

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

**EFEITOS DA ACUPUNCTURA AURICULAR NA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E
FREQUÊNCIA CARDÍACA EM DOENTES COM MULTI-ADICÇÕES**

Estudo Exploratório

João André Pires Falcão

Dissertação de Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa

2014

João André Pires Falcão

**EFEITOS DA ACUPUNCTURA AURICULAR NA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E FREQUÊNCIA
CARDÍACA EM DOENTES COM MULTI-ADICÇÕES**

Estudo Exploratório

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre
em Medicina Tradicional Chinesa submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Orientador – Professor Henry Johanés Greten

Categoria – Professor Associado

Afiliação - Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar, Universidade do Porto

Co-Orientador – Mestre Maria João Santos

Categoria – Professora Adjunta Convidada

Afiliação - Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar, Universidade do Porto

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho foi um enorme desafio pessoal pelas mais diversas razões, pelo que, várias vezes pensei que não seria capaz de o concretizar. Se hoje este trabalho é uma realidade, deve-se ao interesse, disponibilidade e dedicação de todas as pessoas fantásticas que aqui menciono:

Ao Professor Jorge Machado, pela disponibilidade, recomendações, motivação e incentivo e por acreditar que este projecto seria possível. Sem o seu apoio e visão pragmática não teria sido possível.

Ao Professor Henry Johanes Greten, por orientar este trabalho, pela partilha de conhecimentos científicos e experiência em Medicina Tradicional Chinesa ao longo destes dois anos, pelo rigor exigido e motivação.

Ao Dr. José Ramos, Director Técnico da Clínica do Outeiro, pela oportunidade cedida de desenvolver o meu trabalho na Clínica do Outeiro.

À Professora Maria João Santos, pela constante motivação e procura de soluções, pela partilha de experiência e conhecimentos e pela ajuda e supervisão na recolha de dados.

Ao Professor Jürgen Stürmer, Especialista em Acupunctura Auricular, pelas sugestões e orientações na definição dos pontos de acupunctura a utilizar no Modelo Heidelberg.

Ao Professor Nuno Correia, pela disponibilidade, incentivo e interesse demonstrados.

Ao Professor Pedro Aguiar, Especialista em Epidemiologia Bioestatística na Universidade Nova de Lisboa, pela amizade, pelo esforço em encontrar disponibilidade, pelas sugestões e orientação no tratamento estatístico dos dados deste estudo. A tua ajuda foi determinante.

Ao colega Sérgio Ferreira pela permanente disponibilidade, interesse no estudo e pela inestimável ajuda na recolha dos dados e auxílio na aplicação dos protocolos. Desejo-te os maiores sucessos profissionais na Medicina Tradicional Chinesa.

A minha namorada Catarina pela dedicação permanente, pelo apoio e ajuda incondicional, estando disposta a fazer tudo o que fosse preciso para que a conclusão deste trabalho fosse possível.

Aos meus pais e família por acreditarem e me apoiarem sempre na concretização dos meus objectivos.

Ao Miguel Almeida pela disponibilização do equipamento que permitiu o registo dos dados da frequência cardíaca.

Aos meus amigos Viktor Guérig, Cornelia Wenger e Alex pelo incentivo, interesse e apoio.

A todos os pacientes da Clínica do Outeiro, um especial agradecimento pelo contributo na sua participação e o desejo de que alcancem com sucesso todas as etapas da sua reabilitação.

NOTA INTRODUTÓRIA

Por opção do autor, este trabalho não seguiu a norma do novo acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

A terminologia de Medicina Tradicional Chinesa baseou-se na obra do Professor Manfred Porkert (Porkert M, 1983) e que é adotada no Mestrado de Medicina Tradicional Chinesa do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

RESUMO

Introdução: O consumo de substâncias é nos dias que correm um grave problema de saúde pública. Num momento em que a Europa está a atravessar um período de austeridade económica, com níveis crescentes de desemprego entre os jovens, esta situação pode vir a agravar-se. Assim, o desenvolvimento de intervenções complementares como a aplicação de técnicas usadas em Medicina Tradicional Chinesa pode ter impacto positivo nos factores psíquicos, como a sintomatologia de ansiedade e depressão. Estes sintomas podem ser causa ou consequência do abuso de drogas, contudo, reduzir os seus efeitos poderá ajudar os doentes a lidar com a síndrome de abstinência, reduzindo as hipóteses de recaída.

Objectivo: O objectivo deste estudo é aprofundar o conhecimento acerca dos efeitos da acupunctura auricular nos níveis de ansiedade, depressão e frequência cardíaca, numa população em tratamento para a dependência de múltiplas substâncias.

Metodologia: Este estudo exploratório contou com uma amostra de pacientes dependentes de múltiplas substâncias psicoactivas (n = 20). Estes sujeitos foram aleatoriamente distribuídos por três grupos: Grupo de Acupunctura Auricular Heidelberg (n = 6); Grupo Acupunctura Auricular NADA (n = 6); Grupo Controlo (n=8).

Todos os participantes responderam aos questionários de ansiedade e depressão, para uma avaliação prévia (baseline) dos sintomas de ansiedade e depressão, procedendo-se também à primeira medição da frequência cardíaca. Os participantes dos grupos experimentais (Heidelberg e NADA) foram sujeitos a um tratamento de 7 dias com agulhas semi-permanentes ASP. Decorridos esses 7 dias, todos os indivíduos (3 grupos) foram sujeitos a uma segunda medição da frequência cardíaca. Após mais 7 dias, já sem tratamento, todos voltaram a responder aos questionários de ansiedade e depressão e foi realizada a terceira e última medição da frequência cardíaca.

Parâmetros Principais: Índice Geral de Ansiedade da Escala de Ansiedade de Auto-Avaliação de Zung e Score Global do Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE). **Parâmetros Secundários:** Frequência Cardíaca.

Comissão de Ética: O estudo foi aprovado através do parecer positivo da Comissão de Ética do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – ICBAS-UP.

Resultados: Participaram no estudo 20 doentes em tratamento para a dependência de substâncias psicoactivas, 16 homens e 4 mulheres, com uma média de idades de 46,40 anos. Estes apresentavam uma média de ansiedade no início do estudo de 49,6 (Ansiedade Leve a Moderada) e uma média no score de depressão de 29,25 (Depressão Leve). Verificaram-se reduções em todos os grupos para todas as dimensões avaliadas. Na ansiedade, o grupo NADA obteve as maiores diferenças na média das diferenças entre o antes e o depois do tratamento (12,00) e grupo Heidelberg o que obteve as menores diferenças (0,33). Na depressão repetiu-se o mesmo padrão sendo o grupo NADA a obter as maiores diferenças entre o antes e o depois. Numa análise com os dois grupos de acupunctura agrupados foi possível realizar o teste T de Student, o qual não mostrou a existência de diferenças significativas entre os grupos de acupunctura e controlo, p-values > 0,050. Na comparação entre os dois métodos Heidelberg vs. NADA verificou-se a existência de diferença significativa na dimensão Motora da Escala de Ansiedade de Zung (Teste T= -2,524; p= 0,030). A comparação das médias na frequência cardíaca evidenciou, efeitos positivos da acupunctura nos grupos experimentais, sobretudo entre a medição T0 (baseline) e T1 (7dias depois). O teste T só foi possível fazer agregando os dois grupos de acupunctura, revelando diferenças significativas entre as médias das diferenças das frequências cardíacas antes e depois (T0-T1

p=0,012); (T1-T2 p=0.001). No geral, verifica-se uma maior tendência de eficácia do protocolo NADA, e maiores efeitos destes protocolos de acupuntura auricular sobre a depressão, do que sobre a ansiedade.

Conclusão: Este estudo permite verificar que estes dois protocolos de Acupuntura Auricular apresentam tendências de efeitos positivos, sobretudo sobre a sintomatologia de depressão. O protocolo NADA parece ser um pouco mais eficaz que o Heidelberg. No entanto, estes resultados são exploratórios, lançando apenas algumas pistas que justificam o desenvolvimento de futuras investigações neste campo. Os resultados apurados, apesar de apresentarem limitações, evidenciaram que a acupuntura auricular tem potencial para, após estudos com amostras mais representativas, ser um bom método complementar ao tratamento bio-psicossocial utilizado convencionalmente nas instituições de tratamento de dependentes de substâncias psico-ativas.

Palavras-chave: Ansiedade; Depressão; Multi-Adicções; Acupuntura Auricular; Medicina Tradicional Chinesa.

ABSTRACT

Introduction: Substance use is nowadays a serious public health problem. At a time when Europe is passing through a period of economic austerity, with increasing levels of unemployment among young people, this situation is likely to get worse. Thus, the development of complementary interventions such as the application of techniques used in Traditional Chinese Medicine can have a positive impact on psychological factors, such as anxiety and depression symptoms. These symptoms could be a cause or a consequence of drug abuse, although reducing its effects can help the patients to deal with the withdrawal syndrome, reducing the chances of relapse.

Objective: The aim of this study is to deepen the knowledge about the effects of auricular acupuncture on anxiety and depression levels and on heart rate, in a population in treatment for addiction to multiple substances.

Methods: This exploratory study involved a sample of patients addicted to multiple psychoactive substances (n=20). These subjects were randomly assigned to three groups: Heidelberg Auricular Acupuncture Group (n=6); NADA Auricular Acupuncture Group (n=6); Control Group (n=8).

All participants completed the questionnaires of anxiety and depression, to prior assess the symptoms of anxiety and depression (baseline), at the same time proceed to the first heart rate measurement. Participants in the experimental groups (Heidelberg and NADA) were subjected to a 7-day treatment with semi-permanent needles ASP. After these 7 days, all patients (3 groups) were subjected to a second heart rate measurement. After 7 more days without treatment, all the participants completed the questionnaires of anxiety and depression for the second time and were subjected to the third heart rate measurement.

Major parameters: Zung's Self-Assessment Anxiety Scale and Depression Clinical Assessment Inventory (IACLIDE):

Secondary parameters: Heart Rate.

Ethics Commission: The study was approved by Ethics Committee of the Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar – ICBAS.

Results: 20 patients, in treatment for psychoactive substances addiction, participated in the study, 16 males and 4 females, with an average age of 46.40 years. On the baseline measurement, these participants revealed an anxiety level of 49.6 (mean) equivalents to Mild to Moderate Anxiety, and an average score of the depression of 29.25, equivalent to Mild Depression. The results showed that the three groups decreased their levels in all the variables in study. Regarding anxiety, the NADA group had the highest mean difference between before and after treatment (12,00) and the Heidelberg group obtained the lowest difference (0.33). Depression levels followed the same pattern with NADA Group obtaining the largest differences between after and before treatment.

Grouping the two acupuncture groups, in order to be possible to perform statistical tests (T-Student test), results showed no significant differences between the control group and acupuncture group, p-values > 0.050. Comparing the two acupuncture protocols, Heidelberg vs NADA, the t-test revealed the existence of significant differences in the Motor Dimension of Zung's Anxiety Scale (t test = -2.524, p = 0.030). A comparison of the heart rate mean, showed positive effects of acupuncture in the experimental groups, especially between T0 (baseline) and T1 (7 days later) measurement. The t-test was only possible by grouping, one more time, to the two acupuncture groups. In this case, the test showed significant differences between the cardiac frequencies before and after the auricular acupuncture treatment (T0-T1 p=0.012); (T1-T2 p=0.001). Overall, there is a greater efficacy tendency of NADA protocol and larger effects of both ear acupuncture protocols on the depression than on anxiety levels.

Conclusion: This study shows that these two Auricular Acupuncture protocols seem to have positive effects on psychological symptoms, specially on those concerned with depression. The NADA protocol seems to be somewhat more effective than Heidelberg. However, these results are exploratory, providing a few clues that justify the development of further studies on this matter. The results obtained, despite having limitations, showed that auricular acupuncture has the potential to be a good complementary method to the traditional bio-psychosocial treatment, commonly used in institutions for the treatment of psychoactive substances addicts.

Keywords: Anxiety; Depression; Multi-Addictions; Auricular Acupuncture; Traditional Chinese Medicine.

ÍNDICE

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1 DEPRESSÃO	6
2.1.1 Definição do Conceito de Depressão	6
2.1.2 Etiologia da Depressão	7
2.2 ANSIEDADE	8
2.2.1 Definição do Conceito de Ansiedade	8
2.2.2 Etiologia da Ansiedade	10
2.3 ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS	11
2.3.1 Definição de Conceitos	12
2.3.2 Classificação das Drogas	15
2.3.3 Problemas Físicos, Psíquicos e Sociais Associados às Drogas e Álcool	15
2.4 ANSIEDADE E DEPRESSÃO ASSOCIADA AO CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS	17
2.5 A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	19
2.5.1 Definição e História	19
2.5.2 A Medicina Tradicional Chinesa Segundo o Modelo de Heidelberg	21
2.5.2.1 Teoria das Cinco Fases na Medicina Tradicional Chinesa	24
2.5.2.2 O Diagnóstico na Medicina Tradicional Chinesa, Segundo o Modelo de Heidelberg	28
2.5.3 A Acupunctura Auricular	31
2.6 ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	33
2.6.1 Estado da Arte Sobre Acupunctura Aplicada ao Tratamento da Ansiedade e Depressão ..	34
2.7 TRATAMENTO DAS ADIÇÕES NA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	37
2.7.1 Estado da Arte Sobre Acupunctura Aplicada ao Tratamento das Adições	37
2.7.1.1 O Protocolo da National Acupuncture Detoxification Association – NADA	41
2.8 MECANISMOS DE ACÇÃO NEUROFISIOLÓGICA DA ACUPUNCTURA	43
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	46
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	47
3.2 PERTINÊNCIA DO ESTUDO	47
3.3 OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	48
3.4 AMOSTRA	49
3.5 DESENHO DO ESTUDO	50

3.6 APLICAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE ACUPUNCTURA AURICULAR	53
3.6.1 Grupo 1 – Protocolo Segundo Modelo Heidelberg	53
3.6.2 Grupo 2 – Protocolo Segundo Modelo NADA	55
3.6.3 Grupo de Controlo	57
3.7 MATERIAIS	58
3.8 INSTRUMENTOS	58
3.8.1 Questionário Sociodemográfico	58
3.8.2 Questionário de Avaliação Clínica da Depressão – IACLIDE	58
3.8.3 Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung	60
3.8.4 Medição dos Dados Neurovegetativos	62
3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	63
3.10 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	64
CAPÍTULO IV – RESULTADOS	65
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA	66
4.1.1 Caracterização Sociodemográfica	66
4.1.2 Caracterização Quanto ao Padrão de Consumos	67
4.1.3 Caracterização Quanto à Ansiedade, Depressão e Frequência Cardíaca	69
4.1.4 Comparação entre Grupos: Análise da Homogeneidade	70
4.2 CONSISTÊNCIA INTERNA DOS INSTRUMENTOS	74
4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	75
4.3.1 Análise Descritiva	75
4.3.2 Resultados do Teste de Comparação de Médias (T-Student)	80
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO	85
CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	103

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Símbolo do Sistema Regulador da Curva Sinusoidal	
Figura 2 – Os Quatro Componentes do Diagnóstico Funcional Segundo Modelo de Heidelberg.....	
Figura 3 – Representação Anatômica de um Feto no Pavilhão Auricular	
Figura 4 – Esquema do Funcionamento Neurofisiológico da Acupuntura	
Figura 5 – Esquema do Procedimento Experimental	
Figura 6 – Pontos Heidelberg Utilizados na Orelha Dominante	
Figura 7 – Pontos Heidelberg Utilizados na Orelha Não Dominante	
Figura 8 – Pontos NADA Utilizados na Orelha Dominante	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Bebidas Mais Consumidas Pelos Sujeitos Antes do Pedido de Ajuda	
Gráfico 2 – Drogas Mais Consumidas Pelos Sujeitos Antes do Pedido de Ajuda	
Gráfico 3 – Médias do Índice Total de Ansiedade Antes e Depois do Tratamento	
Gráfico 4 – Médias do Índice Total de Depressão Antes e Depois do Tratamento	
Gráfico 5 – Médias da Frequência Cardíaca nos 3 Momentos de Medição	
Gráfico 6 – Médias das Dimensões de Ansiedade Antes e Depois do Tratamento	
Gráfico 7 – Médias das Dimensões de Depressão Antes e Depois do Tratamento	
Gráfico 8 – Médias dos Factores de Depressão Antes e Depois do Tratamento	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios de Diagnóstico DSM-IV para Abuso e Dependência de Substâncias	
Tabela 2 – Classificação dos Tipos de Drogas	
Tabela 3 – Problemas Físicos e Psicológicos Associados ao Consumo de Substâncias	
Tabela 4 – Grupos Experimentais e Grupo de Controlo	
Tabela 5 – Classificação dos Níveis de Depressão do IACLIDE	
Tabela 6 – Dimensões da Escala de Auto- Avaliação de Zung	
Tabela 7 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra	
Tabela 8 – Caracterização da Amostra Quanto ao Padrão de Consumos	
Tabela 9 – Caracterização da Amostra Quanto à Ansiedade, Depressão e Frequência Cardíaca	
Tabela 10 – Nº de Sujeitos por Grupo Experimental e Grupo de Controlo	
Tabela 11 – Homogeneidade dos 3 Grupos Quanto às Variáveis Sociodemográficas	
Tabela 12 – Homogeneidade dos 3 Grupos Quanto à Ansiedade e Depressão	
Tabela 13 – Homogeneidade dos Grupos Acupunctura e Controlo Quanto às Variáveis Sociodemográficas	
Tabela 14 – Homogeneidade dos Grupos Acupunctura e Controlo Quanto à Ansiedade e Depressão	
Tabela 15 – Resultados Alfa de Cronbach Escala de Ansiedade de Zung	
Tabela 16 – Resultados Alfa de Cronbach IACLIDE	
Tabela 17 – Diferenças de Médias da Frequência Cardíaca nos 3 Momentos de Medição	
Tabela 18 – Comparação das Diferenças de Médias entre o Antes e Depois do Tratamento de Acupunctura quanto aos Níveis de Ansiedade e Depressão: Resultados Testes T (Acupunctura vs Controlo)	
Tabela 19 – Comparação das Diferenças de Médias entre o Antes e Depois do Tratamento de Acupunctura quanto à Frequência Cardíaca: Resultados Testes T (Acupunctura vs Controlo)	
Tabela 20 – Comparação das Diferenças de Médias entre o Antes e Depois do Tratamento de Acupunctura quanto Níveis de Ansiedade e Depressão: Resultados Testes T (Heidelberg vs NADA)	
Tabela 21 – Comparação das Diferenças de Médias entre o Antes e Depois do Tratamento de Acupunctura quanto à Frequência Cardíaca: Resultados Testes T (Heidelberg vs NADA)	

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Critérios DSM IV para Depressão Major

Anexo II – Modelo de Consentimento Informado

Anexo III – Questionário Sociodemográfico

Anexo IV – Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)

Anexo IV – Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung

Anexo IV – Aprovação da Comissão de Ética do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar para a realização do Estudo

Anexo VII – Autorização da Clínica do Outeiro para realização do estudo

Anexo VIII – Autorização do autor para utilização do instrumento IACLIDE

Anexo IX – Tabela Descritiva das Médias das Variáveis Ansiedade, Depressão e Frequência Cardíaca, Antes e Depois do Tratamento

Anexo X – Declaração de Autorização para Submissão de Tese de Mestrado

ÍNDICE DE SIGLAS

OETD – Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência

ISSDP – International Society for the Study of Drug Policy

MTC – Medicina Tradicional Chinesa

OMS – Organização Mundial de Saúde

ICD 10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision

DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

SNC – Sistema Nervoso Central

ALT – Algor Laedens Theory

ASP – Agulhas Semi Permanentes

NADA – National Acupuncture Detoxification Association

BDI – Beck Depression Inventory

BAI – Beck Anxiety Inventory

SAMSHA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration

ACTH – Hormona Adrenocorticotrófica

EEG – Electroencefalograma

GFR – Velocidade de Filtração Glomerular

IACLIDE – Inventário de Avaliação Clínica da Depressão

SPSS – Statistical Package for the Social Science

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

I - INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias é nos dias que correm um grave problema de saúde pública. Seja por razões epidemiológicas, políticas, económicas ou sociais, o consumo de substâncias psicoactivas, tem ganho grande atenção a nível mundial, dada a sua dimensão impactos na sociedade moderna.

Alguns dados apontam para que, nos Estados Unidos, até ao ano 2000, dois em cada três homens e mulheres fossem ou tivessem sido consumidores de álcool em determinado momento das suas vidas e que 70% ou mais dos indivíduos entre os 20 e os 30 anos tivessem experimentado marijuana (Schuckit, M., 1998). Na União Europeia, e segundo dados de 2008, estima-se que mais de um milhão de pessoas recebam algum tipo de tratamento para problemas causados por consumos de droga (OEDT - Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência, 2010).

De facto, não existe um conjunto de dados que permita descrever toda a população de consumidores de droga que estão actualmente a fazer tratamento para a toxicodependência na Europa. No entanto, o indicador de procura do OEDT, registou, em 2008, cerca de 440.000 utentes em início de tratamento, dos quais 40%, a fazer pela primeira vez na vida (OEDT, 2010).

Num momento em que a Europa está a atravessar um período de austeridade económica, com níveis crescentes de desemprego entre os jovens, receia-se que esta situação se possa vir a agravar (OEDT, 2010). Com efeito, uma das suas conclusões gerais da International Society for the Study of Drug Policy (ISSDP, cit. por OEDT, 2010) é a de que esta conjuntura pode levar ao aumento do número de adolescentes desempregados que se poderão dedicar à venda e tráfico de drogas, aumentando, assim, a disponibilidade e o consumo entre os seus pares. Alguns jovens adultos também podem vir a consumir drogas com mais frequência para enfrentar o stress e as dificuldades económicas (OEDT, 2010).

Este é, portanto, um duplo problema. Por um lado, as ameaças de uma conjuntura que aumenta os riscos de uma maior incidência de problemas ligados ao consumo de drogas, com todas as consequências que isto poderá envolver. Por outro lado, a consequente falta recursos, devido aos cortes que os estados têm efectuado, poderá limitar a capacidade para responder eficazmente a este potencial aumento do número de doentes. Deste modo, este é um tema que interessa estudar nas suas diferentes perspectivas, procurando soluções e respostas complementares que reforcem o sucesso das intervenções no terreno e, nalguns casos, possam inclusivamente reduzir custos.

