimento do primeiro mês, nenhum doente apresentava dependência alcoólica, e a maioria apresentava abstinência ou consumo de baixo risco (68,6%; n=24) ou consumo de baixo risco (31,4%; n=11). As diferenças nas frequências das classificações do consumo etílico de acordo com o questionário AUDIT entre os 3 momentos de avaliação foram estatisticamente significativas ($p < 0.001$).

Mais especificamente, em relação à mudança de crenças, não se verificou que valores mais elevados do LC interno e valores mais baixos de LC externo se associassem a valores de AUDIT mais baixos. E em relação, à escala de IPQ-B, também não se verificou relação em representações mais positivas em relação à doença se associe a valores mais baixos do AUDIT e vice-versa.

Em síntese, as conclusões aqui apresentadas não afastam a necessidade de identificação e controlo de crenças negativas, bem como a necessidade de as transformar em crenças mais positivas, uma vez que a área das adições, pelo seu enraizamento e aceitação cultural, é particularmente difícil de intervir. O consumo de álcool encontra-se enraizado na nossa cultura, encontrando-se integrado em grande parte dos nossos rituais. Associado a este consumo generalizado surgem várias crenças erradas acerca do consumo desta substância, muitas vezes partilhadas pelos familiares dos doentes, que são difíceis de desconstruir. Este é um dos motivos pelo qual para o tratamento da Dependência de Álcool deve ser implementado um programa terapêutico a longo-prazo, com acompanhamento próximo do doente por períodos que podem ser de anos. Uma intervenção dirigida para a crenças em saúde e relativamente ao consumo de álcool é essencial para uma boa resposta ao tratamento implementado e deve ser mantida após a alta do internamento, uma vez durante este o principal objetivo será a desintoxicação, não sendo suficiente para a mudança sistemática.

Pretende-se, assim, que este trabalho contribua não só para o desenvolvimento de futuras investigações nesta área, como também para o progresso em termos de estratégias e

intervenções que contribuam para uma melhor qualidade de vida das pessoas portadoras de dependência alcoólica, que tenham em conta toda a sua esfera biopsicossocial. Trata-se de um tratamento a longo prazo com intervenção motivacional e psicoterapêutica persistente no sentido da mudança de crenças que pode levar anos até que se consiga progredir no tratamento, daí um breve internamento, não ser o suficiente para a mudança de crenças, resolvendo maioritariamente a dependência física continuando a ser necessário focar nos processos pós alta de manutenção com acompanhamento regular e intervenção farmacológica e psicoterapêutica para atingir bons resultados, nomeadamente a abstinência completa. Acresce também que se espera ter contribuído para uma maior compreensão da doença, pois considera-se que tal é indispensável para sensibilizar a população em geral para os fatores de risco da dependência alcoólica, levando as pessoas a adotarem crenças mais positivas em relação à sua condição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório Anual 2019 - A Situação do País em Matéria de Álcool [Internet]. 2019. Available from: www.sicad.pt
2. Oliveira M da S, Azambuja APR de, Santos AP dos. Crenças associadas ao uso de álcool em populações alcoolista e não alcoolista. *Bol - Acad Paul Psicol.* 2015;35(88):164–80.
3. George FHM. Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool. *Norma Da Direção - Geral Da Saúde* [Internet]. 2013;9. Available from: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>
4. Laranjeira R, Nicastrí S, Jerónimo C, Marques AC, Gigliotti A, Campana Â, et al. Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(2):62–71.
5. M. Zaleski, R. R. Laranjeira AM, L. Ratto, M. Romano HA, M. Soares, V. Abelardino, F. Kessler SB, S. Nicastrí, P. B. Hochgraf, A. Gigliotti TL. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(2):142–8.
6. Oliveira M da S, Laranjeira R, Araujo RB, Camilo RL, Schneider DD. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicol Reflexão e Crítica.* 2003;16(2):265–70.
7. Mussi FC, Gama G. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. *Cien Saude Colet.* 2012;17(12):3371–83.
8. Coleta MFD. Crenças sobre Comportamentos de Saúde e Adesão à Prevenção e ao Controle de Doenças Cardiovasculares. *Mudanças - Psicol da Saúde.* 2010;18(1–2):69–78.
9. Coleta MF Dela. O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. *Temas psicologia- Vol 7 nº2.* 1999;7(2):175–82.
10. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res.* 2006 Jun 1;60(6):631–7.
11. Ribeiro C. Em torno do conceito Locus de Controlo. *Máthesis 9* [Internet]. 2000;297–314. Available from: <http://hdl.handle.net/10316.2/23747>