No que se refere às abordagens terapêuticas mais utilizadas no tratamento dos problemas ligados às drogas, as principais modalidades utilizadas no contexto europeu são as intervenções psicossociais centradas no paciente e inspiradas no Modelo Minesotta e Modelo Transteórico da Mudança, programas de redução dos danos com a substituição de opiáceos e os programas de prevenção de recaídas (Ferreira-Borges C., & Filho, H., 2004). Efectivamente, ao nível dos programas de tratamento, apesar do aumento da oferta, existem ainda algumas limitações e obstáculos ao seu acesso, nomeadamente regulamentações com critérios de admissão e quadros jurídicos rigorosos, a falta de pessoal devidamente formado, a baixa densidade geográfica dos prestadores de serviços de tratamento ou os custos do tratamento para o doente.

No entanto, as previsões apontam para uma duplicação do número de consumidores de droga na Europa entre 2001 e 2020, o que exigirá abordagens adequadas e inovadoras de tratamento e assistência a esta população crescente (OEDT, 2010).

Assim, novas abordagens terapêuticas de reabilitação destes doentes devem ser investigadas no sentido, de se procurar soluções que possam ser integradas e aumentar a eficácia dos programas de reabilitação bio-psico-sociais e os modelos de prevenção de recaídas.

A importância de intervenções complementares como a aplicação de técnicas usadas em Medicina Tradicional Chinesa (MTC) pode, eventualmente, servir de suporte na reabilitação do doente, na medida em que poderão ter impacto nalguns factores críticos para o sucesso do processo de tratamento, tais como factores psíquicos, como a sintomatologia de ansiedade e depressão (Adés, J. & Lejoyeux, M., 2004).

Os desenvolvimentos na intervenção da MTC ao nível da ansiedade e depressão são igualmente relevantes no sentido em que, independentemente do tipo de população estudada, são perturbações que têm vindo a adquirir cada vez mais relevo nas sociedades actuais.

Na verdade, segundo dados da OMS (2006, cit. por Sobocky, P., Jönsson, B., Angst, J. & Rehnberg, C., 2006) prevê-se que em 2020 a depressão se torne na segunda doença causadora de maior incapacidade, depois da doença cardíaca, afectando cerca de 121 milhões de pessoas em todo o mundo. Afirmam que a depressão tenha afectado até 2004, pelo menos 21 milhões de pessoas na Europa, o que representa um custo social de 118 biliões de Euros, cerca de 250 Euros por habitante. Nos Estados Unidos, a depressão é uma doença comum e é uma das dez doenças mais reportadas pela população que recorre a serviços de saúde (Eisenberg et al., 1993, cit. por Xia, Y., Cao, S., Wu, G, Cheng, J., 2009).

A ansiedade, comumente descrita no dia a dia como stress, é um problema bastante comum nas sociedades modernas, tendo custos sociais elevados, tanto pelo sofrimento

que gera, pela menor produtividade e menor qualidade de vida das pessoas que sofrem deste transtorno, como pelos custos dos tratamentos no sistema de saúde.

No contexto da dependência de substâncias, a ansiedade e a depressão surgem muitas vezes associadas a comorbilidade (Menezes, G., Fontenelle, L., Mululo, S., Versiani, M., 2007). O desespero verificado em algumas perturbações psiquiátricas, como por exemplo a ansiedade e a depressão, pode levar os doentes ao consumo de substâncias psicoactivas, e, por sua vez este conduzir ao desenvolvimento de perturbações relacionadas com o uso dessas substâncias, assim como, pelo contrário, o uso de certas substâncias poderá aumentar o risco de desenvolvimento de certas formas de patologia do foro psíquico (Silveira, S., 2004).

Assim, este trabalho pretende aprofundar o conhecimento acerca da eficácia da acupunctura para a redução dos sintomas de ansiedade e depressão, nomeadamente pela comparação de dois protocolos de acupunctura auricular. Pretende-se, por um lado, compreender os seus efeitos nesta sintomatologia, tão presente nas sociedades actuais por diversas razões e, por outro lado, estudá-la numa população em tratamento para a dependência de diversas substâncias, partindo do pressuposto que a redução desta sintomatologia durante o período de tratamento, possa efectivamente contribuir para o sucesso da terapêutica.

CAPÍTULO II

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 DEPRESSÃO

2.1.1 Definição do Conceito de Depressão

Segundo dados da OMS (2006, cit. por Sobocky, P. et al., 2006), estima-se que em 2020 a depressão se torne na segunda doença causadora de maior incapacidade, depois da doença cardíaca, afectando cerca de 121 milhões de pessoas em todo o mundo. Nos EUA, a depressão é uma doença comum e é uma das dez doenças mais reportadas pela população que recorre a serviços de saúde (Eisenberg et al., 1993, cit. por Xia, Y., 2009). Estima-se que 9,5% da população adulta sofra de depressão uma vez por ano e que 16% da população sofra de depressão pelo menos uma vez na vida (Robins, L., & Regier, D., 1990, cit. por Xia, Y., 2009). Esta doença é descrita como um conjunto de sintomas amplo e heterogéneo cujo ponto central se caracteriza por um estado de espírito depressivo e pela perda de satisfação na realização da maioria das actividades (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004, Cit. por Pilkington, K., 2010).

É normal sentir algum grau de depressão ou tristeza na ocorrência de algumas adversidades normais da vida, como o final de uma relação de longo termo, a perda de um emprego ou a morte de uma pessoa querida. Contudo, na forma de perturbação, esta é sentida de forma profunda e durante um longo período de tempo, interferindo com a capacidade da pessoa funcionar de forma eficaz no seu dia-a-dia. Neste caso tem a designação de Perturbação Depressiva Major (Feldman, R., 2001).

A Depressão Major é uma perturbação do humor severa e potencialmente ameaçadora da vida da pessoa e que pode conduzir a perdas de contacto com a realidade nos seus casos mais extremos. Os sujeitos que sofrem deste tipo de perturbação normalmente sentem-se sós, incapazes, têm perturbações do sono e podem apresentar desespero em relação ao futuro (Feldman, R., 2001).

Existem dois sistemas de classificação de doenças usados para diagnosticar a depressão: o ICD-10 e a DSM-IV.

Segundo a DSM-IV, sistema de diagnóstico amplamente utilizado no âmbito da saúde mental, a depressão major caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos, de pelo menos 2 semanas, com 5 dos 9 sintomas listados (Anexo I). Esta enumeração inclui sintomas psicológicos e somáticos, que estão presentes, durante o mesmo período, sendo um deles obrigatoriamente humor deprimido ou anedonia (DSM-IV TR, 2002).

Na ICD-10 distinguem-se as perturbações depressivas (ponto F32) das perturbações depressivas recorrentes, ou seja, as que implicam a ocorrência repetida de episódios depressivos (F33). Segundo este modelo de diagnóstico, um episódio de perturbação depressiva caracteriza-se por humor depressivo que varia pouco de dia para dia ou de acordo com as circunstâncias e que pode acompanhar-se de sintomas somáticos (perda de interesse ou prazer; despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar; lentidão psicomotora importante; agitação; perda de apetite, com perda de peso e perda da libido). Esta classificação permite ainda estabelecer 3 graus de gravidade, de acordo com o número e a intensidade dos sintomas: leve (2 a 3 sintomas: capacidade de desempenhar a maioria das actividades da vida diária), moderado (4 ou mais sintomas: muita dificuldade em continuar a desempenhar as actividades da vida diária) e grave (vários sintomas marcantes e angustiantes: perda de auto-estima e ideias de desvalorização e culpa, ideias e actos suicidas) (OMS, 2006).

Neste contexto é ainda importante distinguir o conceito geral de depressão, daquela que surge associada ao consumo de substâncias psicoactivas. Não obstante apresentar sintomas idênticos, trata-se de uma perturbação do humor induzida por substâncias ou pela abstinência do seu consumo (Schuckit, M., 1998).

Nesta investigação, pelo facto da amostra utilizada ser proveniente de população clínica já em fase de recuperação, não foi possível verificar, seleccionar e diferenciar os sujeitos com diagnóstico de depressão major anterior ao início dos consumos de drogas. Deste modo, no contexto deste estudo, sempre que nos referirmos a depressão, estamos efectivamente a falar de uma perturbação do humor induzida pela cessação do consumo de substâncias associada à síndrome de abstinência.

2.1.2 Etiologia da Depressão

Diversas abordagens têm sido utilizadas para explicar como se desenvolve a depressão. Dentro das abordagens de origem psicanalítica há diferentes perspectivas. Uma dessas perspectivas considera a depressão como o resultado de sentimentos de perda (real ou potencial) ou de raiva dirigida à própria pessoa. A depressão é entendida com sendo produzida pela perda ou ameaça de perda de um dos pais numa fase precoce da vida (Feldman, R., 2001). Numa perspectiva psicanalítica diferente, as pessoas são vistas como sendo responsáveis pelas coisas más que lhes acontecem, dirigindo, por isso, a sua raiva para dentro (Feldman, R., 2001).

Outras perspectivas centram-se em razões de natureza genética e bioquímica, sendo a depressão um efeito de alterações ao nível do funcionamento dos neurotransmissores,

como a serotonina e norepinefrina (Cooper, Bloom e Roth, 1991; Horton e Katona, 1991; Jacobs, 1994, cit. por Feldman, R., 2001).

Para além destas, existem ainda as abordagens cognitivistas. Seligman defende que a depressão é a resposta ao desânimo aprendido, no qual as pessoas percebem que não há forma escapar do stress ou de lidar com ele. Em consequência desistem de lutar contra ele, submetendo-se, o que origina o desencadear da perturbação depressiva (Seligman, 1975, 1988; Peterson, Maier & Seligman, 1993, cit. por Feldman, R., 1998). Aaron Beck propôs a ideia de que as cognições inadequadas estão subjacentes aos sentimentos depressivos das pessoas. Beck, na sua teoria cognitiva de depressão, sugere que os indivíduos deprimidos, tipicamente se vêem a eles próprios como perdedores na vida, autoculpabilizando-se quando algo corre mal. Estes indivíduos apenas se centram no lado negativo das situações e sentem-se inaptos e incapazes de actuar construtivamente no sentido de mudar o seu ambiente. Em suma, as suas cognições negativas conduzem a sentimentos de depressão (Sacco & Beck, 1995; Wright & Beck, 1996, cit. por Feldman, R., 1998).

2.2 ANSIEDADE

2.2.1 Definição do Conceito de Ansiedade

A ansiedade é um sentimento normal e comum na vida de todos nós e, de certa forma fundamental, impelindo-nos à acção por via da motivação.

Fundamental na definição e compreensão do conceito de ansiedade é a importante distinção feita por Spielberger (1972) entre o “traço de ansiedade” e o “estado de ansiedade”.

Assim, segundo Spielberger (1972) a *Ansiedade-Estado* é um estado emocional transitório que varia de intensidade e no tempo e que se caracteriza por um sentimento de tensão ou apreensão e por um aumento na actividade do sistema nervoso autónomo, ao qual se associa à ocorrência de palpitações, aumento do ritmo cardíaco, sudação, náuseas ou mal estar abdominal, sensações de tontura ou desmaio (DSM-IV TR, 2002). Por seu turno, a *Ansiedade-Traço* refere-se a “diferenças individuais relativamente estáveis na tendência para a ansiedade, ou seja, diferenças na disposição para perceber como perigosa ou ameaçadora uma vasta gama de situações que objectivamente não são perigosas e (...) para responder a tais ameaças com reacções de ansiedade-estado”.

De facto, a ansiedade toma a forma de perturbação ou disfunção psicológica quando é sentida sem uma justificação externa óbvia e, sobretudo, quando começa a interferir e a impedir o funcionamento diário da pessoa. É nesta situação que surge o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade, sendo possível identificar quatro principais categorias: Fóbica, Pânico, Ansiedade Generalizada e Obsessivo-Compulsiva (Feldman, R., 2001).

Resumidamente, a *Perturbação Fóbica* refere-se ao que comumente chamamos de fobias que são medos intensos e irracionais de objectos específicos ou de situações. As perturbações fóbicas diferem das perturbações da ansiedade generalizada e das perturbações de pânico no sentido em que existe um estímulo específico que desencadeia uma reacção ansiosa, embora este estímulo tenha objectivamente um nível de perigo baixo.

As *Perturbação de Pânico* não são desencadeadas por nenhum estímulo identificável, sendo descritas como uma elevação descontrolada, repentina e sem aviso dos níveis de ansiedade em que o individuo tem a sensação de enfrentar um perigo eminente e inevitável. Esta ocorrência pode durar desde poucos segundos até várias horas. Apesar dos sintomas diferirem de pessoa para pessoa, estes podem incluir palpitações cardíacas, falta de ar, excesso de transpiração, debilidade e tonturas, vontade urgente de urinar, sensações gástricas e, em casos extremos, uma sensação de morte eminente.

Indivíduos com *Perturbação da Ansiedade Generalizada* experienciam uma ansiedade consistente a longo prazo sem uma razão aparente. Estas pessoas sentem-se preocupadas ou com medo de algo, mas simultaneamente não conseguem explicar porque razão se sentem dessa forma. Devido à sua ansiedade, são incapazes de ter um funcionamento normal, uma vez que não conseguem concentrar-se, não conseguem alhear-se das suas preocupações e medos, e as suas vidas centram-se em torno do seu sentimento de ansiedade. Esta situação pode, eventualmente, levar ao surgimento de alguns problemas fisiológicos. Os elevados níveis de excitação e a tensão muscular elevada a que estas pessoas estão sujeitas pode fazer com que estes sujeitos apresentem queixas de dores de cabeça, tonturas, palpitações cardíacas e insónias.

Na *Perturbação Obsessivo-Compulsiva*, as pessoas são atormentadas por pensamentos não desejados, chamados de obsessões, ou sentem que devem levar a cabo contra a sua vontade algumas acções, denominadas de compulsões. Uma obsessão é uma ideia ou pensamento não desejável, mas que se mantém recorrente na mente das pessoas, sendo difícil de deixar de pensar nela. No caso destas perturbações, estes pensamentos persistem por dias ou meses e podem consistir em imagens problemáticas ou bizarras. No caso das compulsões, que podem também ser experienciadas pelas pessoas que sofrem de perturbação obsessivo-compulsiva, estas são o sentimento urgente de levar a cabo alguma acção que parece estranha ou pouco razoável, mesmo para própria pessoa,

o que muitas vezes gera sofrimento e angústia no doente. Independentemente do tipo de comportamento compulsivo e de desejarem controlar-se, as pessoas que sofrem desta perturbação sentem uma ansiedade extrema se não executarem essas acções. Estas acções assumem um carácter de ritual, mas apesar de cumprido repetidamente, verifica-se pouca ou nenhuma redução da ansiedade (Feldman, R., 2001).

No âmbito deste estudo, quando falamos de ansiedade falamos de um conceito de ansiedade-estado, ou seja, do estado emocional que pode ser mais ou menos transitório mas que deriva de uma situação geradora de tensão, como o contexto de reabilitação em que a população se encontra e, obviamente, os efeitos associados à síndrome de abstinência do consumo.

2.2.2 Etiologia da Ansiedade

Tal como na depressão, nenhum mecanismo consegue explicar completamente todos os casos de perturbações da ansiedade (Feldman, R., 2001). Diferentes modelos são usados para explicar os mecanismos que dão origem ao surgimento de sinais e sintomas de ansiedade patológica. Desses, os principais são o modelo médico ou biológico, o modelo comportamental e o modelo cognitivo.

Segundo as abordagens biológicas, com base no modelo médico, as perturbações de ansiedade têm uma grande influência de factores genéticos. Algumas investigações demonstraram que o nível característico de ansiedade de uma pessoa está relacionado com um gene específico que está envolvido na produção do neurotransmissor serotonina. Estas conclusões são consistentes com os resultados que indicam que certas deficiências químicas no cérebro parecem produzir alguns tipos de perturbação de ansiedade (Hoehn-Saric, 1993; Lesch et al., 1996; Rieder, Kaufmann & Knowles, 1996, cit. por Feldman, R. 2001).

O modelo comportamental postula uma abordagem diferente, que coloca o ênfase nos factores ambientais. Considera a ansiedade como sendo uma resposta aprendida ao stress (Feldman, R., 2001).

De acordo com o modelo cognitivo, as perturbações de ansiedade resultam de uma escalada de cognições inadequadas e imprecisas sobre as circunstâncias no mundo das pessoas, ou seja, segundo os cognitivistas são as crenças ou cognições erróneas que as pessoas desenvolvem sobre o mundo que as rodeia, que estão na origem das perturbações de ansiedade (Feldman, R., 2001).

No âmbito deste trabalho, e em capítulo posterior, iremos igualmente sistematizar a perturbação da ansiedade à luz da Medicina Tradicional Chinesa segundo o Modelo de Heidelberg.

Como se conclui pelas próprias definições dos conceitos, a ansiedade e a depressão são perturbações que estão muito associadas e que podem ter relações de causa-efeito. De acordo com o Office for National Statistics (2000, cit. por Pilkington, K, 2010) existe uma forte prevalência da combinação entre depressão e ansiedade.

Os tratamentos convencionais destes distúrbios são semelhantes e passam na maioria das vezes pela prescrição de antidepressivos tricíclicos, inibidores selectivos da recaptação de serotonina e terapias comportamentais (NICE, 2004, cit. por Pilkington, K, 2010). Contudo, os dois primeiros estão associados a efeitos secundários adversos e o último não está amplamente disponível.

Por este motivo, os pacientes procuram outras formas de tratamento complementares, como o caso da acupuntura. Um inquérito realizado no Reino Unido revelou que a ansiedade, depressão e stress estão entre as razões que mais frequentemente levam as pessoas a recorrer a tratamentos de acupuntura, com 11 % de pacientes a reportar este problema (MacPherson et al., 2006, cit. por Pilkington, K, 2010)). Nos Estados Unidos foram reportados resultados semelhantes (Simon et al., 2004, cit. por Pilkington, K, 2010).

2.3 ABUSO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS E ÁLCOOL

O Homem convive com drogas desde os primórdios da civilização, quer falemos da folha de coca nos Andes, do ópio no extremo oriente, da cannabis no norte de África ou do álcool nas civilizações do velho ocidente. Na maior parte das sociedades existiram, ao longo da sua história, culturas que valorizaram o uso de drogas em determinados contextos sociais e o rejeitaram noutros (Ferreira-Borges, C. & Filho, H., 2004).

Actualmente nas sociedades ocidentais, a maioria das pessoas consome ou já consumiu no passado pelo menos uma substância psicoactiva (por exemplo cafeína, nicotina, álcool, marijuana) e uma grande parte já teve alguma experiência desagradável relacionada com essa substância (por exemplo, ansiedade devida à cafeína, tosse motivada pelo tabaco, condução sob o efeito de álcool). No entanto, a sua utilização permanente ou temporária e os efeitos secundários dessa utilização poderá ou não representar uma situação de doença diagnosticável (Schuckit, M., 1998).

O que distingue, então, um consumo normal de um abusivo? O que caracteriza um indivíduo dependente? Que substâncias são consideradas droga? Estas são algumas questões que importa esclarecer em primeira instância quando se está a estudar uma população que se encontra num processo de reabilitação pelo uso abusivo de algumas destas substâncias.

2.3.1 Definição de Conceitos

Segundo (Mello, N. & Griffiths, R.,1987), uma droga susceptível de abuso é qualquer substância, tomada por qualquer via, que altere o humor, o grau de percepção ou o funcionamento do cérebro. Tais drogas vão desde substâncias com prescrição médica até ao álcool e solventes. Em todo o caso, é comum a capacidade destas substâncias provocarem alterações de humor e da consciência, provocarem dependência psicológica, ou seja, sensação de desconforto sem a droga, e serem administradas pelo próprio indivíduo para modificar o seu estado de consciência e aumentar o seu bem-estar psicológico (Mello, N. & Griffiths, R.,1987,). A OMS define *droga* de uma forma mais lata, incluindo todas as substâncias com potencial para prevenir ou curar doenças, aumentar o bem-estar físico ou mental e que pode ser listada numa farmacopeia. Contudo, destaca que o uso comum da palavra droga se refere especificamente a substâncias ilícitas sem utilidade terapêutica. Acrescentam ainda que substâncias como a cafeína, tabaco e álcool são igualmente drogas no sentido em que são consumidas em parte devido aos seus efeitos psicoactivos (OMS, 2014).

Como referido anteriormente, o consumo de uma substância classificada como droga, não deriva, obrigatoriamente, em situações de abuso ou dependência.

O *Abuso de Substâncias* é definido na DSM-IV como um “padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativo, exigindo a verificação da ocorrência, durante um período de 12 meses, de pelo menos um dos quatro possíveis problemas, de ordem social, legal ou pessoal, relacionados com a substância (ver tabela 1) (DSM-IV TR, 2002).

A definição de *Dependência ou Adic ao* constitui, segundo Schuckit (1998), um diagnóstico aparentemente mais fiável e válido do que o do abuso. Neste caso, salienta-se o papel central que a substância assume na vida do sujeito, a existência de problemas relacionados com o controlo do consumo e o aumento de dificuldades, especialmente problemas físicos e psíquicos, apesar dos quais o indivíduo volta de novo   substância. A DSM-IV exige a verificação de um mínimo de tr s dos sete critérios referidos, ocorrendo num período de 12 meses ou mais (DSM-IV TR, 2002).

Abuso de Substâncias	Dependência ou Adição
<p>Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a deficit ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por um ou mais dos seguintes ocorrendo durante um período de doze meses</p>	<p>Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por três ou mais dos seguintes, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de doze meses</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilização recorrente de uma substância resultando na incapacidade em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa; 2. Utilização recorrente de uma substância em situações em que tal se torna fisicamente perigoso; 3. Problemas legais recorrentes relacionados com a substância; 4. Continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância. <p>B. Os sintomas nunca preencheram os critérios de Dependência de Substâncias, para esta classe de substâncias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes: <ol style="list-style-type: none"> a) Necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado; b) Diminuição do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância. 2. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes: <ol style="list-style-type: none"> a) Síndrome de abstinência característica da substância; b) A mesma substância, ou outra relacionada, é consumida para evitar ou aliviar os sintomas de abstinência. 3. A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia. 4. Existe um desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância. 5. Dispendio de grande quantidade de tempo em actividades necessárias à sua obtenção e utilização, bem como à recuperação dos seus efeitos 6. É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas, devido à utilização da substância. 7. A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância.

Tabela 1 - Critérios de Diagnóstico DSM- IV para Abuso de Substâncias e Dependência ou Adição (DSM-IV TR, 2002)

A OMS (2014) refere-se ao conceito de dependência de drogas como o uso repetido de uma ou várias substâncias psicoactivas ao ponto do consumidor (designado como toxicodependente ou adicto) estar periodicamente ou cronicamente intoxicado, demonstrando compulsão e grande dificuldade em cessar ou alterar o padrão de consumo, exibindo determinação para obter a substância a qualquer custo, com os consequentes efeitos a nível social.

Segundo Jaffe, J., a dependência implica uma necessidade física ou psicológica. A dependência física indica que o corpo se adaptou fisiologicamente ao consumo da substância, derivando em sintomas físicos em situação de abstinência ou redução do consumo. A dependência psicológica está associada à sensação que o consumidor tem de que necessita da droga para atingir o seu melhor nível de actividade ou uma sensação de bem-estar (Jaffe, J., 1990, cit. por Schuckit, M., 1998).

Quando aplicado ao consumo de álcool é equivalente ao *alcoolismo*. Este conceito é definido pela OMS (2014) como o consumo crónico e continuado de álcool que se

caracteriza pela perda de controlo sobre a bebida, episódios frequentes de intoxicação e obsessão pelo álcool e seu consumo, apesar das consequências adversas.

Na verdade, quando o consumo se torna continuado, o indivíduo desenvolve *tolerância* à substância, ou seja, torna-se capaz de suportar doses cada vez mais fortes para obter os mesmos efeitos. Este fenómeno ocorre quer por alterações no metabolismo da substância, por meio das quais o fígado elimina a substância mais rapidamente (tolerância metabólica) quer através de modificações no funcionamento das células-alvo (normalmente no sistema nervoso) em presença de substância por meio das quais a resistência dos tecidos a esta diminui (tolerância farmacodinâmica) (Sdao-Jarvie, K. & Vogel-Sprott, M., 1992).

Quando privado do consumo da substância ou em caso de redução do seu consumo, o sujeito pode experienciar a chamada *Síndrome de Abstinência*, definida pela OMS (2014) como um conjunto de sintomas variados em termos de tipo e severidade que ocorrem perante a abstinência ou redução do consumo de substâncias psicoactivas que foram consumidas repetidamente, por um período de tempo prolongado e/ou em doses elevadas. Esta síndrome pode ser acompanhada de distúrbios fisiológicos e é um indicador de dependência. Os sintomas experienciados pelos indivíduos variam de pessoa para pessoa e dependem do tipo de substância e da quantidade consumida antes do período de abstinência, contudo, habitualmente os sintomas são opostos aos sentidos durante o consumo da substância, por exemplo, tremores, transpiração, ansiedade, depressão, náusea, dores musculares, distorções da imagem corporal, etc.

A Síndrome de Abstinência pode, no entanto, apresentar formas de manifestação tardia. No processo de reabilitação dos sujeitos com problemas de adições esta pode ser uma ocorrência que será sentida pelo sujeito em recuperação, como mais uma dificuldade no seu já difícil e longo processo de recuperação.

Assim, a *Síndrome de Abstinência Tardia* pode-se definir como um conjunto de desregulações do sistema nervoso neurovegetativo e das funções psíquicas básicas, que vão persistindo durante um longo período de tempo, meses ou anos, após o paciente ter iniciado a sua abstinência. Este quadro clínico causa múltiplos transtornos físicos e psíquicos e dificulta bastante o desenvolvimento de uma vida saudável e autónoma, e contribui para precipitar os processos de recaída (Lopez, J., Páez, A, Sanchez, M. & Piedras, M., S/Data).

2.3.2 Classificação das drogas

Tal como referido anteriormente, o termo “droga” abrange diferentes tipos de substâncias que podem ser classificadas de acordo com diferentes critérios como a sua origem química ou os seus efeitos psicoactivos. Bloom, F. (1990, cit. por Schuckit, M.,1998) apresenta uma classificação fundamentada nos efeitos mais importantes provocados no Sistema Nervoso Central (SNC), apresentando algumas substâncias exemplificativas para cada categoria (Tabela 2).

Categoria	Breve Descrição	Exemplos
Depressores SNC	Depressão dos tecidos excitáveis do cérebro com efeito tranquilizante.	Álcool, hipnóticos, ansiolíticos
Estimulantes SNC	Estimulação dos tecidos do SNC por bloqueio das acções de inibição das células nervosas ou libertação de neurotransmissores	Cocaína, anfetaminas, metilfenidato, substâncias para redução de peso
Opiáceos	Também designados como narcóticos são usados clinicamente para medicação da dor, com efeito analgésico	Heroína, morfina, metadona e analgésicos sob receita médica
Cannabis	Produção de um estado eufórico, alteração da sensação de tempo, alucinações, desinibição	Marijuana, Haxixe
Alucinogénios	Induz alterações na percepção sensorial e cognitiva derivando em alucinações geralmente de natureza visual	LSD, mescalina, psilocibina, ecstasy
Solventes	Alteração do estado de consciência, alheamento e confusão mental	Aerossóis, colas, gasolina, diluente
Produtos de Venda Livre	Em maiores quantidades do que as clinicamente recomendadas provocam efeitos sedativos ou hipnóticos	Contendo: atropina, escopolamina, estimulantes fracos, anti-histamínicos, analgésicos fracos

Tabela 2: Classificação dos tipos de drogas (Bloom, F., 1990, cit. por Schuckit, M.,1998)

2.3.3 Problemas físicos, psíquicos e sociais associados às drogas e álcool

O consumo de drogas, sejam estas legais ou ilegais, implica diversos riscos não totalmente previsíveis devido às diferenças físicas e psicológicas existentes entre os indivíduos. Assim, algumas drogas podem surtir pouco efeito numa pessoa e afectar severamente outra, ou até provocar os efeitos contrários aos esperados: um indivíduo ao tomar substâncias depressoras do Sistema Nervoso Central pode ficar ansioso, nervoso e agressivo, apesar de a droga ter sido usada apenas pelos seus efeitos calmantes (como acontece, por exemplo, no caso do álcool e tranquilizantes).

Schuckit, M., (1998) sistematiza alguns dos problemas físicos e psicológicos mais recorrentes associados ao consumo de cada tipo de substância (Tabela 3).

	Toxicidade/ Overdose	Abstinência	Síndrome Cerebral Orgânica	Psicose	Flashbacks	Depressão/ Ansiedade
Depressores SNC	++	++	++	+	++	-
Estimulantes SNC	++	+	-	++	-	++
Opiáceos	++	++	-	-	-	+
Deriv. Cannabis	-	-	-	-	++	+
Alucinogénios	+	-	-	-	++	+
Solventes	++	-	++	-	-	-
Venda Livre	+	-	++	-	-	+

Legenda: ++ significa a probabilidade de ocorrência de síndrome muito grave; + indica a possibilidade de ocorrência, mas de menor gravidade; - indica não existirem provas suficientes de ocorrência deste problema mas não significa que se possa excluir a sua ocorrência

Tabela 3: Problemas físicos e psicológicos associados ao consumo de substâncias (Schuckit, M., 1998)

Por outro lado, a combinação de múltiplas drogas pode provocar reacções adversas muito superiores à simples soma das reacções adversas que seria de prever (ex: o consumo de álcool em simultâneo com outras substâncias, especialmente as drogas depressoras do Sistema Nervoso Central, potencia muito os efeitos adversos destas drogas), o que pode causar inesperadamente a morte. Paradoxalmente o estar abstinente pode implicar alguns riscos: se um ex-toxicodependente torna a abusar das drogas e consome a mesma dose que tomava nos tempos de dependência, pode sofrer uma sobredosagem acidental, visto a sua tolerância à droga se encontrar diminuída naquele momento.

O uso das drogas, ao provocar alterações na coordenação psicomotora, perturba a execução de tarefas quotidianas, nomeadamente as que implicam riscos como a condução de veículos e a manipulação de máquinas.

Comprar drogas ilegais na rua é por si só também uma prática perigosa, pois os traficantes manipulam-nas de diversas formas para aumentar os seus lucros, desde a adição de outras substâncias para aumentar o seu volume, à falsificação da identidade do produto ou à contaminação com impurezas tóxicas.

A prática de injectar drogas é a forma de administração potencialmente mais perigosa, com riscos de dependência e de sobredosagem acrescidos. Também aumenta, com esta prática, o risco de contágio de infecções mortais, tais como a hepatite e a infecção pelo Vírus da SIDA, devido à partilha de material de injeção.

Finalmente existem consequências sociais e legais. Face às influências que a toxicodependência pode provocar na família constata-se a disfunção social crónica, o aumento dos problemas conjugais, aumento do número de divórcios, da violência e abuso, e o facto de as crianças poderem crescer com problemas de comportamento e um baixo aproveitamento escolar. O toxicodependente tende a perder os velhos amigos e a aproximar-se de outros com os mesmos hábitos. A nível de emprego as mudanças são

inevitáveis, das faltas e pedidos de dispensa à quebra no rendimento e por último o desemprego.

Manipular ou consumir drogas coloca o indivíduo à margem da legalidade não só porque o seu tráfico é ilegal mas também porque, para conseguir dinheiro para as comprar, muitos utilizadores regulares recorrem a delitos como o furto e/ou a prostituição (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2009).

2.4 ANSIEDADE E DEPRESSÃO ASSOCIADA AO CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS

Conforme descrito anteriormente, o consumo de drogas e álcool afecta o seu consumidor a vários níveis, nomeadamente psíquico e comportamental, contudo, a relação entre as perturbações psiquiátricas e o consumo de substâncias não é linear, pode variar no tempo e em intensidade de acordo com o tipo de substância consumida e uma pode ser tanto causa como efeito da outra (Ferreira-Borges, C. & Filho, H., 2004; Schuckit, M., 1998; Adés J. & Lejoyeux, M., 2004).

Muitas vezes o desespero verificado em algumas doenças psiquiátricas poderá levar os doentes ao consumo de substâncias psicoactivas e, eventualmente, ao desenvolvimento de perturbações relacionadas com o uso dessas substâncias. Do mesmo modo, o uso de determinadas substâncias poderá aumentar o risco de desenvolvimento de algumas formas de psicopatologia (Silveira, S., 2004). Na verdade, verifica-se uma correlação entre o consumo de determinadas substâncias e algumas doenças mentais específicas, originando assim situações de comorbilidade, ou seja, ocorrência simultânea das duas situações. Algumas das correlações mais comuns são, por exemplo, entre dependentes de opiáceos, primariamente diagnosticados com depressão, ou entre doentes esquizofrénicos, que desenvolvem a adições a drogas estimulantes (Silveira, S., 2004).

Com efeito, a dependência de substâncias psicoactivas está profundamente ligada a perturbações do foro afectivo/humor e de ansiedade. Tal como se pode observar na tabela 3, apresentada anteriormente, os sintomas psiquiátricos de ansiedade e depressão são recorrentes em todas as grandes categorias de substâncias psicoactivas. Weissman e colaboradores (1980, cit. por Silveira, S., 2004) demonstraram que 55% dos doentes alcoólicos em tratamento de ambulatório têm sintomas depressivos. Por seu lado, Dorus e Senay (1980, cit. por Silveira, S., 2004) demonstraram os mesmos resultados em relação a doentes dependentes de ópio.

Em relação à ansiedade, esta aparece frequentemente como um sintoma na dependência de substâncias durante as fases de intoxicação, abstinência e recuperação.

Weissman (1980 cit. por Silveira, S., 2004) verificou a existência de sintomas de ansiedade generalizada em 9% e fobias em 3% dos alcoólicos. Rousaville (1982 cit. por Silveira, S., 2004) numa amostra de doentes alcoólicos internados, identificou cerca de 11% com reacções de ansiedade.

Contudo, manifestações mais intensas de alterações ou perturbações mentais ou do comportamento tendem na maior parte dos casos a perder intensidade sintomatológica à medida que o período de abstinência aumenta (Schuckit, M., 1998).

Deste modo, é então importante separar as circunstâncias que requerem intervenções psiquiátricas específicas decorrentes das perturbações disfóricas e do comportamento observadas durante a persistência do consumo de álcool ou outras drogas e das que se manifestam durante a supressão e recuperação, que se resolvem na maioria das vezes, com a abstinência, mas que podem fazer aumentar o risco de recaída.

No entanto, durante a fase activa da dependência de substâncias, na abstinência ou na fase de recuperação (fazendo parte do síndrome de abstinência tardia), poderão ocorrer vários sinais e/ou sintomas do foro psiquiátrico, tais como alterações afectivas e de humor, alterações da personalidade, doenças orgânicas, psicoses e ansiedade, com um carácter mais secundário, mas que convém esclarecer, não estão enquadradas no conceito de duplo diagnóstico ou de comorbilidade, (critério de inclusão e exclusão) uma vez que este é reservado geralmente para os doentes em que o outro diagnóstico não é uma consequência da dependência de substâncias. Isto significa que os doentes que apresentam critérios para uma perturbação afectiva apenas durante a desintoxicação, supressão ou recuperação não são geralmente referenciados como doentes com comorbilidades, pois, como já foi referido, tratam-se de situações que se resolvem na maioria das vezes, com a continuidade a longo prazo da ausência de consumos (Silveira, S., 2004).

Deste modo neste estudo, debruçar-nos-emos, sobretudo, sobre as alterações psíquicas sintomáticas, de carácter mais secundário ou decorrentes de uma dependência primária, mas não englobados na definição de comorbilidade. Neste sentido, o focus deste estudo em termos dos factores ou variáveis psíquicas a estudar será sobre a sintomatologia depressiva e de ansiedade originada pelo consumo continuado de drogas, mas que se manifesta de forma intensa ou residual no período de recuperação.

2.5 A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

2.5.1 *Definição e História*

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é, segundo Porkert, M. & Hempen, C. (1995), um sistema de sensações e descobertas, desenhado para estabelecer o estado vegetativo funcional de uma determinada pessoa. Com efeito, de acordo com o Modelo de Medicina Tradicional Chinesa de Heidelberg, os métodos utilizados em MTC pressupõem uma análise médica de sintomas baseada na descrição das funções vegetativas do sujeito, que está à disposição da medicina ocidental sendo, portanto, um sistema que descreve anomalias funcionais através dos sinais e sintomas que os sujeitos apresentam (Greten, H., 2011).

São sete os principais métodos de tratamento da MTC: a Acupuntura, a Tui Na ou Tuiná, a Moxabostão, a Ventosoterapia, a Fitoterapia Chinesa, a Dietoterapia Chinesa e as práticas de biofeedback e meditação (Qi Gong, Tai ji quan).

Dentro destas técnicas, a acupuntura é das mais divulgadas e pode ser definida como a prática de inserção de uma ou mais agulhas em pontos específicos da superfície do corpo com objectivos terapêuticos (Nassir, L. 2002, cit. por Ernst, E., 2006).

Registos da utilização desta técnica terapêutica remontam há cerca 3000 anos, aos tempos da China Imperial (Ramey, D., Buell P., 2004, cit. por Ernst, E., 2006).

O primeiro registo escrito com referências a “agulhas de pedra” pode ser encontrado no livro “Records of the Historians” de Sima Quian. Foram encontrados vestígios deste tipo de instrumentos com 4000 a 6000 anos (Hempen, C. & Chow, V., 2006).

Estranhamente, a descoberta arqueológica do “Homem de Gelo”, que terá vivido há cerca de 5000 anos na zona dos Alpes, apresentava marcas de pontos ao longo do seu corpo, semelhantes às recentes tatuagens. Curiosamente, essas marcas de pontos correspondiam a pontos de acupuntura, o que sugere que, sem se saber ao certo com que fins, esta era uma prática também usada na Europa há cerca de 5000 anos (Dofer, L., Moser, M., Bahr, F. et al., 1999, cit. por Ernst, E., 2006).

Os textos mais antigos que se referem ao termo “canais” (e.g. meridianos), relacionados com o diagnóstico e tratamento, datam de por volta de 150 a.c. e uma das primeiras referências do uso de agulhas com fins terapêuticos data de 90 a.c. (Harper, D., 1997; Imrie, R., Ramey, D., Buell, P., Ernst, E., Basser, S., 2001; cit. por Ernst, E., 2006).

O texto clássico chinês “Huang Di neijing” (Clássico de Medicina Interna do Imperador Amarelo) e o “Grande Compêndio de Acupuntura e Moxabostão” escritos durante a

dinastia Ming (1368-1644) são dois marcos importantes que lançaram as bases para a acupunctura moderna (White, A., Ernst, E., 2004, cit. por Ernst, E., 2006).

Depois deste período, o interesse pela acupunctura diminuiu na China. Em 1822, o Instituto Médico Imperial foi excluído por decreto do Imperador e em 1922 a prática de acupunctura foi tornada ilegal (Ma, K., 1992, cit. por Ernst, E., 2006). Mais tarde, o Presidente Mao ordenou que os diversos estilos de acupunctura e da fitoterapia chinesa fossem sistematizados num currículo para ensino em larga escala, criando assim a moderna Medicina Tradicional Chinesa (Fruhauf, H., 2005, cit. por Ernst, E., 2006).

De facto, a Medicina Tradicional Chinesa actual, resulta de uma recompilação dos conceitos antigos numa versão mais sintetizada que provêm dos anos 50 a 70 do século XX. Esta nova Medicina Chinesa foi impulsionada pelas necessidades impostas de uma China em desenvolvimento, mas com todo o tipo de carências. Assim, Mao Zedong decidiu reabrir, em 1948, as academias de Medicina Chinesa (Greten, H. 2011).

No ocidente, a primeira descrição médica sobre acupunctura escrita por um médico ocidental é da autoria de William of Rubruck e data do século XIII. Por volta de 1680, J. De Bondt, médico holandês, testemunhou a prática de acupunctura no Japão e divulgou-a na Europa (Hempen, C. & Chow, V., 2006).

Durante a primeira metade do século XIX, houve um entusiasmo crescente em torno desta prática na Europa e nos Estados Unidos, mas esse interesse rapidamente esmoreceu a partir de metade desse século (Ernst, E., 2006). É já durante o século XX, em 1971, que o relato do jornalista americano James Reston sobre o tratamento de acupunctura que recebeu na China para uma apendicectomia enquanto fazia a cobertura de uma visita do Presidente Nixon a esse país, fez ressurgir uma nova vaga de interesse na acupunctura analgésica (Dimond, E., 1971, cit. por Ernst, E., 2006).

Em 1997, numa conferência do National Institutes of Health foi declarada evidência positiva da acupunctura para um conjunto de condições clínicas (Marwick, C., 1997, cit. por Ernst, E., 2006). Em 2003, uma revisão sistemática de literatura efectuada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) concluiu que a acupunctura é efectiva em 28 condições clínicas (OMS, 2002).

Em Portugal, a acupunctura é reconhecida pela Ordem dos Médicos como uma “Competência Médica”, em resultado das reflexões da Sociedade Portuguesa Médica de Acupunctura e da aprovação do Conselho Nacional Executivo em 14/05/2002 (Ordem dos Médicos, 2002).

Actualmente, em países como a Alemanha, investe-se cada vez mais na Medicina Tradicional Chinesa, sendo que o investimento em produtos e serviços relacionados com a MTC já ultrapassa o que segurança social gasta em especialidades como dermatologia ou otorrinolaringologia. A taxa de crescimento ronda os 20 a 22% (Greten, H., 2011).

2.5.2 A Medicina Tradicional Chinesa Segundo o Modelo de Heidelberg

O Modelo de Heidelberg da Medicina Tradicional Chinesa surge na Alemanha tendo como mentor o Dr. Manfred Porkert. É reconhecido pelo governo chinês como o método que relaciona a medicina ocidental com a oriental, recorrendo a pontos-chave comuns a ambas as medicinas (Greten, H., 2011).

A Medicina Tradicional Chinesa Segundo o Modelo de Heidelberg é entendida como um sistema de sensações e achados com o objectivo de estabelecer o estado vegetativo funcional de um individuo, descrevendo as possíveis anomalias funcionais através dos sinais e sintomas que decorrem das disfunções dos tecidos corporais (Greten, H., 2011; Porkert, M., 1983).

Um dos conceitos centrais da MTC é o conceito de “Qi”, traduzido normalmente por “energia”. Este é visto, segundo o Modelo de Heidelberg como a capacidade vegetativa dos tecidos ou órgãos para exercer uma função, podendo causar a sensação de bloqueio, fluxo ou pressão (Greten, H., 2011). Porkert, M. (1983), por seu lado, define “Qi” como uma energia imaterial com uma determinada qualidade e direcção. Pode ser descrito como estagnado, depletado, colapsado ou rebelde (Seca, S., 2010).

Se o “Qi” “floresce”, há saúde; se é débil, há patologia; se é equilibrado, há “tranquilidade”; se se move na direcção errada, há patologia. Assim, a transformação e a direcção correcta do movimento do “Qi” são a base para o movimento do “Xue” (Sangue, tradução simplificada), transformação da essência (Jing), movimento dos Fluidos Corpóreos, digestão alimentar, absorção dos nutrientes, excreção, humedecimento dos tendões e ossos, hidratação da pele e resistência aos factores patogénicos externos (Seca, S., 2010).