12. Barletta JB. Comportamentos e Crenças em Saúde: Contribuições da Psicologia para a Medicina Comportamental. *Rev Psicol da IMED*, vol2, n1, p207-317. 2010;2:307–17.
13. Couto A de J. O Modelo de Crenças na Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde. *Referência nº1*. 1998;5–9.
14. Scali DF, Ronzani TM. Estudo das expectativas e crenças pessoais acerca do uso de álcool. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog (Edição em Port)*. 2007;3(1):01–16.
15. Badaró A, Dittz C, Feres Â, Vieira H, Lourenço L. Crenças em Saúde: Levantamento bibliométrico. O portal dos Psicólogos [Internet]. 2014;1–15. Available from: www.psicologia.pt
16. Kong H, West S. Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. 2013;
17. Rodríguez-Rosero JE, Ferriani M das GC, Dela Coleta MF. Escala de locus de controle da saúde - MHLC: estudos de validação. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002;10(2):179–84.
18. Cardoso Â. Estudo Psicométrico Da Versão Portuguesa Da Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) Em Jovens Adultos Saudáveis E Com Condições Crônicas De Saúde. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2017.
19. Duarte J. Avaliação da Vulnerabilidade Psicológica e de Crenças face à Doença em Pessoas com Diabetes Mellitus. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade da Beira Interior; 2016.
20. Graziela Sousa Nogueira. Adaptação e validação do Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) para a cultura brasileira. Vol. 66. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 2012.
21. Nogueira G, Seidl E, Tróccoli B. Análise Fatorial Exploratória do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (Brief IPQ). *Psicol Teor e Pesqui* Jan-Mar 2016, Vol 32 n 1, pp 161-168. 2016;32:161–8.
22. Sobral M. Crenças sobre a doença, morbidade psicológica e dimensões da dor em doentes com dor crónica [Internet]. Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga; 2014. Available from: [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17242/1/Dissertação Manuel.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17242/1/Dissertação%20Manuel.pdf)
23. Ponte V. Relação entre as Representações de Doença e Adesão ao Tratamento em Doentes com Hipertensão Arterial. Universidade Beira Interior; 2020.

24. Valero-Moreno S, Lacomba-Trejo L, Casaña-Granell S, Prado-Gascó VJ, Montoya-Castilla I, Pérez-Marín M. Psychometric properties of the questionnaire on threat perception of chronic illnesses in pediatric patients. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28.
25. Almeida J, Pereira M. Locus de controlo na saúde: conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo 1. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2006;7(2):221–38.
26. Reis J, Pires R, Silva N. Locus de controlo e adesão terapêutica em adultos emergentes e adultos com condições crónicas de saúde: O papel moderador do grupo etário. *Psicologia*. 2017;31(2):89–104.
27. Lachman ME. Locus of control in aging research: A case for multidimensional and domain-specific assessment. Vol. 1, *Psychology and Aging*. US: American Psychological Association; 1986. p. 34–40.
28. Delgado B, Luísa M. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde Doenças*. 2001;81–100.

ANEXOS

Anexo 1- Questionários

Inquérito sociodemográfico

Idade: _____

Género:

Masculino

Feminino

Residência: _____

Estado civil:

Solteiro/a

Casado/a

Divorciado/a

Viúvo/a

Escolaridade:

Sem escolaridade

Ensino básico (1º, 2º e 3º ciclo)

Ensino secundário

Ensino superior

Idade início consumo álcool: _____

Tratamento(s) prévio(s):

Quantos? _____

Consulta

Internamento

Outras substâncias:

Sim

Não

Quais? _____

Outros antecedentes médicos: _____

Outros antecedentes psiquiátricos: _____

Escala IPQ-B

Da mesma maneira, para as questões a seguir, por favor, circule o número que melhor corresponda ao seu ponto de vista.

1. Quanto a doença afeta a sua vida?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não afeta em nada a minha vida											Afeta gravemente a minha vida
2. Quanto controle você sente que tem sobre a sua doença											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Absolutamente nenhum controle											Tenho extremo controle
3. Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar a sua doença?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não ajudará em nada											Ajudará extremamente
4. Quanto você sente sintomas (sinais, reações ou manifestações) da sua doença?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não sinto nenhum sintoma											Sinto muito sintomas graves
5. Quanto você está preocupado(a) com sua doença?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nem um pouco preocupado											Extremamente preocupado
6. Até que ponto você acha que compreende a sua doença?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não compreendo nada											Compreendo muito claramente

Escala MHLC-A

1= Discordo completamente

2= Discordo moderadamente

3= Discordo ligeiramente

4= Concordo completamente

5= Concordo moderadamente

6= Concordo ligeiramente

1. Se eu ficar doente, é o meu próprio comportamento que determina quão cedo eu voltarei a ficar bem.
2. Faça eu o que fizer, se eu tiver de ficar doente (i.e., se estiver destinado), eu irei ficar doente.
3. Ter contacto frequente com o meu médico é a melhor forma de eu evitar ficar doente.
4. A maior parte das coisas que afetam a minha saúde acontecem-se por acaso.
5. Sempre que não me sinto bem, eu devo consultar um profissional de saúde qualificado.
6. Eu tenho controlo sobre a minha saúde.
7. A minha família contribui muito para eu ficar doente ou permanecer saudável.
8. Quando eu fico doente, a culpa é minha.
9. A sorte é muito importante para determinar quão cedo eu irei recuperar de uma doença.
10. Os profissionais de saúde controlam a minha saúde.
11. A minha saúde, é em grande parte, uma questão de sorte.
12. O que mais influencia a minha saúde é aquilo que eu faço.
13. Se eu tomar conta de mim próprio, eu posso evitar ficar doente.
14. Quando eu recupero de uma doença, é geralmente porque outras pessoas (por exemplo, médicos, enfermeiros, familiares, amigos) cuidaram bem de mim.
15. Faça eu o que fizer, é provável que eu fique doente.
16. Se estiver destinado, eu continuarei saudável.
17. Se eu adotar comportamentos adequados, eu posso continuar saudável.
18. Em relação à minha saúde, eu só posso fazer o que os médicos me disserem para fazer.