Desde modo, a doença segundo a MTC pode ser entendida como um bloqueio no fluxo de “Qi” pelo corpo, ou seja um bloqueio funcional ao nível vegetativo. Como as funções vegetativas são reflectidas ao nível da superfície do corpo, nomeadamente na pele, este bloqueio leva a alterações funcionais nas áreas da pele apelidadas de meridianos ou condutos (Greten, H., 2011). Existem diversas formas de “Qi”:

- *Qi Originale/Qi original* – tem origem directamente do yin (orbe renal). O processo de formação deste tipo de “Qi” está dependente do “Jing” (essência estruturante ou potencial) e da influência do “Shen” (presença mental) na sua formação. O “Qi original” tem o potencial para criar vectores das “Fases” e assim processar as demais funções das orbes, assim como os seus respectivos sinais de diagnóstico.
- *Qi Defensivum/Qi defensivo* – responsável pela formação do “Qi” que reside no exterior dos condutos, dentro dos tecidos. Estando presente sobre a superfície do

corpo, a sua distribuição está dependente da orbe pulmonar. Considera-se que afasta influências patogénicas exógenas.

- *Qi Nutritivum/Qi nutritivo* – “Qi” proveniente da alimentação.

Outro constructo importante é o de “Shen”. O “Shen” é, segundo Porkert, M. (1995), a força de constelação que se origina do orbe cardíaco e é outra expressão especializada de “Qi”. O “Shen” é, assim, comparável à capacidade para exercer certas funções cerebrais superiores do ponto de vista de medicina ocidental. É, de acordo com Greten, H. (2011), a capacidade funcional de organizar a actividade mental e as emoções, criando assim presença mental. O estado funcional do “Shen” pode ser avaliado por sinais como a coerência do discurso, o brilho nos olhos e função motora fina (Greten, H., 2011).

Para além do conceito de “Qi” e de “Shen”, é fundamental que se defina também o conceito de “Xue”. O “Xue” é um conceito grosseiramente traduzido como sangue para a MTC, mas, sem uma tradução exacta, apresenta ligeiras diferenças conceptuais a nível funcional. Para Porkert (1995) e segundo o Modelo de Heidelberg, é uma forma de capacidade funcional (energia) relacionada com os fluídos corporais com funções como aquecer, hidratar, criar “Qi” e nutrir os tecidos, sendo movido pelo “Qi” no sistema de condutos.

De uma perspectiva da medicina ocidental, os efeitos clínicos do “Xue” podem ser comparados aos efeitos da microcirculação, incluindo as relações funcionais, células sanguíneas, factores plasmáticos, endotélio e parênquima (Greten, H., 2011).

O “Xue” apresenta uma natureza dupla, sendo ao mesmo tempo substância “Yin” e função ou energia “Yang”. Esta natureza dupla torna-se mais visível, por exemplo, na relação funcional entre o “Xue” e o “Shen”, uma vez que o “Xue”(Yin) verifica/controla o “Shen”(Yang) (Greten, H., 2011).

O “Qi” circula por 14 condutos distribuídos ao longo do corpo e a regulação deste movimento é explicada pela teoria neurovegetativa defendida pelo Modelo de Heidelberg. Esta defende que o “Yin” e o “Yang”, conceitos basilares na Teoria da MTC, e as funções circulares assentam num modelo simples de regulação cibernética. Este modelo implica uma interacção rítmica entre o “Yin” e o “Yang” segundo uma dinâmica onde os padrões cíclicos constituem, simultaneamente, princípios de ordenação e de transformação de todas as relações (Greten, H., 2011).

Por outras palavras, isto significa que o “Yin” e o “Yang” são manifestações de uma dualidade no tempo, uma alternância entre dois estágios opostos no tempo, que se representa através de uma curva sinusoidal (Figura 1) (Greten, H., 2011).

Cada fenómeno no universo altera-se por meio de um movimento cíclico de altos e baixos e a alternância de “Yin” e “Yang” é a força motriz dessa mudança e desenvolvimento, ou seja, cada fenómeno pode pertencer ao “Yin” ou ao “Yang”, mas sempre conterá a semente que dará origem ao estágio oposto (Porkert, M., 1983; Greten, H., 2011).

Segundo Porkert (1983), na Medicina Chinesa é pertinente entender o “Yang” como um aspecto activo, actividade/função, enquanto o “Yin” possui um aspecto mais construtivo e/ou estrutural. Deste modo, cada parte do corpo humano apresenta um carácter predominantemente “Yin” ou “Yang”, muito importante na prática clínica. Mais especificamente, todas as estruturas corporais e órgão são “Yin” ou “Yang”, sendo que pode ser mais “Yang” ou “Yin” em relação a outra estrutura. Por exemplo, a região anterior do corpo é “Yin” e a região posterior é “Yang”, porém, o tórax apesar de ser “Yin”, é “Yang” em relação ao abdómen, (por ser mais alto), mas é “Yin” em relação à cabeça (Porkert, M., 1995).

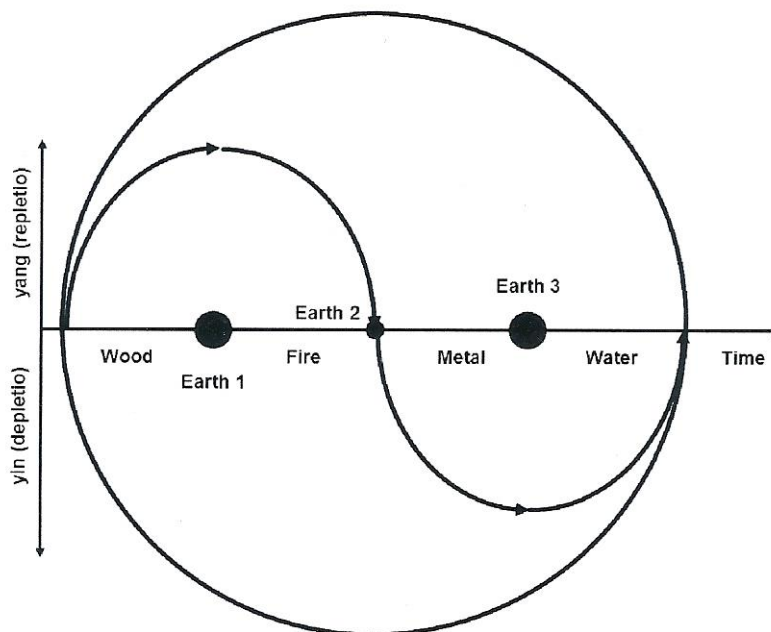


Figura 1 – Símbolo que representa o sistema regulador da curva sinusoidal, círculo e valores padrão (Greten, H., 2011)

De acordo, com a observação da curva sinusoidal, podemos verificar que o centro representa a denominada Fase Terra. Se aplicarmos movimento a esta curva sinusoidal, o centro ou a Terra exerce uma regulação/movimento descendente na primeira metade da curva e uma regulação/movimento ascendente na segunda metade. Deste modo, a

metade superior da curva representa o “Yang”, maior actividade ou repleção, a metade inferior representa o “Yin”, menor actividade ou depleção.

A saúde, ou ortopatia (capacidade de auto-regulação do organismo) é, deste modo, entendida como o equilíbrio de dois pólos opostos complementares, o “Yin” e o “Yang”, dentro dos valores previstos. Pelo contrário, os estados patológicos, ou heteropatia (estado patológico de desregulação) são associados a um desequilíbrio ou desregulação do “Qi” (por bloqueio ou deficiência de “Qi”), ou seja, o “Yin” e o “Yang” estão fora dos valores previstos (Ernst, E., 2006). Segundo Greten (2011) falamos de “Yin” e de “Yang” conforme a função de situe acima ou abaixo do valor padrão ou “target value”.

Actualmente, o “Yang” e o “Yin” são comparados com o sistema nervoso simpático (SNS) e com o sistema nervoso parassimpático (SNP), respectivamente (Ernst, E., 2006).

Segundo Greten, nas fases “Yang” as funções simpáticas estão mais predominantes do que nas fases “Yin”. Contudo, nas fases “Yin” a actividade parassimpática ou vagal está mais dominante (Greten, H., 2011).

2.5.2.1 Teoria das Cinco Fases na Medicina Tradicional Chinesa

A partir da descrição e compreensão dos conceitos de “Yin” e “Yang”, torna-se necessário fazer referência às cinco fases na MTC e explicar o seu mecanismo.

Para a MTC as cinco fases evolutivas designam vectores que representam cinco qualidades do fenómeno natural, cinco movimentos, cinco fases do ciclo das estações, nomeadamente: madeira, fogo, terra, metal e água e dizem respeito ao movimento do “Qi”. Estes elementos são usados para classificar todos os fenómenos, áreas, sons, odores, paladares e todas as coisas conhecidas do universo. De referir que existe uma ligação entre as cinco fases evolutivas e as suas manifestações clínicas, as regiões anatómicas e as emoções (Greten, H., 2011).

De acordo com o Modelo de Heidelberg de MTC, as “fases” podem ser definidas como parte de um processo circular, representado em termos de regulação cibernética que, aplicado ao Homem, permite estabelecer as tendências funcionais vegetativas do individuo nesse espaço de tempo. A cada uma das cinco fases corresponde um vector e uma distribuição específica de “Qi”, que invoca alguns sinais específicos relevantes para o diagnóstico, as “orbes”. Desta forma, as manifestações próprias de cada fase são designadas de “orbes”, ou melhor, uma “orbe” pode ser definida como a manifestação clínica de uma fase, com a designação de uma região do corpo. É um conjunto de sinais diagnosticamente relevantes, que indicam qual o estado funcional de uma determinada região do corpo, a qual está correlacionada com as propriedades ou características funcionais de um conduto (Greten, H., 2011).

A importância deste modelo das cinco fases vem do relacionamento que estas estabelecem entre si, ou seja, um processo de transformação contínua dos fenómenos do indivíduo. De facto, as fases consistem numa ordenação cíclica que se pode representar, como já foi referido, através de uma onda sinusoidal que gira em torno de valores padrão. Assim, neste movimento, se as leis que regulam a relação entre as fases forem respeitadas, a saúde do organismo será mantida, se houver uma ruptura ou uma descontinuidade nos mecanismos que mantêm o sistema equilibrado, surge a patologia (Vieira, A., 2013).

De facto, esta curva ou onda sinusoidal analisa e descreve os problemas de transição de uma fase para outra.

De referir, que cada “fase” é composta por duas “orbes”, uma com características “Yin” e outra com características “Yang”, à excepção da fase fogo que tem quatro “orbes” (Greten, H., 2011). A MTC estabelece aqui uma relação entre estas “orbes” “Yin” e “Yang” e alguns órgãos, condutos e vasos do corpo, sendo que para cada fase há uma correspondência com um órgão “Yin” e um órgão “Yang”. Por exemplo, para a “fase terra” o órgão “Yin” é o baço e o órgão “Yang” é o estômago (Greten, H., 2011). As funções destes órgãos, mais uma vez, devem coexistir em equilíbrio dinâmico. Caso contrário, qualquer desequilíbrio afectará todo o restante sistema (Vieira, A., 2013).

Sucintamente e de uma forma simplista, em MTC, temos cinco fases que correspondem a funções internas do organismo e dizem respeito ao movimento do “Qi”, as “orbes” são a manifestação desse mesmo movimento interno.

A “Fase Madeira” estabelece o potencial criador; a “Fase Fogo” é responsável pelo potencial de transformação da função; a “Fase Metal” distribui ritmicamente a energia; a “Fase Água” estabelece a regeneração e a “Fase Terra” representa o princípio da regulação (Greten, H., 2011).

Destas fases, temos a “Fase Madeira” e a “Fase Fogo” como fases “Yang”, sendo, de um ponto de vista da medicina ocidental, reguladas pelas funções do sistema nervoso simpático. A “Fase Metal” e a “Fase Água” são fases “Yin” sendo, então, reguladas pelo sistema nervoso parassimpático (Greten, H., 2011).

Detalhando um pouco mais cada fase temos:

- A “Fase Madeira” apresenta uma associação a funções ligadas ao potencial de criação, tais como o crescimento, a vigilância e potencial energético. Representa o movimento ascendente, simboliza o Este e a Primavera. As suas manifestações ou “orbes” são a Hepática (Fígado) e Felleal (Vesícula Biliar). A “Orbe” Hepática mantém e produz toda a capacidade de decisão e planeamento, é a origem da coragem e da presença da mente. Esta “Orbe” mantém e produz todo o potencial

que dá capacidade para fazer projectos, desejar, etc. É considerado o repositório do “Qi” construtivo – específico do “Xue”. A “Orbe” Felleal controla e guia a iniciativa e a decisão, controla todas as formas de “Qi”, por exemplo, controla o fluxo de “Qi” construtivo nos condutos, fazendo ascender o movimento do “Qi” defensivo fora dos mesmos (Porkert, M., 1995).

- A “Fase Fogo” tem a função da transformação do potencial em função. Representa as funções que atingiram o seu estágio máximo e estão prestes a iniciar o seu declínio, assim sendo, simboliza o Sul e o Verão. Correspondem a esta fase a “orbe” Cardial (Coração) e Tenuintestinal (Intestino Delgado), a Tricaloric (Triplo Aquecedor) e a Pericardic (Pericárdio). A “orbe” cardíaca orienta e influencia todas as outras, daí ser considerada o “imperador” que governa o sistema de condutos, a transformação do “Qi” construtivo em “Xue”, sendo a principal responsável pela circulação do mesmo, pela coordenação e coerência das funções, integração de todos os processos vitais e funções, incluindo o metabolismo. O “Shen” ou presença mental, reside e é fortalecido pelo coração, influenciando, também a formação da personalidade. Outro aspecto importante desta força coordenadora é a fisiologia do sono, quando as forças activas do “Shen” se retiram da estrutura do coração. Em relação à “orbe” Tenuintestinal, esta assume os aspectos do metabolismo, a regulação dos sucos e nutrição, sendo responsável pela separação das energias absorvidas através da alimentação. A função da “orbe” Pericardial é comparada à de um “embaixador oficial”, é a origem da alegria e do prazer. É definida como um reservatório de “Qi” colocado no indivíduo à nascença. Algumas teorias dizem que tem uma afinidade com o desenvolvimento de doenças infecciosas. Tende a sofrer primeiro com os factores exógenos, enquanto que, a “Orbe” Cardial é mais afectada pelos agentes endógenos, emoções e desordens constitucionais. A “orbe” do Triplo Aquecedor é um complemento da “orbe” do pericárdio e é dependente da “orbe” do Intestino Delgado. É responsável pela regulação da circulação dos fluídos (Porkert, M., 1995).
- “Fase Terra” representa o princípio da regulação, designa o equilíbrio, o Centro, simboliza o Verão tardio, permite a disseminação, o crescimento e a colheita. As “orbes” que representam a fase terra são a Stomachal (Estômago) e a Lienal (Baço-Pâncreas). Estas “orbes” são definidas como esferas de integração e de assimilação de efeitos externos, sendo responsáveis pela integração, incorporação e assimilação de todas as forças e potenciais de acção que afectam o indivíduo exteriormente até ao interior. A comida e a bebida são dois dos aspectos importantes nesta fase. Este poder de assimilação e digestão corresponde à força vital que renasce todos os dias.

Devido a isto, a “orbe” Lial é chamada a origem da constituição adquirida (pós-natal) e é também considerada o centro da energia construtiva. As “Orbes” Stomachal e Lial são importantes no metabolismo da comida e da bebida, bem como na sua distribuição. É na “orbe” Lial que o “Qi” construtivo se localiza, providenciando as condições para a produção de “Xue”. A energia activa da “Orbe” Lial mantém o “Xue” intacto, assegura a firmeza dos vasos sanguíneos e previne hemorragias. Estas “orbes” são importantes na digestão das sensações e na realização do trabalho mental (cogitatio), revelando-se também importantes na harmonização e balanço de todas as outras “orbes” (Porkert, M., 1995).

- “Fase Metal” apresenta uma relativa falta de energia, bem como representa a distribuição rítmica da energia. Simboliza as funções que estão em declínio, representa o Oeste e o Outono e está associada às “Orbes” Pulmonar (Pulmão) e Crassintestinal (Intestino Grosso). O ritmo do indivíduo – resultado da síntese entre “Qi” congénito e os estímulos e influências contínuas da natureza, sociedade e do cosmos (alimentação, clima, estados de humor, estímulos intelectuais) é produzido na “orbe” Pulmonar. O “Qi” defensivo encontra-se na pele e representa a perfeição da “Orbe” Pulmonar. Tem como função fisiológica o movimento descendente e distribuição da energia captada pela respiração para o calórico médio e inferior. A “Orbe” Crassintestinal tem o seu papel na personalidade, agente de transmissão e transporte, contribui para a transformação dos alimentos, já iniciada pelas “Orbes” do Estômago e Tenuintestinal (Porkert, M., 1995).
- “Fase Água” representa aquelas funções que atingiram o estado máximo de declínio e que estão prontas a mudar em direcção e crescimento. A regeneração de energia é também uma função desta fase, que simboliza o Norte e o Inverno. A fase água encontra-se associada às “orbes” Renal (Rim) e Vesical (Bexiga). A “orbe” Renal é o lugar da “constituição congénita”, onde se encontra a totalidade dos potenciais herdados, reflecte traços hereditários e representa todas as funções neurológicas (intelectuais, potenciação mental das impressões sensoriais na forma de conhecimento), todo o “débito neuronal”. A “Orbe” Vesical é o complemento da “Orbe” Renal, funcionando como uma reserva de fluídos, como materialização dos recursos herdados e reservas para futuras manifestações. Tem como função a eliminação do excesso de fluídos (Porkert, M., 1995).

2.5.2.2 O Diagnóstico na Medicina Tradicional Chinesa, segundo o Modelo de Heidelberg

Em qualquer método terapêutico ou terapia é essencial, como ponto de partida, a obtenção de um diagnóstico correcto, que deverá ser estandardizado, racional e comunicável, pois dele depende toda a terapêutica e intervenções seguintes. Tal não é excepção para a MTC (Greten, H., 2011). Assim, de acordo com o Modelo de Heidelberg, para o estabelecimento do diagnóstico, definimos os sinais e os sintomas com base em:

Constituição do Doente: indica as propriedades funcionais do individuo e a sua natureza interior, baseada essencialmente no seu fenótipo. A postura, o tom de voz, a expressão corporal e facial, são alguns aspectos que caracterizam a pessoa e permitem definir a sua constituição. A MTC defende que a estrutura física altera o comportamento funcional do Homem, os seus sentimentos, funções e a probabilidade de manifestarem de determinados sintomas. Assim, sinais constitucionais considerados “normais” num individuo, podem ser manifestação de doença noutra, cuja constituição seja diferente. A constituição de um individuo expressa um padrão determinante, um tipo constitucional, que geralmente encaixa e é representado pelas próprias fases. Deste modo, os diferentes tipos constitucionais podem ser sinteticamente caracterizados pelas seguintes expressões: o tipo Hepático (Madeira) gostaria de viver numa arena; o tipo Cardíaco (Fogo) gostaria de viver num palco; o tipo Pulmonar (Metal) procura viver num sanatório; o tipo Renal (Água) gostaria de viver numa fortaleza, à procura de segurança. Em contexto social, o hepático é o empreendedor e o líder pragmático, o cardíaco é o criativo e caótico, o pulmonar é o compreensivo com espírito de equipa, simbiótico e o renal é o administrativo, o burocrata, o felleal é o diferenciador que se pode perder em detalhes, o pericardiaco é a pessoa hiperactiva, por vezes enervando os outros com a sua falta de focus. Outro tipo de constitucional é o tipo de deficiência de yin, visto muitas vezes como a pessoa confiável que não possui flexibilidade chegando a ser compulsivo (Greten, H., 2011). Podemos facilitar a determinação da constituição de uma pessoa, mediante a definição prévia do tipo “Yin” ou “Yang” e relacioná-los respectivamente às suas fases correspondentes.

Determinação do Agente: o agente é entendido como um poder funcional, que causa alterações nas propriedades funcionais do individuo, produzindo sinais clínicos próprios e induzindo grupos de sinais diagnosticamente relevantes (orbes). Os agentes podem ser divididos de acordo com excessos climáticos ou com as emoções, em:

- Agentes Externos: Algor (Frio), Humor (Humidade), Ventus (Vento), Calor (Calor), Ardor (Rubor), Aestus, Ariditas (Secura)
- Agentes Internos: Voluptas (Alegria), Ira (Raiva), Maeror (Tristeza), Timor (Medo), Pavor (Choque)
- Agentes Neutros: excessos de trabalho e stress, maus hábitos alimentares, tabaco, álcool, drogas, infecções, excesso de actividade sexual, acidentes, traumatismos.

Orb: é o quadro de manifestações clínicas de uma fase, são um grupo de sinais relevantes para o diagnóstico, indicando o estado funcional de uma parte do corpo.

Crítérios Guia: entendidos como a doutrina da regulação corporal baseada nos quatro modelos regulatórios da fisiologia, cujos componentes nos vão permitir realizar o diagnóstico funcional (Porkert, 1995). A compreensão actual define que estes critérios são uma extensão do sistema regulatório vegetativo, incluindo processos como a microcirculação (Algor/Calor), mecanismos de defesa e a relação entre a população celular e os processos de regulação (Yin=Substância)(Greten, H., 2011).

Assim, estes critérios são:

- *Repleção /Depleção*: quantifica e qualifica o “Qi” no corpo. Referem-se na maneira de pensar ocidental a uma capacidade funcional induzida pelo sistema neurovegetativo. A Repleção pode ser interpretada como uma excitação excessiva dos mecanismos que activa o sistema neurovegetativo, ao passo que, a depleção é a inibição desses mecanismos.
- *Algor /Calor* : descreve a actividade do “Xue” e na visão ocidental refere-se ao estado da microcirculação e ao mecanismo local interdependente do plasma, células sanguíneas, endotélio, tecidos funcionais e órgãos. Esta activação dos tecidos corporais, pelo menos numa determinada região, pode evocar respostas vegetativas sistémicas, no contexto da distribuição dos fluídos e da circulação (e.g. alteração na produção de urina, frequência cardíaca, etc.). De forma genérica, este critério guia diz respeito aos sinais clínicos de origem humorovegetativa. Sinais de hiperactivação do “Xue” (efeitos da microcirculação) são apelidados de calor e os de inibição da microcirculação, designados por sinais de algor.
- *Extima/Intima*: Avalia os sinais que a MTC acredita serem dos efeitos de agentes patogénicos e que no caso de imunossupressão invadem o corpo (sinais neuro-imunológicos). O modelo patogénico mais comum na MTC segundo o Modelo de Heidelberg, é o modelo de seis etapas – Algor Laedens Theory (Shang Han Lun) ALT.

- *Yin/Yang*: permite distinguir se a origem dos sinais e sintomas corresponde a uma desregulação primária ou funcional (Yang) ou a uma desregulação secundária devido a deficiência estrutural (Yin). Se um tecido funcional estiver deficiente, ocorre uma regulação no sentido positivo excessivo para deliberar a função apropriada. Como este aumento da função tecidular não pode ser mantido, à deficiência funcional segue-se uma regulação positiva excessiva. Alguns sinais clínicos específicos podem indicar isto, por exemplo, em termos ocidentais uma população de células deficitárias pode ser hiper-estimulada vegetativamente provocando sinais clínicos vegetativos como os descritos na repleção. Sucede-se uma falha funcional com os sinais opostos, característicos de depleção (Porkert, M., 1995; Greten, H., 2011; Duarte, A., 2012).

Four Components of the Functional Diagnosis in TCM

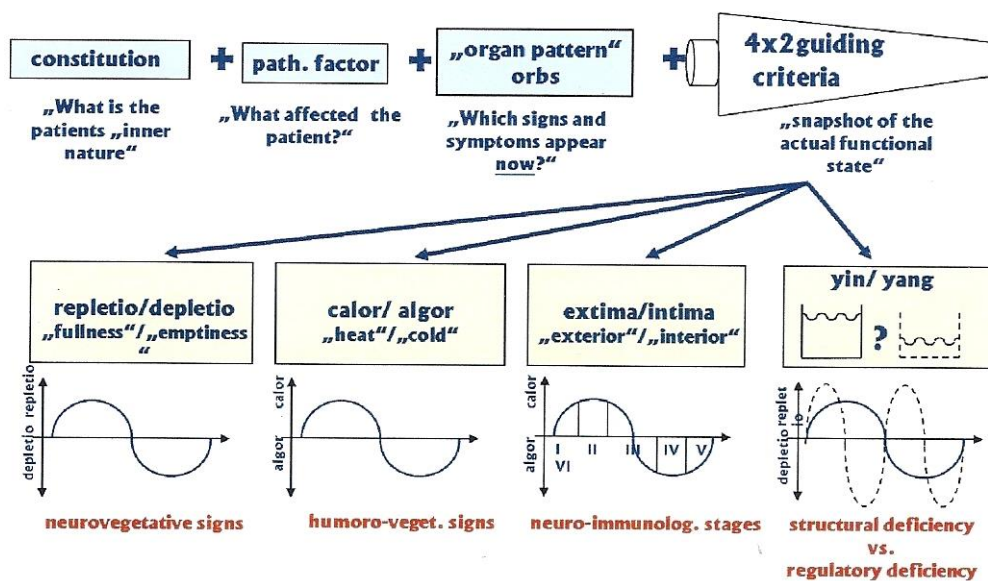


Figura 2 – Os quatro componentes do diagnóstico funcional segundo o modelo de Heidelberg (Greten, H., 2011)

Relativamente aos mecanismos que podem originar estados patológicos, segundo o Modelo de Heidelberg de MTC, estes são quatro: dificuldade de transição entre fases; excesso de agentes patogénicos; desequilíbrio entre os antagonistas; deficiência de “Yin” (Greten, H., 2011; Porkert, M., 1995).

No que se refere, à dificuldade de transição entre fases, esta manifesta-se quando a natural passagem contínua de uma fase para a seguinte é interrompida. Quando tal

acontece, surgem sinais patológicos e específicos que conduzem ao diagnóstico de uma “orbe” em particular de cada fase (Greten, H., 2011; Porkert, M., 1995).

Em relação ao excesso de agentes patogénicos externos, são descritos do ponto de vista da medicina ocidental como sendo reacções vegetativas e padrões reflexos que são metaforicamente traduzidas como factores climáticos; os agentes internos referem-se às emoções e os agentes neutros à alimentação.

Por seu turno, o desequilíbrio entre antagonistas caracteriza-se pelo “excesso” de uma fase em relação à outra, o que conduz ao predomínio de sinais característicos da fase em “excesso”.

A deficiência de “Yin” diz respeito a deficiências estruturais do organismo, que geram um excesso de amplitude do movimento da curva sinusoidal, desregulando o sistema e exacerbando as manifestações clínicas de todas as “orbes” (Greten, H., 2011; Porkert, M., 1995).

Assim, de forma sucinta, o diagnóstico em MTC segue duas etapas fundamentais: os sinais e sintomas do indivíduo e a interpretação desses sinais e sintomas. Estes sinais e sintomas são examinados através da sua constituição, pelo agente envolvente e pela “orbe” afectada. De enorme importância na recolha destes sinais, é o diagnóstico por observação da língua e o exame do pulso, práticas que nos dão informações sobre a condição de saúde dos pacientes (Greten, H., 2011; Porkert, M., 1995).

2.5.3 A Acupunctura Auricular

A acupunctura auricular é uma técnica derivada da acupunctura e baseia-se na estimulação de pontos específicos do pavilhão auricular, tendo como objectivo primário a prevenção de doenças ou tratamento de sintomas já instalados (Gori, L. & Firenzouli, F., 2007).

Nesta especialidade da acupunctura, os vários pontos podem ser estimulados através de diferentes técnicas e tipos de agulhas: agulhas “comuns” (durante 20 a 30 minutos) ou ASP – Agulhas Semi-Permanentes (aproximadamente durante 5 dias) e sementes de diversas plantas para massagem dos pontos, sendo a mais comum a de mostarda (Gori, L. & Firenzouli, F., 2007). Esta técnica segue um mapa auricular no qual se localizam as áreas reflexas do corpo humano.

Dependendo da experiência clínica e das escolas de origem (e.g. chinesa, francesa) existem tipos de mapas distintos, variando o número de pontos, todavia com um padrão semelhante: a representação de feto intra-uterino invertido, identificado numa corrente próxima à acupunctura auricular, a auriculoterapia (Nogier, P., 1983, cit. por Hempen, C. & Chow, V., 2006).

Paul Nogier (1983, cit. por Hempen, C. & Chow, V., 2006) desenvolveu a auriculoterapia, dentro das técnicas de acupuntura auricular, baseando-se nos princípios da reflexologia. Este investigador desenvolveu várias pesquisas e provou as suas teorias sobre o mecanismo de acção neurofisiológico da auriculoterapia, baseando-se nos resultados que obteve ao aplicar uma cauterização num ponto da orelha, relacionado com a quinta vertebra lombar, obtendo efeitos positivos no tratamento da nevrite ciática. Assim, Nogier (1983) pôde comprovar o seu método, através da estimulação de pontos distintos da orelha, com resultados diferentes no tratamento de dores da coluna vertebral. No entanto, actualmente a acupuntura auricular baseia e suporta os seus mecanismos nas pesquisas efectuadas por Nogier (1983), sendo que muitos terapeutas e escolas procuram utilizar o melhor de ambas as técnicas de forma a potenciar o seu trabalho (Nogier, P., cit. por Vieira, A., 2013)

Esta analogia de representação anatómica no pavilhão auricular humano, é também defendida por outros autores, como Oleson (2003, cit. por Vieira, A., 2013) que defende a representação de um microsistema no pavilhão auricular humano.

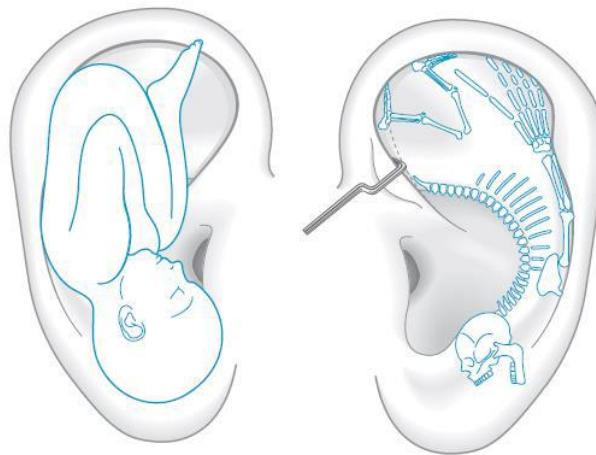


Figura 3 - Esquema de representação anatómica de um feto no pavilhão auricular (Landgren, 2008).

Com efeito, o desenvolvimento dos tecidos e órgãos faz-se a partir de três camadas germinativas: endoderme, ectoderme e mesoderme (Landgren, K., 2008, cit. por Vieira, A., 2013). Sendo o pavilhão auricular uma das poucas estruturas anatómicas composta por tecidos com origem em cada uma destas três camadas, Nogier (1983, cit. por Vieira, 2013) defende a existência de ligações com reflexos somatotópicos relacionados com o ouvido. Assim, segundo este autor, a endoderme, que corresponde à área anatómica da *concha*, está associada por ligação embrionária aos órgãos internos, como o estômago, o fígado ou o pulmão. A mesoderme, representada na *anti-hélice* e na *fossa triangular* do pavilhão auricular, dá origem, entre outros, ao sistema musculo-esquelético e aparelho

reprodutivo. A ectoderme representada na cauda da *hélice* da orelha, origina algumas mucosas como a do nariz e olhos, a pele, dentes, espinal medula e córtex cerebral, entre outras áreas (Nogier, 1983, cit. por Vieira, A., 2013).

2.6 ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

A regulação e equilíbrio das emoções é uma das principais funções da “Fase Fogo”(Greten, H., 2011). Por esta razão, as “orbes” que representam esta fase, manifestam-se alteradas sempre que há problemas emocionais ou psíquicos.

De acordo com o Modelo Heidelberg de MTC, existem três tipos de ansiedade:

- Ansiedade Primária: tem origem num “Yin” e/ou de uma “orbe” frágil, em que os indivíduos normalmente estão conformados com essa situação, gerindo a sua vida de forma a evitarem correr riscos, ou estar sujeitos a situações potencialmente stressantes.
- Ansiedade Secundária: deriva do agente patogénico interno, tristeza ou de um problema de transição/transformação de fases.
- Ansiedade Terciária: provocada por um desequilíbrio das condições cardial e renal.

Este terceiro tipo de ansiedade resulta particularmente de uma constituição cardial com deficiência de “Yin”, ou seja, é o resultado de uma forte estimulação do Sistema Nervoso Simpático de indivíduos com características pericárdicas. Por outro lado, numa constituição renal esta falta de “Yin” e de “Qi”, derivada de uma fraca resposta do Sistema Nervoso Parassimpático torna-os nervosos e ansiosos. Com efeito, a diferença entre estes dois tipos de ansiedade, parte da constituição dos indivíduos. Pessoas constitucionalmente renais tendem a racionalizar a sua ansiedade, enquanto os sujeitos com constituições pericardiais manifestam mais ansiedade por hiperactividade constante (Greten, H., 2011, cit. por Vieira, A., 2013).

No caso dos sentimentos de tristeza ou depressão, se a ortopatia (capacidade de auto-regulação do organismo) da “orbe” Cardial estiver debilitada e se, simultaneamente, houver deficiências ao nível do “Qi” constructivo e do “Xue”, existir a presença do agente patológico “Ventus” e/ou emoções patológicas, tal cenário condicionará um desequilíbrio no sistema. Como consequência, dar-se-á um bloqueio de “Qi”, que se não for tratado afectará a “orbe” Hepática e será transmitido à “orbe” Cardial.

Deste cenário, surgiram sintomas como apatia, mudanças motivacionais, tristeza e nos casos mais graves incoerência do discurso e das acções (Porkert, M., 1995).

Outro mecanismo de desenvolvimento deste tipo de alterações psíquicas acontece quando há uma lenta circulação do “Qi”, devido a emoções contraditórias, produzindo o

agente “humor”, que contribui para agravar o quadro, bloqueando a circulação de “Qi”. Este mecanismo pode produzir sintomas associados à depressão (Porkert, M., 1995).

2.6.1 – Estado da arte sobre acupunctura aplicada ao tratamento da ansiedade e depressão

A acupunctura tem sido cada vez mais usada no tratamento de distúrbios psiquiátricos (OMS, 2002). Os primeiros estudos clínicos em acupunctura aplicada ao tratamento da depressão remontam aos anos 80 e o seu número foi crescendo ao longo das décadas seguintes (Jorm, A., Christensen, H., Griffiths, K. & Rodgers, B., 2002).

Os efeitos da acupunctura na depressão foram documentados repetidamente em estudos controlados e a mesma tem sido comparada a antidepressivos como a amitriptilina, porém com menos efeitos secundários. Existem também resultados, em ensaios controlados, que indicam que no tratamento da esquizofrenia, a acupunctura pode ter um efeito melhor do que a clorpromazina (OMS, 2002).

A acupunctura, nomeadamente a auricular, mostrou-se mais eficaz do que a psicoterapia no tratamento da síndrome do stress de competição, e é um estudo que valerá a pena aprofundar (OMS, 2002).

Smith, C. & Hay, P. (2004, cit. por Pilkington, K., 2010) avaliam sete ensaios clínicos controlados e aleatorizados com um total de 517 participantes que sofriam de depressão leve a moderada. Uma meta-análise destes dados mostrou que a medicação convencional não era mais eficaz do que a acupunctura na redução da severidade da depressão. Em 2008, Wang et al. conduziu outra investigação, incluindo apenas estudos comparativos entre acupunctura específica e acupunctura placebo (estimulação de pontos não específicos ou colocação de agulhas muito superficialmente). Foi reportada uma diferença significativa na redução dos sintomas da depressão mas a diferença foi demasiado pequena em termos clínicos.

A maioria dos estudos a partir de 2004 foi realizada na China e compara os efeitos da acupunctura com os dos antidepressivos. Foram identificados um total de 20 estudos, considerados de boa qualidade, envolvendo 1998 pacientes com depressão major (Pilkington, K., 2010). Nestes estudos variava o número de participantes, a duração, o tipo de tratamento (acupunctura manual, electro-acupunctura) e o protocolo de pontos utilizado. A análise de Pilkington, K., a estes estudos revelou que a acupunctura se mostrou equivalente aos antidepressivos na redução dos sintomas da depressão major e numa resposta clínica efectiva. A acupunctura mostrou-se igualmente vantajosa ao nível

da menor incidência de efeitos adversos. Contudo, não foram reportadas diferenças significativas entre acupunctura específica e acupunctura placebo.

Um outro estudo randomizado, controlado e de observador cego sobre a eficácia da acupunctura na depressão realizado com uma amostra de 151 doentes com diagnóstico de Perturbação da Depressão Major, dividiu os participantes por três grupos aleatorizados (1- Acupunctura Especifica para a Depressão; 2- Acupunctura Inespecifica para a Depressão; 3- Grupo de Controlo). Aos sujeitos dos dois grupos experimentais foi aplicado um tratamento de oito semanas, com avaliações semanais do índice de severidade da depressão. Os resultados demonstraram diferenças significativas entre os grupos experimentais e o grupo controlo. Todavia, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos de acupunctura (especifica e inespecifica) (Allen, J., Schnyer, R., Chambers, A., Hitt, S., Moreno, F. & Manber, R., 2006).

Para além da acupunctura tradicional também a acupunctura auricular foi estudada por alguns investigadores desta área. Um estudo piloto sobre a eficácia da acupunctura auricular no tratamento de um grupo de jovens deprimidos com comportamentos de auto-mutilação demonstrou que, uma semana após um tratamento de três semanas, diminuíram os impulsos para realizar comportamentos de auto-mutilação. Este estudo piloto teve a particularidade de ter utilizado o protocolo da National Acupuncture Detoxification Association (NADA), pelo facto dos autores identificarem características do tipo de adição neste tipo de comportamento. Os autores concluíram que pela facilidade, baixos custos, aceitabilidade e tendências demonstradas pela aplicação da acupunctura na diminuição dos sintomas seria de grande interesse explorar em futuras investigações, este potencial de eficácia na depressão (Nixon, M., Cheng, M., & Cloutier, M., 2003).

Um outro estudo bastante relevante nesta área, testou os efeitos da acupunctura auricular na ansiedade e depressão em doentes do sexo feminino com diagnóstico de múltiplas adições. Este estudo comparou um grupo de 185 participantes aos quais foi aplicado um tratamento de acupunctura auricular próximo do protocolo da NADA, em simultâneo com o tratamento psico-educacional convencional, com um grupo de 101 mulheres às quais não foi aplicado qualquer tipo de intervenção em termos de acupunctura, sendo apenas sujeitas ao tratamento psico-educacional. Os resultados indicam que as doentes do grupo experimental revelaram nas escalas de depressão e ansiedade (Beck Depression Inventory – BDI; Beck Anxiety Inventory – BAI) valores significativamente mais baixos, comparativamente com o grupo de controlo. Outra das conclusões relevantes deste estudo sugere que o uso destas técnicas de acupunctura auricular, combinadas com os programas de tratamento comuns para as dependências de substâncias são bastante eficazes, fáceis de administrar e podem ser custo-efectivos

como alternativa em relação ao tratamento com, por exemplo, psico-farmacologia ansiolítica (Courbasson, C., Sorkin, A., Dullerud, B., Wyk, L., 2007).

No âmbito da ansiedade, os resultados são na generalidade idênticos aos encontrados ao nível da depressão. Pilkington, K. (2007) analisou 10 ensaios controlados, aleatorizados e não aleatorizados, acerca dos efeitos da acupunctura na ansiedade. A interpretação dos resultados destes estudos foi igualmente difícil por razões idênticas às dos estudos sobre a depressão, nomeadamente a variabilidade no tipo de tratamento aplicado e amostras de pequena dimensão. Em vários casos, quando a acupunctura foi comparada com tratamento por medicação não foram encontradas diferenças significativas entre os seus efeitos. Isto poderá resultar do facto de ambos os tratamentos serem igualmente eficazes ou pelo facto dos ensaios não serem suficientemente robustos para uma avaliação real desta equivalência. No caso da ansiedade pré-operatória os resultados foram significativamente melhores, indicando que a acupunctura, em especial a acupunctura auricular em pontos terapêuticos foi mais eficaz do que a acupunctura placebo.

De facto, um estudo randomizado e duplo-cego, publicado em 2011, partindo do pressuposto que a acupunctura auricular provoca menos desconforto que a corporal em doentes em situação pré-cirúrgica, comparou o efeito de ambos os tratamentos em doentes com ansiedade pré-operatória. Nessa investigação, a ansiedade foi medida através da Escala de Ansiedade de Auto-Avaliação de Zung, revelando que ambos os métodos acupunctura corporal ou acupunctura auricular são efectivos na redução dos níveis de ansiedade pré-cirúrgica, não existindo neste estudo, diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos. No entanto, os autores desta investigação referem que a acupunctura auricular é logisticamente mais fácil de administrar em contexto hospitalar e pré-operatório do que a acupunctura corporal e é igualmente mais facilmente aceite pelos doentes (Wu, S., Liang, J., Lui, X. & Miao, D., 2011).

Uma outra investigação de 2001, aleatória e cega, já tinha estudado o mesmo tipo de ansiedade pré-cirúrgica comparando, neste caso, a utilização de diferentes pontos de acupunctura auricular com pontos placebo. Os autores dividiram a amostra em três grupos (Grupo do ponto ShenMen; Grupo do ponto de Relaxamento; Grupo do ponto Placebo) e mediram a ansiedade, a pressão arterial, frequência cardíaca e a actividade electrodermal. Esta pesquisa conclui que a acupunctura auricular, mais uma vez, demonstrou ser uma técnica eficaz no tratamento da ansiedade, sobretudo quando utilizado o ponto de Relaxamento do pavilhão auricular, em comparação com o ponto ShenMen (Wang, S & Kain, Z, 2001).

Com efeito, a maioria da literatura encontrada sobre acupunctura tradicional ou auricular aplicada na ansiedade, focou-se sobretudo em populações de doentes em situação pré-

cirúrgica. É o caso de um estudo aleatorizado que tinha como objectivo comparar a eficácia da acupuntura auricular na ansiedade com a de uma benzodiazepina (midazolam intranasal) numa amostra de doentes em espera para uma excisão dentária. Neste estudo os autores distribuíram aleatoriamente uma amostra de 67 indivíduos em quatro grupos (Grupo acupuntura auricular; Grupo acupuntura placebo; Grupo midazolam intranasal; Grupo sem intervenções). Nesta investigação foi evidente o efeito da acupuntura auricular na redução da ansiedade aguda pré-operatória, quando comparada com o placebo ou a ausência de intervenção para a ansiedade. Contudo, o grupo de acupuntura auricular e o grupo da benzodiazepina não manifestaram diferenças significativas, sendo igualmente eficazes na redução da ansiedade (Karst, M, Winterhalter, Münte, S., M., Francki, B., Hondronikos, A., et al., 2007).

Seguiram-se outros estudos que analisaram distúrbios de ansiedade específicos, como a perturbação obsessivo-compulsiva e o stress pós-traumático.

Zhao, Z., Zhao, G., Li, H., Yang, X. et al., (2011) investigaram o efeito da acupuntura sobre os comportamentos comparados aos da ansiedade em ratos e o seu mecanismo, estudando parâmetros neuro-endócrinos durante a síndrome de abstinência do etanol. Os ratos sujeitos ao consumo de etanol demonstraram sintomas comparados aos da ansiedade 72h depois da última dose de etanol. Resultados sugerem que os comportamentos comparados aos da ansiedade foram grandemente atenuados no grupo de ratos sujeito a tratamento de acupuntura (nomeadamente no acuponto HT7) durante a abstinência do etanol. Paralelamente, a acupuntura no ponto HT7 inibiu as alterações endócrinas induzidas pela abstinência do etanol, sugerindo que a acupuntura possa ter atenuado os comportamentos comparados aos da ansiedade durante a abstinência através da regulação do sistema neuro-endócrino.

2.7 TRATAMENTO DAS ADIÇÕES NA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

2.7.1 Estado da arte sobre acupuntura aplicada ao tratamento das adições

A acupuntura é frequentemente considerada uma opção no tratamento das adições, nomeadamente do álcool, nicotina e drogas. Um relatório da Administração dos serviços de saúde mental nos Estados Unidos (SAMSHA, 2000, cit. por Mills, E., Wu, P., Gagnier, J. & Ebbert, J., 2005) afirma que em 1999 mais de 500 clínicas nos EUA, Canadá e Europa incluíam a acupuntura como uma opção de tratamento para a dependência de drogas.