AUDIT

Circule o número que ficar mais próximo à resposta dada:

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Duas a quatro vezes por mês	(3) Duas a três vezes por semana	(4) Quatro ou mais vezes por semana
2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas você costuma tomar?				
(0) 1 ou 2	(1) 3 ou 4	(2) 5 ou 6	(3) 7 a 9	(4) 10 ou mais
3. Com que frequência você toma seis ou mais doses em uma ocasião?				
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
4. Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?				
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
5. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?				
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?				
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
7. Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?				

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
8.Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?				
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
9. Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou porque você bebeu?				
(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano		(4) Sim, durante o último ano	
10.Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou te disse para parar de beber?				
(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano		(4) Sim, durante o último ano	

Anexo 2- Consentimento Informado

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntaria participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas. A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao profissional de saúde responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O profissional de saúde responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.
4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me foram dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o profissional de saúde e informá-la(o) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Posso exercer o meu direito de retificação e /ou oposição tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Tenho conhecimento que profissional de saúde tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.
8. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do Participante _____
Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / ___

Nome de Testemunha (s) / Representante(s) Legal(is): _____
Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / ___

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do estudo acima mencionados.

Nome do Investigador: _____
Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / ___

Anexo 3- Parecer da Comissão de ética (CE)

CE- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Envio parecer CE_Proc. CE-100/2021_Sara Sousa ▶ Caixa de entrada x



Comissão Ética - FMUC

para mim, vera_martins_83, mbsb.jesus ▾

sexta, 3/12, 10:42 ☆ ↶ ⋮

Exma. Senhora

Dra. Sara Isabel Soares de Sousa,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V.Exa. com o título **“O impacto da mudança de crenças na recuperação de adições”**, foi analisado na reunião da Comissão de Ética da FMUC de 24 de novembro, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

“Parecer favorável, após obtenção das correções solicitadas, que foram aceites”.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

CE- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Comissão de Ética para a Saúde

Visto/ À U.I.D.

para difusão

Dr. Nuno Deveza

Diretor Clínico

SUA REFERÊNCIA - EPE

SUA COMUNICAÇÃO DE

Exmo. Senhor

Dr. Nuno Deveza

Digmº Diretor Clínico do CHUC

NOSSA REFERÊNCIA

N.º 451/CES

DATA

02-12-2021

Proc.º OBS.SF.200-2021

PI OBS.SF.200-2021 "O IMPACTO DA MUDANÇA DE CRENÇAS NA RECUPERAÇÃO DE ADIÇÕES"

Entrada na UID: 26-07-2021

Entrada na CES: 04-11-2021

Investigador/a/es: SARA ISABEL SOARES DE SOUSA - Aluna do 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina

Coordenador/a/es: VERA LÚCIA MARTINS

Co-Investigador/a/es: MARIANA BARATA SANTOS BARREIRA DE JESUS

Promotor: NÃO APLICÁVEL

Serviço de Realização: SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Cumprir informar Vossa Ex.ª que a CES - Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 17 de Novembro de 2021, após reapreciação do projeto de investigação supra identificado, emitiu o seguinte parecer:

"A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável ao seu desenvolvimento no CHUC. Contudo solicita: 1) a uniformização da designação do promotor do estudo no formulário específico da Comissão de Ética e no formulário de consentimento informado, que será a Faculdade de Medicina; 2) que o nome dos participantes seja retirado do caderno de registo de dados, no cumprimento do princípio de minimização; 3) que seja dada indicação aos participantes para não preencherem o seu nome no formato original do instrumento de avaliação, para cumprir o designado relativamente aos dados a colher; 4) que o tempo previsto para a resposta aos questionários seja mencionado no formulário de consentimento informado. A versão final do documento depois de corrigida deve ser enviada, com as alterações efetuadas devidamente assinaladas, para encerramento do processo administrativo".

Mais informa que a CES do CHUC deverá ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

A Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, E.P.E.

Margarida Silvestre

Prof. Doutora Margarida Silvestre
Presidente

CES do CHUC: Prof. Doutora Margarida Silvestre, En.º Adélio Tinoco Mendes, Dra. Cláudia Santos, Dra. Isabel Gomes, Dra. Isabel Ventura, Rev. Pe. Doutor Nuno dos Santos, Dr. Pedro Lopes, Doutora Teresa Lapa, Dra. Teresa Monteiro

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Praceta Prof. Mota Pinto, 3000 - 075 Coimbra, PORTUGAL
TEL + 351 239 400 400 - EMAIL secetica@chuc.min-saude.pt - www.chuc.min-saude.pt

1/1