O uso da acupuntura como um tratamento para a dependência do ópio foi observado pela primeira vez em 1973 (Wen, H, 1993, cit. por OMS, 2002). Verificou-se que alguns

dos pacientes cuja dor pós-operatória foi aliviada pela acupunctura estavam a esconder dependência de ópio. Em 1979, um estudo realizado conjuntamente em Hong Kong e Londres mostrou que as concentrações de endorfina foram aumentadas pela acupunctura em pessoas dependentes de heroína, o que resultou na supressão de sintomas de abstinência. Desde então, a acupunctura tem sido usada para tratar a dependência de uma variedade de substâncias. Muitos programas de tratamento para adição a drogas usam a acupunctura como adjuvante ao tratamento convencional (Culliton, R., cit. por OMS, 2002). A maioria dos artigos é ainda inconclusiva, e embora tenha havido vários ensaios clínicos controlados, os resultados não foram consistentes. Esta área de pesquisa está ainda num estágio inicial, é promissora mas carece de estudos em maior escala e de melhor qualidade (OMS, 2002).

Acupunctura tem também sido reportada como sendo útil no tratamento da dependência do álcool. Um ensaio controlado com placebo (com acupunctura em pontos não específicos como grupo de controlo), procurou avaliar os efeitos a longo prazo da acupunctura em alcoólicos reincidentes graves. Verificaram a persistência de efeitos do tratamento até ao final do follow-up de 6 meses: os pacientes do grupo de tratamento demonstraram menos compulsão para o consumo de álcool do que os pacientes do grupo controlo. Os pacientes no grupo de tratamento também tiveram menos episódios de consumo excessivo de álcool e menos admissões em centros de desintoxicação (OMS, 2002). É interessante notar que num estudo experimental com voluntários saudáveis, a acupunctura diminuiu a intoxicação clínica por álcool, aumentando o nível de álcool no ar expirado e diminuindo os níveis de álcool no sangue (OMS, 2002).

A acupunctura auricular tem sido uma das principais técnicas da MTC adoptadas no tratamento das adições e considerada uma das mais eficazes.

De facto, alguns dos estudos mais interessantes e com melhores resultados no âmbito do tratamento de dependências por acupunctura estão associados a terapias por acupunctura auricular.

Dr. Wen, cirurgião de Hong Kong, que se dedicou ao estudo da acupunctura anestésica, aplicou esta técnica bilateralmente em alguns pontos da acupunctura auricular no tratamento de dependências de drogas no Tung Wah Group Hospital. Inspirado pelos princípios da acupunctura anestésica usou o ponto que costumava utilizar nos seus tratamentos anestésicos, o ponto auricular do pulmão, em doentes com problemas ligados às drogas, 2 a 3 vezes por dia, durante 3 a 5 dias durante a fase aguda, seguindo-se após esta fase um tratamento diário por mais 4 a 5 dias. Dos 40 casos tratados, 39 conseguiram uma desabitação completa (Wen & Cheung, 1973, cit. por Xia, Y., et al., 2010). Posteriormente, Michael O. Smith, psiquiatra americano, estudou os tratamentos de acupunctura aplicados ao tratamento das dependências de drogas

durante 20 anos, com o suporte do National Drug Abstain Committee. Usou esta técnica desde os anos 70 para tratamento das adições no Lincoln Hospital em Nova York. Os registos clínicos confirmam que a acupuntura auricular pode aliviar a síndrome de abstinência e reduzir os sintomas de “craving” (Smith & Khan, 1988; Smith, 1992, cit. por Xia, Y. Et al., 2010). Foram estes estudos e práticas que vieram a dar origem à National Acupuncture Detoxification Association (NADA), sobre a qual será dada maior atenção no capítulo a ela dedicado.

A eficácia da acupuntura auricular no tratamento das adições foi testada em diversos trabalhos de investigação. Um desses estudos analisou a redução da compulsão por consumo (craving) de cocaína através de um ensaio clínico “single-blind”, placebo. Este estudo utilizou um grupo de 150 indivíduos que procuravam tratamento para dependência de cocaína/crack foram distribuídos aleatoriamente para receber ou tratamento de acupuntura placebo ou acupuntura experimental. Os tratamentos foram aplicados a doentes acompanhados em ambulatório durante um mês. Os tratamentos placebo envolviam acupuntura auricular em pontos não usados para tratamento de problemas com drogas. Os pacientes forneciam amostras de urina para análise de drogas após a sessão de acupuntura. Os resultados das análises à urina dos pacientes favoreceram os pacientes do grupo experimental, sendo que após 2 semanas tinham diminuído significativamente os seus níveis de cocaína comparativamente com o grupo placebo no mesmo período. Relativamente ao período pré-tratamento, ambos os grupos verificaram redução no consumo de cocaína. (Lipton, D., Brewington, V. & Smith, 1994). Noutro estudo, Russell et al. (2000, cit. por Xia, Y. et al., 2010) aplicaram acupuntura auricular a 37 pacientes, deixando de fora 49 pacientes como grupo de controlo. Os resultados demonstraram que o grupo sujeito à acupuntura auricular apresentou análises de urina negativas ao consumo de substâncias num período mais curto de tempo, quando comparado com o grupo de controlo. Para além disto, concluíram que no grupo ao qual foi aplicado o tratamento de acupuntura auricular houve mais doentes a concluírem o tratamento e número de recaídas foi inferior ao grupo de controlo (Russell et al., 2000, cit. por Xia, Y. et al., 2010).

Jing (2002) desenvolveu uma pesquisa em que usou a acupuntura auricular em simultâneo com a terapêutica de substituição com metadona em 32 pacientes, numa amostra de 62 pacientes. Simultaneamente, foram sendo reduzidas as doses administradas aos sujeitos. As sessões de acupuntura ocorreram duas vezes por semana, nas duas orelhas alternadamente. A metadona foi sendo reduzida gradualmente de acordo com a condição dos doentes. Os resultados demonstraram que 90% dos sujeitos do grupo experimental conseguiram uma maior desabituação, face aos 70% do grupo de controlo (Jing, 2002, cit. por Xia et al, 2010).

Nas explicações neurofisiológicas que sustentam estes resultados estão o sistema nervoso central, o sistema endócrino e o sistema imunitário, estando provado que são estes que participam na regulação do organismo, quando activados pela acupunctura. A endorfina parece ser de todos os neurotransmissores, aquele que detém um papel mais determinante em todo este mecanismo. No caso dos opiáceos exógenos, como a heroína ou a morfina, estes são antagonistas da endorfina no cérebro, opiáceo endógeno. Estas drogas podem ligar-se, facilmente aos receptores de opiáceos no cérebro, produzindo uma sensação de alegria e felicidade imediatas. O abuso crónico pode interferir com a função dos receptores e, por sua vez, reduzir a libertação de endorfina, por um mecanismo de feedback negativo. Assim, o organismo necessita de se compensar, necessitando que o consumo destas drogas se mantenha. Presume-se que a acupunctura possa induzir um aumento da libertação de endorfinas no sistema nervoso central, compensando assim o organismo e podendo-se constituir como um tratamento para as dependências de opiáceos através de um mecanismo fisiológico (Xia et al. 2010). Fritz, D., Carney, R., Steinmeyer, B., Ditson, G., Hill, N. & Zee-Cheng, J. (2013) desenvolveram um estudo para testar a eficácia da auriculoterapia na cessação tabágica, usando uma amostra de 125 militares. Estes autores testaram um protocolo de auriculoterapia com estimulação eléctrica e um protocolo “sham”, uma vez por semana, ao longo de cinco semanas seguidas, com o objectivo de perceber se a auriculoterapia é eficaz na desabitação tabágica. Todavia, estes autores não verificaram diferenças significativas, que sustentassem que a auriculoterapia é mais eficaz no tratamento anti-tabágico.

Por outro lado, um estudo controlado e aleatorizado sobre abstinência passiva de tabaco, ou seja sem motivação ou sugestão para deixar de fumar, apresentou resultados interessantes. Neste estudo, foi dito aos sujeitos que iriam receber um tratamento de acupunctura por outros motivos e não lhes foi pedido que deixassem de fumar. Foi feita uma comparação entre os efeitos de um tratamento de acupunctura auricular e da acupunctura corporal (grupo de controlo) e verificou-se que a auricular foi superior em reduzir o consumo de tabaco do que a corporal: 70% dos pacientes sujeitos à acupunctura auricular e 11% dos que receberam acupunctura corporal experienciaram desagrado ao cheiro do tabaco e 15% sentiram-se tontos ao fumar (Fang, Y., 1983, cit. por OMS, 2002).

Os tratamentos de acupunctura, e sobretudo de acupunctura auricular, para as dependências são considerados seguros, efectivos e baratos, especialmente quando os outros tratamentos se mostram ineficazes (Xia et al, 2010). Segundo Xia et al (2010) estes apresentam mais vantagens comparativamente com os métodos farmacológicos e de substituição, sobretudo ao nível dos efeitos secundários associados.

2.7.1.1 O Protocolo da National Acupuncture Detoxification Association – NADA

Como já foi referido a acupunctura é das terapias não convencionais mais amplamente aplicadas no contexto do tratamento de dependências de substâncias psicoactivas.

Está provado o seu potencial na atenuação dos efeitos da Síndrome de Abstinência e dos sintomas de “Craving” (Carter, K., Olshan-Perlmutter, M., Norton, H. & Smith, M., 2011).

Neste contexto um dos protocolos mais conhecidos é o da National Acupuncture Detoxification Association (NADA), que consiste num programa de acupunctura de desintoxicação, em que são usados cinco pontos de acupunctura auricular, envolvendo uma aplicação bilateral no ponto “Sympathetic”, “Shen Men”, “Kidney”, “Liver” e “Lung”. De referir que este protocolo não está dependente da teoria geral da MTC, pode também ser usado em situações de doença psiquiátrica crónica ou aguda, pois tem efeito sob um conjunto alargado de sintomas e condições clínicas, não estando dependente de um diagnóstico (Carter, K., et al, 2011).

Acupunctura como tratamento para a dependência de drogas e álcool foi primeiramente desenvolvida no Lincoln Medical and Mental Health Center, actualmente Lincoln Recovery Center, em Nova York. Este hospital na sua divisão para o abuso de substâncias já desenvolveu mais de 500 000 programas NADA nos últimos 30 anos. Yoshiaki Omura foi o responsável por iniciar este programa no Lincoln Hospital em meados dos anos 70. Inicialmente, usaram o método de Wen de acupunctura anestésica, médico que tinha descoberto que este mesmo método aliviava os sintomas da Síndrome de Abstinência (NADA, 2008).

Antes da implementação do programa de acupunctura auricular no Lincoln Hospital, este aplicava o programa de substituição com recurso à metadona. A acupunctura auricular foi sendo introduzida aos poucos como um coadjuvante no tratamento dos sintomas de privação tardios, depois de um ciclo de desintoxicação com metadona de 10 dias. Os pacientes começaram a referir que sentiam menos mal-estar e maior relaxamento. Consequentemente, foram aumentando a frequência dos tratamentos de acupunctura até duas vezes diárias e foram ajustando as doses de metadona (NADA, 2008).

Mais tarde foi sendo abandonada a estimulação eléctrica que era usada conjuntamente, observando-se efeitos mais prolongados que permitiram reduzir as sessões a apenas uma sessão diária. Esta observação foi no sentido do principio geral da acupunctura que postula que uma estimulação mais forte tem, primeiramente, um efeito sedante, mas uma estimulação mais suave apresenta efeitos mais prolongados, preventivos e tonificantes.

O ponto “Shen Men” foi entretanto introduzido no protocolo e Michael Smith é o responsável pela introdução do ponto “Sympathetic”, “Kidney” e “Liver”, o que deu origem

à fórmula dos cinco pontos básicos. Smith desenvolveu, também uma fórmula fitoterapêutica conhecida como o “Sleepmix Tea” (NADA, 2008).

Em 1978, é abandonado o uso da metadona no Lincoln Center, sendo cada vez mais adoptada e desenvolvida uma abordagem centrado no paciente, baseada nos modelos de tratamento psicossociais (NADA, 2008).

Todos os cinco pontos deste protocolo têm um efeito de equilíbrio da energia do corpo, ajudando no processo de tratamento. O seu efeito combinado é visto do ponto da MTC, como uma tonificação do “Yin”, que restaura a calma interior e aumenta a serenidade. De uma forma geral, a utilização dos pontos “Shen Men” e “Sympathetic” produzem uma sensação de calma e relaxamento. Os outros três pontos, “Kidney”, “Liver” e “Lung”, sendo pontos “Yin” ou internos do organismo, têm funções de nutrição, restauração, suporte e armazenamento das substâncias vitais, como a energia e a essência. Do ponto de vista da medicina ocidental, o rim, o fígado e o pulmão estão também relacionados com a limpeza e desintoxicação do organismo. São órgãos de eliminação (NADA, 2008).

Alguns estudos desenvolvidos sobre o Protocolo NADA, como o de Schwartz et al. (1999, cit. por Carter, K., 2011) sobre taxas de reincidência, demonstrou que doentes em processo de tratamento em ambulatório aos quais foi aplicado o protocolo NADA, tiveram menos recaídas que outros em programas de internamento sem aplicação deste protocolo, num follow up de seis meses.

Outros ensaios clínicos foram levados a cabo por Bullock, M. (1987; 1989, cit. por Carter, K., 2011) que demonstraram que grupos experimentais com doentes adictos que receberam tratamento segundo o modelo NADA, tiveram metade do número de recaídas do que as reportadas nos grupos de controlo.

Carter, K. et al. (2011) desenvolveram um estudo em que analisaram os efeitos da aplicação do protocolo NADA, ao nível da severidade dos sintomas como “carvings”, depressão, ansiedade, raiva, dores de cabeça, concentração e falta de energia, num grupo de 167 pacientes integrados num programa de 28 dias tratamento em regime de internamento. Destes 167, 103 receberam o tratamento NADA em conjunto com o tratamento convencional e os restantes 64 apenas receberam o tratamento convencional. Os resultados demonstraram que este protocolo em conjunto com o tratamento convencional proporcionou um alívio significativo nas sete dimensões de sintomas estudadas, comparativamente com o alívio obtido no grupo ao qual foi aplicado apenas o tratamento convencional (Carter, K., et al., 2011).

Para além do tratamento das adições, o modelo da NADA também tem sido estudado noutras aplicações clínicas. Valois, B., Young, T., Robinson, N., McCourt, C. & Maher, J. (2012) levaram a cabo uma investigação com o objectivo de verificar se a aplicação do protocolo de acupunctura auricular da NADA podia ajudar a aliviar sintomatologia

associada ao tratamento para o cancro da mama, nomeadamente suores nocturnos e afrontamentos e se poderia aumentar o bem-estar geral, em comparação com o tratamento de acupunctura corporal/normal. Os resultados revelaram que as doentes sujeitas ao tratamento da NADA reduziram a frequência de ocorrência de suores nocturnos e afrontamentos em 35,9% depois de oito sessões de tratamento, mas foi menos eficaz nesta redução, quando comparado com o tratamento de acupunctura normal. Ao nível do bem-estar, ambas as técnicas obtiveram resultados semelhantes no sentido da melhoria do bem-estar das doentes (Valois, B., et al, 2012).

2.8 MECANISMOS DE ACÇÃO NEUROFISIOLÓGICA DA ACUPUNCTURA

São várias as tentativas para explicar, através de estudos e pesquisas, os mecanismos de acção neurofisiológica da acupunctura. De facto, é compreensível o desejo de explicar o fenómeno da acupunctura, os efeitos dos pontos, assim como dos canais numa perspectiva ocidental da medicina. No entanto, apesar de todas as pesquisas desenvolvidas nos últimos 40 anos, e de se terem desenvolvido várias teorias que procuram explicar os mecanismos de acção da acupunctura, são até à, actualidade, apenas modelos teóricos explicativos.

Uma das hipóteses actuais que explica o efeito da acupunctura é a descrita por Pomeranz et al. (cit. por Hempe, CH & Chow, V., 2006), que defende que o estímulo periférico provocado por uma agulha de acupunctura provoca a estimulação das células nervosas aferentes de tipo II e III que transmite impulsos à espinal medula. Todas as dores periféricas, que envolvem a pele, articulações e os órgãos, estão directamente ligadas à espinal medula. No corno posterior da espinal medula a troca é feita para um segundo neurónio que, por sua vez, transmite a estimulação ao tálamo e córtex cerebral. Na espinal medula a estimulação pela acupunctura provoca a libertação de encefalinas. As encefalinas provocam um bloqueio da transmissão da dor na espinal medula, produzindo um efeito analgésico. Diversos peptídeos estão envolvidos neste processo. São transmitidos impulsos da espinal medula para o cerebelo. Como resultado da influencia da encefalina, dá-se a libertação de monoaminas. As mais importantes destas monoaminas são a serotonina e a norepinefrina, capazes de dar um sinal de resposta às células da espinal medula e prevenir posterior transmissão da dor (Hempe, C, & Chow, V., 2006).

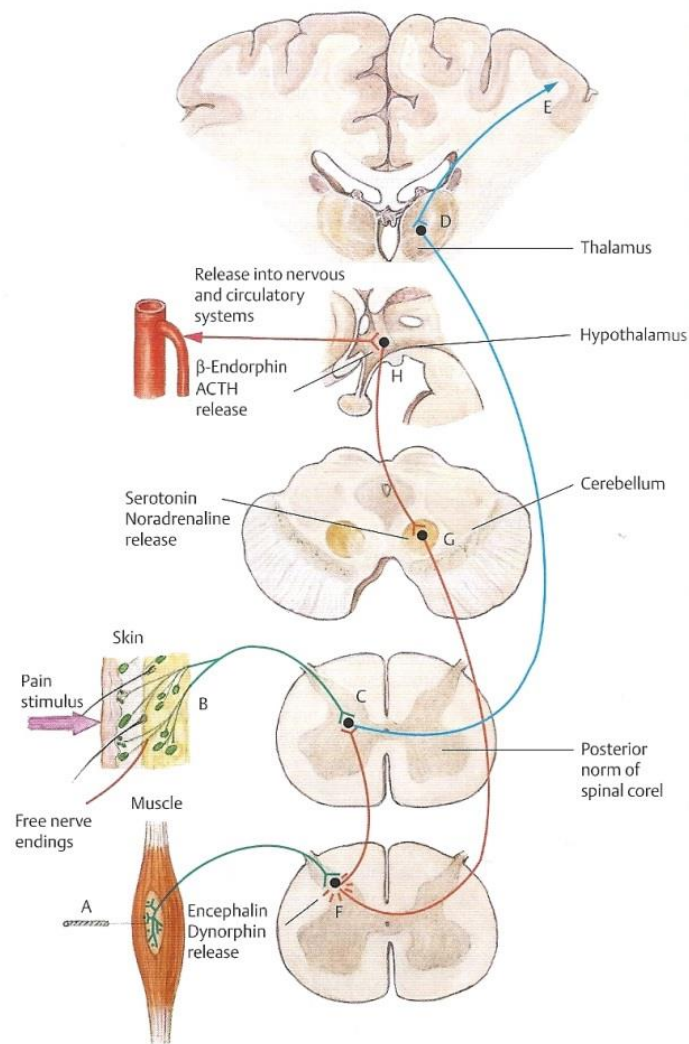


Figura 4 - Esquema do Funcionamento Neurofisiológico da Acupuntura (Hempe, C, & Chow, V., 2006).

Outra área importante e que possivelmente tem influência no mecanismo de ação da acupuntura é o hipotálamo, onde são libertados a beta-endorfina e a hormona adrenocorticotrófica (ACTH). Esta última é conhecida como tendo um efeito estimulante no córtex adrenal, contribuindo para a libertação de cortisol. A produção de beta-endorfinas faz-se exclusivamente no hipotálamo.

Estas substâncias são, então, distribuídas via sistema vascular tendo, assim, um efeito sistémico (Hempe, CH & Chow, V., 2006).

As mais recentes investigações sobre a Dor conferem uma importância considerável às endorfinas, uma vez que serão capazes de bloquear completamente a transmissão da sensação de dor.

Portanto, muitos dos efeitos analgésicos da acupuntura podem ser explicados à luz dos modelos da neurofisiologia ocidental, através da possível ação da acupuntura na

libertação de endorfinas, monoaminas e cortisona. Contudo, estas hipóteses explicativas não conseguem abranger a imensa variedade de efeitos da acupunctura. (Hempe, CH & Chow, V., 2006).

Brewington, V. & Smith, M. & Lipton, D (1994) na revisão de literatura que efectuaram sobre os efeitos da acupunctura no tratamento das adições, referem alguns estudos que demonstram efeitos da acupunctura tradicional ao nível dos resultados em exames de EEG (Electroencefalograma), de GFR (Velocidade de Filtração Glomerular), fluxo sanguíneo e frequência respiratória. Estes autores também citam alguns estudos em que é descrita uma relação entre a acupunctura e a produção de peptídeos, opiáceos endógenos, tais como a beta-endorfina e a encefalina, assim como outros estudos que apontam para relações entre a acupunctura e a produção de alguns neurotransmissores, tais como a ACTH (Hormona Adrenocorticotrópica), níveis de cortisol, a serotonina, dopamina e noradrenalina (Brewington, V., et al., 1994).

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

O presente trabalho pode ser caracterizado como uma pesquisa exploratória e descritiva, porém com uma base quantitativa. A pesquisa é exploratória porque pretende aprofundar o conhecimento acerca desta temática, sem criar hipóteses *à priori*. Apesar de já existir alguma literatura sobre o tema da acupunctura associada ao tratamento da ansiedade, da depressão e das adições, a associação de todas estas variáveis em estudos com robustez científica é ainda insipiente. A temática, pela sua complexidade, necessita de maior entendimento por forma a criar padrões que possibilitem estudos experimentais mais fidedignos.

Trata-se de uma pesquisa descritiva na medida em que procura descrever o comportamento dos fenómenos, sem objectivo de generalização, quer pela falta de literatura específica que a sustente, quer por dificuldades de constituição de amostras homogéneas e com dimensão suficiente, e é usada para identificar e obter informações sobre as características de um determinado problema ou questão (Collis, J. & Hussey, R., 2005) .

Fenomenologicamente, a sua classificação é a de um estudo quantitativo uma vez que pretende fazer uma descrição com base numa determinada amostra e em análises sustentadas por técnicas estatísticas, utilizando dados recolhidos através de resposta a questionários e registo de dados biométricos.

3.2 PERTINÊNCIA DO ESTUDO

Conforme anteriormente contextualizado, a temática da ansiedade e depressão tem vindo a adquirir uma importância crescente nas sociedades actuais, fruto da maior incidência de perturbações deste foro na maioria dos países ocidentais.

Os tratamentos convencionais destes distúrbios passam, na maioria das vezes, pela prescrição de fármacos como antidepressivos e ansiolíticos que comprovadamente apresentam efeitos secundários indesejados (Pilkington, K., 2010).

Neste contexto, nota-se uma crescente procura dos pacientes por outras formas de tratamento complementares, como o caso da acupunctura (MacPherson et al., 2006; Simon et al., 2004), justificando-se o desenvolvimento do conhecimento nesta área que possibilite a resposta adequada a esta necessidade.

Por outro lado, a aplicação deste conhecimento ao contexto do tratamento das adições é igualmente pertinente no sentido em que se trata de um problema social grave que é transversal às sociedades actuais e que carece de um maior desenvolvimento.

Não obstante os inúmeros estudos realizados acerca do tratamento das dependências, são ainda escassos os que se debruçam sobre a prevenção da recaída como factor de sucesso do tratamento (Trigo, M, 2006). Neste estudo, ao aprofundar o conhecimento acerca dos efeitos da acupunctura auricular na ansiedade e depressão dos doentes em tratamento, estaremos a contribuir para uma possível actuação sobre alguns dos factores que estão identificados como presentes na síndrome de abstinência tardia e que são, simultaneamente, críticos no sucesso ou insucesso do tratamento. Os benefícios da concretização das questões de investigação traduzem-se num possível aumento do bem-estar do doente sujeito ao tratamento de reabilitação do consumo de drogas, facilitando a sua recuperação e aumentando a probabilidade de estabilização emocional do doente.

3.3 OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O principal objectivo deste estudo é aprofundar o conhecimento acerca dos efeitos da acupunctura, mais especificamente acupunctura auricular, na redução dos níveis de ansiedade e depressão numa população em tratamento para a dependência de múltiplas substâncias.

Constituem-se objectivos específicos deste estudo:

- Conhecer os efeitos a nível psíquico (ansiedade e depressão) da aplicação de um tratamento de Aurículo-Acupunctura na redução dos sintomas de ansiedade e depressão numa amostra de doentes em tratamento para a dependência de substâncias;
- Analisar os efeitos a nível neurovegetativo (frequência cardíaca) da aplicação de um tratamento de Aurículo-Acupunctura nessa mesma amostra;
- Avaliar as diferenças nos efeitos psíquicos e neurovegetativos entre os dois tipos de protocolos de acupunctura auricular aplicados (Protocolo segundo o modelo de Medicina Tradicional Chinesa de Heidelberg; Protocolo segundo modelo NADA) e compará-los com um grupo que apenas seguiu o tratamento convencional;
- Com base nos dados apurados, fornecer sugestões para investigações futuras sobre esta temática.

Assim, as questões de investigação que sustentam este estudo são:

- Os tratamentos de acupuntura auricular (ambos os protocolos: Heidelberg e NADA) têm um efeito positivo na redução dos sintomas psicológicos (ansiedade e depressão) numa população de doentes em tratamento para a dependência de múltiplas adições?
- Existem diferenças nos resultados das medidas de ansiedade e depressão entre os dois protocolos de acupuntura auricular aplicados?
- O tratamento de acupuntura auricular provocou algum tipo de efeito na frequência cardíaca dos sujeitos?

3.4 AMOSTRA

Nesta investigação foi utilizada uma amostra de conveniência de 29 doentes internados na Clínica do Outeiro – Unidade de Valbom, que cumpriam todos os critérios de inclusão. Destes 29 sujeitos, 9 foram excluídos por diversas razões, entre as quais: recaídas ou desistências do tratamento, não validação dos questionários por anulação de respostas, indisponibilidade num dos momentos de avaliação. Assim, o número de participantes válidos é de 20 sujeitos.

Relativamente aos *critérios de inclusão*, apenas foram considerados sujeitos que cumprissem as seguintes condições:

- Idade superior a 18 anos com consentimento informado assinado;
- Sem conhecimentos teóricos sobre MTC;
- Sem problemas na tiroíde ou gravidez;
- Diagnosticados pelos Técnicos da Clínica do Outeiro, com pelo menos um dos seguintes critérios da Classificação Internacional de Doenças – versão 10 (OMS-ICD.10):
 - F10-2 - Transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool – Síndrome de Dependência
 - F11-2 - Transtorno mental e comportamental devido ao uso de opiáceos – Síndrome de Dependência
 - F12-2 - Transtorno mental e comportamental devido ao uso de canabinóides – Síndrome de Dependência
 - F13-2 - Transtorno mental e comportamental devido ao uso de sedativos ou hipnóticos – Síndrome de Dependência
 - F14-2 - Transtorno mental e comportamental devido ao uso de cocaína – Síndrome de Dependência
 - F15-2 - Transtorno mental e comportamental devido ao uso de outros estimulantes, incluindo a cafeína – Síndrome de Dependência
 - F16-2 - Transtorno mental e comportamental devido ao uso alucinogénios – Síndrome de Dependência
 - F17-2 - Transtorno mental e comportamental devido ao uso de tabaco – Síndrome de Dependência

- F18-2 - Transtorno mental e comportamental devido ao uso de solventes voláteis – Síndrome de Dependência
- F19-2 - Transtorno mental e comportamental devido ao uso múltiplas drogas e outras substâncias psicoactivas (em caso de concomitância de 2 ou mais substâncias) – Síndrome de Dependência

Excluíram-se da amostra os indivíduos:

- Portadores de doença mental grave concomitante (critérios F20 a F50 do ICD-10), com excepção dos que se referem a perturbações de ansiedade ou episódios depressivos (F32 e F41-1 a F41-9 do ICD-10)
- Indivíduos que mantenham ou retomem o consumo de substâncias psicoactivas.

3.5 DESENHO DO ESTUDO

O primeiro passo na elaboração deste trabalho foi a realização de uma reunião de coordenação com os responsáveis da Clínica do Outeiro – Unidade de Valbom, no sentido de identificarmos quais os utentes que cumpriam os critérios para inclusão no presente estudo.

Após este primeiro momento foi realizada uma sessão de esclarecimento sobre o nosso estudo com todos os utentes da clínica que cumpriam os critérios. Nesta ocasião todos os interessados em participar puderam colocar as suas dúvidas, ser esclarecidos e assinar a folha de Consentimento Informado e Esclarecido (Anexo II).

Para o cumprimento dos objectivos deste estudo, foram criados três grupos distintos:

Grupo 1 - Heidelberg	Grupo 2 – NADA	Grupo 3 - Controlo
Tratamento de Aurículo-Acupuntura segundo modelo de Heidelberg e tratamento convencional	Tratamento de Aurículo-Acupuntura segundo modelo NADA e tratamento convencional	Tratamento convencional

Tabela 4 – Grupos Experimentais e Grupo de Controlo

A distribuição dos participantes pelos grupos foi randomizada, optando-se pela selecção por meio de sorteio. Para o efeito, identificou-se cada grupo com uma cor e colocaram-se papéis de 3 cores diferentes num saco. A cor do papel escolhido por cada sujeito determinava o grupo ao qual pertencia. A única excepção a este procedimento foram os participantes portadores de doenças infecto-contagiosas que, por razões de segurança, foram automaticamente seleccionados para o grupo de controlo.

Por forma a garantir o anonimato dos sujeitos e orientar o investigador nas medições subsequentes, atribuiu-se um código a cada participante.

Em baixo apresenta-se um esquema que resume o *design* do estudo com respectivas etapas:

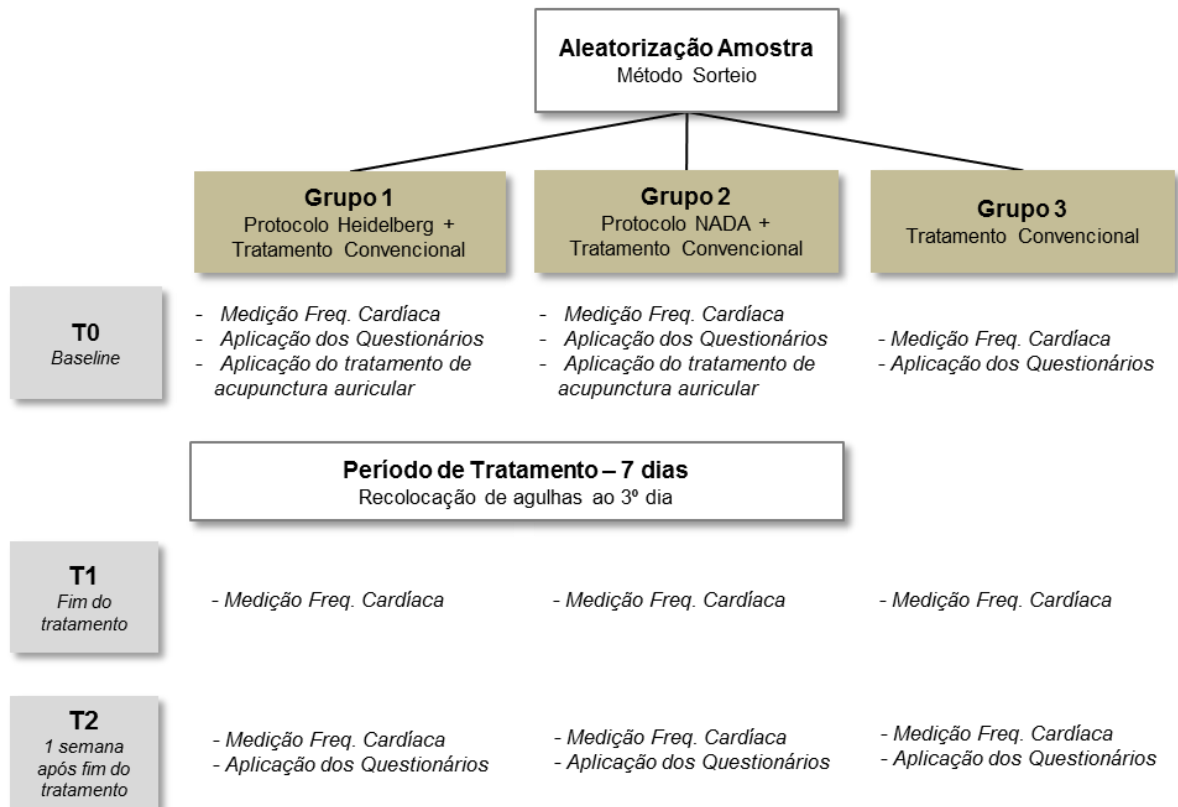


Figura 5- Esquema do procedimento experimental

Conforme se pode observar na Figura 5, após distribuição dos participantes pelos grupos, realizou-se a uma primeira medição (*base line*), ou seja, prévia a qualquer intervenção experimental.

Nesta etapa foi pedido a todos os participantes que respondessem aos questionários (Questionário Sócio-Demográfico; Inventário de Avaliação Clínica da Depressão - IACLIDE; Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung), sendo-lhes solicitado que identificassem a folha de rosto com um código que garantiria o anonimato das suas respostas.

Nesse mesmo dia foram também realizadas as primeiras medições da frequência cardíaca com recurso ao equipamento *Wahoo TICKR Heart Rate Sensor* e ao software *Heart Graph by Smoky Cat Software*.

Para a medição da frequência cardíaca foram dadas instruções no sentido dos sujeitos se sentarem descontraidamente, sem cruzarem as pernas, mantendo-se em silêncio durante a medição. A medição teve uma duração estabelecida de dois minutos e trinta segundos. Antes e após cada medição foram criteriosamente cumpridos todos os procedimentos de segurança, em termos de desinfecção com Clorhexidina nas zonas do corpo onde se interveio, tanto com a banda de medição da frequência cardíaca, como na sessão com as agulhas. Os equipamentos também foram cuidadosamente limpos e desinfectados com um desinfectante inorgânico, após cada utilização.

Após medição da frequência cardíaca, os sujeitos dos grupos experimentais foram individualmente intervencionados, dando-se início à sessão experimental com a aplicação das agulhas semi-permanentes ASP, de acordo com protocolo pré-estabelecido para o grupo a que indivíduo pertencesse.

As agulhas foram aplicadas pelo aluno mestrando do curso de Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, com estreita colaboração de um colega de primeiro ano e sob supervisão de uma das Professoras do mesmo curso. Os elementos do grupo de controlo foram dispensados desta sessão.

O tratamento teria a duração de uma semana durante a qual as agulhas deveriam permanecer nos sujeitos, contudo, considerou-se aceitável que as agulhas permanecessem pelo menos 5 dias. Por forma a garantir o cumprimento do período de tratamento foi efectuado um controlo para verificação das agulhas 3 dias após a colocação, tendo sido necessário proceder à recolocação de algumas agulhas.

Decorrido o tempo do tratamento, ou seja, uma semana após a primeira medição e aplicação das agulhas, foi efectuada uma segunda sessão para medição da frequência cardíaca a todos os participantes (grupos experimentais e controlo). Nesta segunda sessão de medição foram cumpridos exactamente os mesmos procedimentos da primeira vez.

A terceira sessão experimental ocorreu 2 semanas após a primeira medição e aplicação do tratamento, sendo que há uma semana que os participantes já não se encontravam com agulhas colocadas. Esta sessão experimental serviu para efectuar a segunda aplicação dos questionários e realizar o terceiro controlo da frequência cardíaca, cumprindo-se os mesmos procedimentos das etapas anteriores. Neste caso, todos os participantes dos 3 grupos efectuaram as medições.

A opção pelos *timings* de medição justifica-se pelo carácter exploratório do estudo que pretende, em última instância, obter informação pouco conhecida acerca de alguns

aspectos da investigação. Neste caso, pretendeu-se verificar se existe um potencial efeito de estabilização dos factores psíquicos do doente e de que forma estes se mantêm ou não ao longo do tempo, daí as medições dos factores psíquicos terem sido realizadas uma semana após termo do tratamento. No caso da frequência cardíaca optou-se por realizar uma medição intermédia (fim do tratamento) uma vez que, tratando-se de um dado biométrico, seria de esperar que o seu efeito a longo prazo fosse menos efectivo, interessando compreendê-lo nestes dois momentos de avaliação.

Ponderou-se inicialmente a medição dos níveis de ansiedade e depressão nos 3 momentos de análise (*base line*, fim do tratamento e 1 semana após tratamento) contudo, a repetição da aplicação dos questionários na fase intermédia poderia contribuir para algum enviesamento por recordação das respostas dadas na medição anterior. O facto das duas medições passarem a ser temporalmente mais próximas contribuiria para que os sujeitos ainda recordassem algumas questões e as suas respostas e tivessem tendência para serem coerentes e responderem de forma idêntica (Bryman, A. & Cramer, D. (2003).

Também o facto de estarmos a trabalhar com uma população que se encontra com algumas limitações a nível cognitivo (fadiga, diminuição da concentração), dificulta, em parte, a recolha de dados por meio de questionário, um vez que existe alguma resistência a tarefas que exijam maior concentração e esforço intelectual.

3.6 APLICAÇÃO DOS PROTOCOLO DE ACUPUNCTURA AURICULAR

3.6.1 Grupo 1 – Protocolo segundo modelo de Heidelberg

Um dos grupos experimentais foi sujeito a um tratamento de acupuntura auricular segundo o modelo de Heidelberg. O protocolo foi definido com base nas pesquisas de Bahr & Strittmatter (2010, cit. por Vieira, A., 2013) e sob as sugestões do Professor Jürgen Stürmer – Especialista em Acupuntura Auricular segundo a Escola de Heidelberg. Os pontos utilizados foram os identificados nas Figuras 6 e 7 abaixo descritos:



Figura 6 - Pontos Heidelberg utilizados na orelha dominante



Figura 7 - Pontos utilizados na orelha não dominante

1. Ponto Diazepam

O ponto diazepam associa-se com o ponto 6 do Rim na acupuntura tradicional. Deste modo apresenta um efeito sedativo no indivíduo sendo, por isso, geralmente puncionado com agulhas estimulantes, ou seja, ASP ouro. Este ponto diazepam localiza-se no tragus, e punciona-se o pavilhão auricular não dominante. O ponto diazepam tem também uma relação especial com o ponto auricular parênquima pulmonar localizado na hemi-concha inferior do pavilhão auricular do lado dominante do indivíduo, associado com o ponto de acupuntura pulmão 7 (Vieira, A., 2013)

2. Ponto Barbiturate

O ponto barbiturate relaciona-se com os pontos 6 e 7 do Coração na acupuntura tradicional, é portanto um ponto com funções calmantes e que auxiliam a pessoa a clarificar os seus pensamentos. O seu efeito é também relaxante e sedativo, pelo que é puncionado, também, com agulhas estimulantes, ASP ouro. Localizado entre a zona da Anti-helix e da Supra Crura, punciona-se, igualmente, no pavilhão auricular não dominante. Este ponto tem, também, uma função reguladora, pela sua relação com o ponto 36 do Estômago (Jürgen, S., 2014 – Apontamentos Aulas: Basic Clinical Sciences).

3. Ponto Alegria

O ponto alegria associa-se ao ponto de acupuntura Coração 7. Trata-se de um ponto da orbe cardial, que por sua vez activa a orbe renal e, por sua vez, fortalece o pulmão. Este ponto localiza-se na extremidade da anti-hélice do pavilhão auricular do lado dominante e deve ser estimulado com ASP ouro (Vieira, A., 2013).

4. Ponto Agressão

O ponto agressão está associado ao ponto 14 do Fígado, que tem uma função de regulação da energia Yang do fígado. É, portanto, um ponto que controla as emoções de ira e de raiva. Este ponto localiza-se na parte lateral interna do Lobulus e deve ser puncionado com agulha ASP prata (Jürgen, S., 2014 – Apontamentos Aulas: Basic Clinical Sciences)

5. Ponto Psicossomático

O ponto psicossomático caracteriza-se por ser um ponto forte no equilíbrio da mente, controlando os distúrbios psicossomáticos (e, indirectamente a dor crónica), uma vez que se relaciona com o ponto de acupuntura pericárdio 17. Fica localizado na linha ômega, do pavilhão auricular do lado dominante, coadjuvante no fortalecimento do Yin. Deste modo, potencializa-se os seus efeitos com agulha estimulante ASP ouro (Vieira, A., 2013).

3.6.2 Grupo 2 – Protocolo segundo modelo da NADA

O segundo grupo experimental constituído neste estudo foi o grupo ao qual foi aplicada uma versão adaptada do protocolo da NADA. A necessidade de se ter adaptado o protocolo para esta população teve a ver com a necessidade de causar menos desconforto nos participantes e reduzir o risco de desistências na participação no estudo. A opção por uma versão adaptada de um protocolo testado e validado, ao invés da utilização de uma intervenção placebo, justifica-se pelo facto do protocolo NADA adaptado poder funcionar como um comparador activo, com pontos que actuam sob algumas das mesmas regiões corporais.

O Manual da NADA preconiza a utilização de um total de dez agulhas distribuídas pelos mesmos cinco pontos de ambos os pavilhões auriculares. 1- ponto Simpático; 2- ponto Shen Men; 3- ponto Rim; 4- ponto Fígado; 5- ponto Pulmão (NADA, 2008).

Contudo, para redução do desconforto nos pacientes participantes deste grupo optou-se, sob supervisão da Professora que acompanhou o procedimento experimental, por proceder à aplicação apenas no lado dominante dos participantes deste grupo. De

acordo, com as normas de procedimento da NADA, que sugerem a utilização de agulhas pequenas de aço inoxidável, foram neste trabalho utilizadas agulhas semi-permanentes ASP prata nos seguintes pontos.



Figura 8 – Pontos NADA utilizados na orelha dominante

1. Ponto Simpático

O ponto simpático distingue-se por ser um ponto calmante, que fornece serenidade. É um ponto cuja estimulação reduz os níveis de epinefrina e noradrenalina, produzindo a sensação de relaxamento. De facto, tem um forte efeito relaxante e analgésico que decorre da sua função como equilibrado do sistema nervoso simpático. Está localizado na extremidade superior da linha Anti-helix, sob a borda final da linha Helix (NADA, 2008).

2. Ponto Shen Men

A punção do ponto Shen Men ajuda a aliviar a ansiedade e o nervosismo, produzindo um efeito calmante e relaxante. É ponto caracterizado pela sua capacidade de alívio de dores, tensões, sensibilidade excessiva. Tem uma componente anti-depressiva e de auxílio no tratamento de insónias. Está localizado no vértice da Fossa Triangular (NADA, 2008).

3. Ponto Rim

O rim segundo a perspectiva da MTC está associado a funções de crescimento, desenvolvimento, regeneração. De facto, este ponto influencia a mente na produção de sensações de positividade, alegria e felicidade, aliviando o medo e aumentando a confiança. Está localizado na parte superior da Hemi-concha Superior, sob o sulco da Anti-helix (NADA, 2008).

4. Ponto Fígado

Segundo a visão oriental, o fígado está associado à gestão das emoções raiva e agressão. É responsável pelas funções de planeamento, predisposição para a acção. Assim, este ponto tem um papel importante do relaxamento muscular, no alívio dos sentimentos de raiva, depressão ou frustração. Deste modo, tem efeitos positivos no que toca à tomada de decisão. O ponto do fígado está localizado na zona lateral da Hemi-concha inferior, perto do sulco da Anti-helix (NADA, 2008).

5. Ponto Pulmão

O pulmão, de acordo com a MTC, está envolvido nas funções de protecção e imunidade do organismo face às doenças. Deste modo, este é um ponto de desintoxicação, que por correspondência com o ponto 7 do Pulmão ajuda na regulação da tristeza e aumentando a auto-estima. Localiza-se ao centro da Hemi-concha inferior no ponto mais profundo da mesma (NADA, 2008).

3.6.3 O Grupo de Controlo

Os elementos que integraram o grupo de controlo não foram sujeitos a qualquer tipo de tratamento com acupuntura. Estes apenas cumpriram o protocolo estipulado pela Clínica do Outeiro baseado nos modelos biopsicossociais e psicofarmacológicos para o tratamento de problemas ligados ao consumo de álcool e drogas. No caso da Clínica do Outeiro o programa de reabilitação é fundamentado nos programas de reabilitação dos 12 passos, Modelo Minesotta e Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento. Estes modelos centrados no paciente passam pelo desenvolvimento de diversas actividades terapêuticas que trabalham vários aspectos da saúde física e psicológica dos doentes. Estas tarefas têm o objectivo de ressocializar o individuo devolvendo-o às suas responsabilidades sociais, através de terapias individuais e dinâmicas de grupo de base cognitivo-comportamental. Algumas das dimensões trabalhadas com estes doentes são a

sua auto-estima, gestão da sua raiva e do stress, treino de assertividade, relacionamentos com a família, prevenção de recaídas e auto-reflexão.

Este programa de tratamento convencional foi igualmente cumprido pelos grupos experimentais.

3.7 MATERIAIS

- Agulhas semipermanentes esterilizadas, incluindo agulhas tonificantes (ASP de ouro) e agulhas dispersivas (ASP de prata)
- Detector de metal para os pontos auriculares
- Desinfectante orgânico (Clorhexidina) e inorgânico para outros materiais de suporte (Dettol desinfectante de superfícies)
- Luvas
- Pinça para remover as agulhas ASP
- Compressas
- Recipiente para resíduos perigosos para agulhas e compressas usadas
- Mesa e cadeiras
- *Ipad Apple* com o software Heart Graph by Smoky Cat
- Banda de medição da frequência cardíaca *Wahoo TICKR Heart Rate Sensor*

3.8 INSTRUMENTOS

3.8.1 Questionário Sociodemográfico

Por forma a caracterizar a amostra em estudo foi aplicado um questionário com o objectivo de recolher dados sociodemográficos dos sujeitos como o sexo, estado civil, idade, habilitações e dados sobre os seus padrões de consumo de substâncias antes do pedido de ajuda (Anexo III).

3.8.2 Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)

Para a avaliação dos níveis de depressão utilizou-se o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE), criado e validado pelo Professor Adriano Vaz Serra em 1994.

O IACLIDE é uma escala de auto-avaliação de tipo Likert que se destina a detectar a presença e a gravidade de um quadro clínico depressivo. Este instrumento é formado por

23 questões diferentes que se referem a perturbações de quatro tipos distintos: Biológicas, Cognitivas, Inter-Pessoais e de Desempenho de Tarefa (Serra, A., 1994). O questionário integral pode ser consultado no Anexo IV.

Este inventário parte do pressuposto de que a gravidade de uma depressão varia em função de duas ocorrências: o número de sintomas presentes e a intensidade que cada um atinge. Assim, quanto mais elevada é a nota global que se obtém após soma da pontuação de cada item, mais grave será a depressão do sujeito que responde ao IACLIDE (Serra, A., 1994). O autor define também o ponto de corte entre normais e deprimidos, referindo que uma pontuação inferior a 20 corresponderia a sujeitos não deprimidos.

A tabela em baixo resume os níveis de severidade identificados pelo autor, respectivas pontuações e breve descrição.

Nível	Pontuação	Descrição
Não Deprimidos	< 20	Não aplicável.
Depressões Leves	20 a 34	Indivíduo perturbado pelos sintomas, com dificuldade em continuar com o seu trabalho e actividades sociais usuais mas que, provavelmente, não deixa de funcionar completamente.
Depressões Moderadas	35 a 52	O indivíduo tem usualmente uma dificuldade considerável em continuar com as suas actividades sociais, de trabalho ou domésticas.
Depressões Graves	≥ 53	O doente sente-se incapaz a não ser de forma muito limitada, em continuar com as suas actividades sociais, de trabalho ou domésticas

Tabela 5 – Classificação dos níveis de depressão do IACLIDE (Serra, A., 1994)

Além da pontuação global aferida pela soma das pontuações de todos os itens é ainda possível calcular a pontuação de cada um dos factores identificados pelo autor, verificando em que domínios o doente se encontra mais afectado pela depressão:

- **Factor 1** – Representa sintomas que traduzem a dificuldade no desempenho de tarefas, associados a queixas biológicas e cognitivas correspondentes à clássica *depressão endógena*.
- **Factor 2** – Sugere que o ser humano que apresenta estes sintomas tem uma personalidade obsessiva subjacente, pronta a censurar-se, hesitante e pessimista, desenvolvendo sintomas cognitivos em que está patente uma *relação perturbada consigo próprio*.
- **Factor 3** – Reúne os elementos da *constelação suicida*.
- **Factor 4** – Corresponde a sintomas desenvolvidos por uma personalidade apelativa em que há marcada *instabilidade emocional e dependência dos outros*.

- **Factor 5** – Reúne dois tipos de transtornos do sono.

No que respeita às características psicométricas do IACLIDE, nomeadamente no que se refere à fidelidade, devemos começar por esclarecer, que a fidelidade de uma medida refere-se à sua consistência. Esta noção, em geral, é utilizada para abarcar dois aspectos diferentes – a fidelidade ou consistência externa e a fidelidade ou consistência interna (Bryman, A. & Cramer, D. 2003).

Assim, em termos da consistência externa, esta foi obtida através de provas de validade de constructo, por validação de grupos extremos, confrontando as diferenças de médias entre sujeitos deprimidos e normais com a mesma distribuição etária e por sexo, e através de provas de validade concorrente com outras provas que medem os mesmos indicadores.

No que se refere à validade constructo esta prova apresenta uma boa capacidade de diferenciação entre deprimidos e normais. De facto, segundo o autor, o teste U de Mann-Whitney comprovou diferenças de médias estatisticamente significativas. Relativamente à validade concorrente, esta prova apresenta um coeficiente de 0,72 com a versão portuguesa do Inventário Depressivo de Beck (BDI) e de 0,729 com a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos do Instituto Nacional de Saúde Mental dos E.U.A. (CES-D) (Serra, A., 1994). Segundo Bech (1992, citado por Serra, A., 1994) quando duas escalas se correlacionam mutuamente com um coeficiente maior ou igual a 0,70, medem a mesma dimensão, ou seja, apresentam validade concorrente.

No que respeita à consistência interna, esta levanta a questão de se saber se cada escala está a medir uma única ideia e se os itens que a constituem têm consistência interna (Bryman, A. & Cramer, D., 2001). A correlação par/ímpar revelada pelo IACLIDE foi de 0,854 e o coeficiente de Spearman-Brown foi de 0,920 traduzindo uma boa consistência interna deste instrumento. Ainda neste âmbito, o IACLIDE apresenta um Alpha Cronbach para todos os itens de 0,890, reforçando a qualidade da sua consistência interna.

3.8.3 Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung

O instrumento escolhido para a medição do nível de ansiedade dos sujeitos foi a “Self Anxiety Scale” (SAS) criada por Zung em 1975. Esta escala de auto-avaliação do nível de ansiedade baseia-se em critérios clínicos, ou seja, nos sinais e sintomas mais característicos das manifestações de ansiedade referidos na literatura psiquiátrica. É constituída por 20 itens que traduzem os sintomas mais representativos da ansiedade,

aferidos após análise de conteúdo de entrevistas clínicas (Ponciano, E., Serra, A. & Relvas, J., 1982).

Para resposta a esta escala, é solicitado ao indivíduo que avalie o seu estado e classifique cada sintoma numa escala de 4 categorias: “nenhuma ou raras vezes”, “algumas vezes”, “uma boa parte do tempo” ou “a maior parte do tempo”. A pontuação de cada resposta varia entre 1 e 4 pontos. Os itens 5, 9, 13, 17 e 19 são afirmações pela positiva, pelo que são cotados em ordem inversa. O questionário integral encontra-se em anexo (Anexo V).

A pontuação total em bruto oscilará entre 20 e 80 pontos e é depois convertida numa pontuação percentual (índice de ansiedade) que permitirá classificar o indivíduo em quatro categorias, de acordo com o seu nível de ansiedade:

- Inferior a 45 – Ansiedade **Normal**
- Entre 45 e 59 - Ansiedade **Leve a Moderada**
- Entre 60 e 74 - Ansiedade **Acentuada a Grave**
- Superior a 75 - Ansiedade **Extrema**

Além da pontuação total referente ao nível global de ansiedade, esta escala permite também avaliar 4 diferentes dimensões da ansiedade que correspondem ao tipo de sintomas sentidos pelos sujeitos:

Dimensão	Itens	Exemplo
Cognitiva	1 a 5	“Sinto-me mais nervoso e ansioso do que o costume”
Motora	6 a 9	“Sinto os braços e as pernas a tremer”
Vegetativa	10 a 18	“Sinto o meu coração a bater depressa demais”
SNC	19 e 20	“Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite”

Tabela 6 – Dimensões da escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung

Esta escala foi concebida para avaliar a Ansiedade-Estado e na versão americana foi referida como tendo uma boa validade e fidelidade (Zung, 1979, cit. por Ponciano et al., 1982). Ponciano et al., (1982) aferiram a Escala de Auto-Avaliação de Zung numa amostra da população portuguesa. Nesta amostra predominavam sujeitos do ensino secundário e universitário e pretendiam conhecer os valores para uma população normal de modo a poderem ser comparados com outras populações. Os autores da validação para a população portuguesa consideram que esta escala tinha boa validade, fidelidade e discriminação.

A opção por este instrumento justifica-se por vários motivos. Em primeiro lugar, o facto de avaliar a ansiedade estado e não a ansiedade traço, ou seja, permite avaliar a reacção ansiosa face a situações desencadeadoras de ansiedade e não a um traço de personalidade. Também o facto de ser uma medida de fácil aplicação e compreensão por parte dos sujeitos, não exigindo muito tempo de preenchimento, facilitaria a sua utilização no tipo de população em estudo, pacientes em tratamento devido à dependência de álcool ou drogas. Por outro lado, o facto de se tratar de uma escala de auto-avaliação, permite o preenchimento pelo próprio, permitindo conhecer melhor as variáveis sobre as quais o próprio é o melhor conhecedor. O facto desta escala se encontrar aferida para a população portuguesa, é igualmente um factor determinante uma vez que garante uma maior validade e fidelidade da medida na sua aplicação ao contexto português, tendo sido submetida a uma criteriosa validação no processo de tradução, validade de conteúdo, validade de critério e constructo, consistência interna e fidelidade teste reteste (Ponciano et al., 1982).

3.8.4 Medição dos Dados Neurovegetativos

Por forma a avaliar dados neurovegetativos associados ao tratamento de acupuntura auricular, pretendeu-se inicialmente efectuar uma recolha da variabilidade da frequência cardíaca, para verificar de que forma os protocolos experimentais de Acupuntura Auricular que foram utilizados, influenciavam ou alteravam a resposta do Sistema Nervoso Autónomo relativa aos batimentos cardíacos.

Na verdade, um coração humano saudável varia a sua frequência de funcionamento de batimento a batimento, em consequência dos ajustes promovidos pelo Sistema Nervoso Autónomo no sentido da manutenção da homeostase (Roberts, W., 2009). Assim, qualquer factor que provoque a tendência ao desequilíbrio, promove respostas orgânicas automáticas e involuntárias com a finalidade de reverter o processo em desenvolvimento, reestabelecendo, então, o equilíbrio funcional (Roberts, W., 2009)

Deste modo, devido à sua importância, o coração participa, sob a tutela do sistema nervoso autónomo, activamente do processo homeostático orgânico, sendo o sistema nervoso autónomo o responsável pela regulação do ritmo e da função do bombeamento cardíaco, adequando essas funções às necessidades metabólicas e teciduais, às quais estão expostos os seres humanos nas suas actividades da vida diária.

A variabilidade da frequência cardíaca pode ser definida como o conjunto de mudanças no intervalo ou distância entre um batimento do coração e o próximo. O intervalo entre batimentos é o tempo entre uma onda R (ou batimento cardíaco) e o próximo, em

milissegundos. Este intervalo é altamente variável dentro de determinado período de tempo (Roberts, W., 2009).

Uma forma de calcular a variabilidade da frequência cardíaca tem em conta o traço das frequências em que o comprimento dos intervalos RR altera. Os picos com frequências diferentes reflectem as diferentes diferenças do sistema nervoso simpático e do sistema nervoso parassimpáticos (Roberts, W., 2009).

A medição desta actividade forneceria informação válida e precisa sobre a influência da acupunctura na actividade neurovegetiva do organismo. Todavia, neste estudo exploratório não foi possível ter acesso a esta informação por falta do software específico que permite a obtenção destes dados.

Desta forma, optou-se por efectuar a medição da frequência cardíaca com recurso a um equipamento para medição da frequências cardíacas (Banda de medição da frequência cardíaca Wahoo TICKR Heart Rate Sensor com leitura e registo através de um equipamento Ipad da Apple) e utilizando o *software* Heart Graph que calcula a frequência cardíaca instantânea e faz um cálculo da média desse batimento no período de tempo medido (dois minutos e meio).

A Frequência Cardíaca ou ritmo cardíaco, como medida, é mais inespecífica que a variabilidade, uma vez que é simplesmente o número de vezes que o coração bate por minuto. Esse batimento pode ser dividido em várias fases – o ciclo cardíaco. Assim, as fases do ciclo cardíaco consistem num período de relaxamento – diástole – durante o qual o coração se enche de sangue proveniente das veias, seguido por um período de contracção chamado de sístole, onde o sangue é ejectado para as artérias (Roberts, W., 2009).

No entanto, apesar de mais inespecífica, optou-se por recolher estes dados no sentido de avaliar respostas fisiológicas positivas (redução do ritmo cardíaco) na sequência do tratamento com acupunctura auricular sobre a sintomatologia de ansiedade. Pretende-se, assim, explorar tendências ou pistas que fornecessem alguma informação que justifique futuras pesquisas.

3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O desenho experimental deste estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto (Anexo VI).

A realização do estudo também foi aprovada pela Direcção Técnica da Clínica do Outeiro - Unidade de Valbom (Anexo VII)

A participação dos sujeitos também esteve dependente da compreensão e aceitação da proposta de Consentimento Informado, efectuada através de assinatura (Anexo II).

Na proposta de Consentimento Informado estavam explicados e descritos todos os processos experimentais deste estudo, os riscos envolvidos e o grau de desconforto a que cada participante seria sujeito. Foi também frisada a liberdade dos participantes decidirem em qualquer momento continuar ou abandonar o estudo, garantindo-se que a sua não participação ou a sua desistência não envolveria qualquer prejuízo na prestação de cuidados de que têm beneficiado. Este esclarecimento foi efectuado antes de todo e qualquer processo experimental, inclusive antes da aleatorização de sujeitos.

Foi igualmente garantida e salvaguardada a confidencialidade e o anonimato das informações recolhidas sobre os participantes, sendo assumido o compromisso de que estes dados serão usados apenas pelo investigador e sem outro fim que não o trabalho de investigação em causa.

A aplicação e interpretação das escalas de medição dos factores psíquicos (IACLIDE e Escala de Ansiedade de Zung) foram efectuados pelo próprio investigador (Licenciado Pré-Bolonha em Psicologia Clínica) e desta forma com formação adequada para a realização de tais avaliações, de acordo com o código-deontológico dos Psicólogos.

A utilização do Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) foi autorizada pelo seu autor, Professor Doutor Adriano Vaz Serra (ANEXO VIII).

De salientar também que foi disponibilizado no final do estudo o mesmo tipo de intervenção a todos os participantes do grupo de controlo que demonstraram interesse em recebe-la, por forma a não excluir ninguém do acesso e garantir a igualdade de condições a todos os sujeitos desta amostra.

3.10 TRATAMENTO ESTATÍSTICOS DOS DADOS

A análise estatística dos dados foi realizada recorrendo ao software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22 para Windows Vista.

Para a avaliação e descrição da amostra, foi realizada uma análise descritiva e de homogeneidade dos grupos através da análise dos valores percentuais da realização de testes de Qi-quadrado, para as variáveis categoriais.

Para avaliação dos efeitos da acupuntura auricular nos níveis de ansiedade, depressão e frequência cardíaca foram efectuados testes T de Student para comparação das diferenças de médias dos factores em estudos e suas dimensões. Devido à reduzida dimensão da amostra não foi possível realizar testes estatísticos de diferenças de médias mais robustos e que avaliassem os 3 grupos em estudo em simultâneo pelo que foi necessário, nesta fase, proceder à análise de diferenças de médias entre cada 2 grupos.

Os resultados foram considerados estatisticamente significados sempre que o valor de P foi inferior a 0,05.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA

4.1.1 Caracterização Sociodemográfica

Conforme apresentado no capítulo referente à metodologia, fizeram parte deste estudo 29 pacientes dependentes de substâncias psicoactivas, internados na Clínica do Outeiro – Unidade Valbom. Desta amostra inicial de 29 sujeitos incluídos no estudo, apenas 20 participaram integralmente em todas as fases do procedimento experimental, tendo-se excluído 9 sujeitos por diversas razões já apresentadas.

No que se refere à sua caracterização sociodemográfica, podemos concluir pela análise da tabela de frequências de caracterização da amostra (tabela 7) que, deste conjunto de 20 sujeitos, 16 (80%) eram do sexo masculino e 4 (20%) do sexo feminino.

No que diz respeito à idade média dos participantes do estudo esta situou-se nos 46 anos de idade (*DP* 9,83), sendo que o elemento mais velho tinha 65 anos e o mais novo 26 anos. Relativamente, ao estado civil dos participantes deste estudo 30% referiram estar casados ou em união de facto, 35% são solteiros e os restantes 35% estão separados ou divorciados. No que respeita às habilitações académicas, 35% dos sujeitos desta amostra possui o ensino secundário completo ($n=7$), sendo que os restantes afirmaram possuir o 1º ciclo (25%), o 2º ciclo (15%) e o 3º ciclo (25%), não havendo neste grupo ninguém com habilitações de nível superior (Bacharelato, Licenciatura ou Mestrado).

		<i>N</i>	Percentagem
Género	Masculino	16	80%
	Feminino	4	20%
Estado Civil	Casado/União facto	6	30%
	Solteiro	7	35%
	Separado/Divorciado	7	35%
Habilitações	1º ciclo	5	25%
	2º ciclo	3	15%
	3º ciclo	5	25%
	Secundário	7	35%
Idade	Média (<i>DP</i>)	46,40 (9,8)	
	Mín / Máx	26 / 65	

Tabela 7 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra

4.1.2 Caracterização Quanto ao Padrão de Consumos

No que concerne ao padrão de consumos (tabela 8) dos sujeitos antes do internamento, 40% ($n=8$) revelou que consumia apenas bebidas alcoólicas, 15% ($n=3$) referiu consumir apenas drogas e 45% ($n=9$), afirmou que antes do pedido de ajuda apresentava consumo concomitante de álcool e drogas.

Dos que referiram consumir álcool, 76,5% apresentava um consumo superior a uma vez por dia, 3 sujeitos (17,6%) afirmaram consumir mais do que uma vez por semana e apenas 1 em ocasiões especiais (5,9%).

		N	Percentagem
Tipo de Consumo	Apenas Álcool	8	40%
	Apenas Drogas	3	15%
	Álcool & Drogas	9	45%
Idade Início Consumo Álcool	Média (DP)	20,00 (10,9)	
	Mín / Máx	11 / 57	
Frequência Consumo Álcool	>1 vez por dia	13	76,5%
	>1 vez por semana	3	17,6%
	Ocasões Especiais	1	5,9%
Idade Início Consumo de Drogas	Média (DP)	18,83 (10,3)	
	Mín / Máx	12 / 45	
Frequência Consumo Drogas	>1 vez por dia	10	83,3%
	>1 vez por semana	1	8,3%
	Outras	1	8,3%
Influência Consumos	Família	2	11,1%
	Amigos	14	77,8%
	Outros	2	11,1%

Tabela 8 – Caracterização da amostra quanto ao padrão de consumos

Quanto ao tipo de bebida, as mais frequentemente referidas pelos participantes foram a cerveja ($n=10$) e o vinho ($n=9$), respectivamente (em conjunto, a cerveja e vinho representam 47% dos consumos de álcool). Em menor escala foram também referidas outras bebidas como o Whisky ($n=7$), os aperitivos ($n=4$), o Rum, Vodka e Gin ($n=3$), os Licores, Shots e Outras bebidas ($n=6$) e o Champanhe ($n=1$).

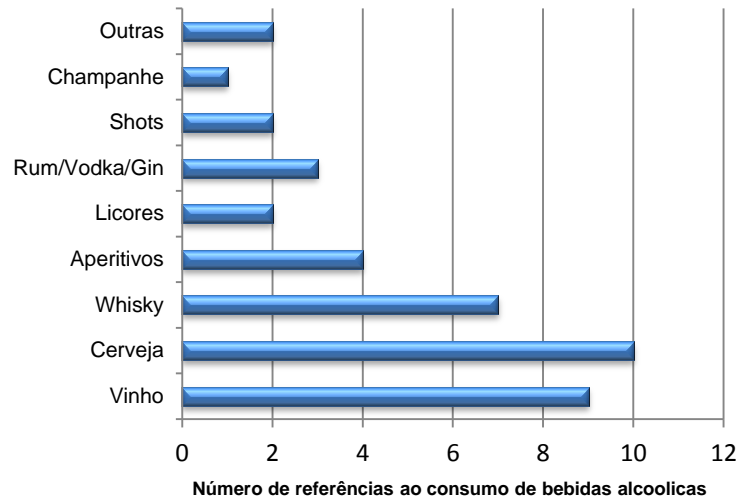


Gráfico 1 – Bebidas mais consumidas pelos sujeitos antes do pedido de ajuda

A idade média de início do consumo de álcool situa-se nos 20 anos, no entanto, um desvio padrão de 10, indicia grande variabilidade no que se refere à idade em que iniciaram os seus consumos. Efectivamente, a idade mínima referida foi de 11 anos e a máxima de 57.

No âmbito das drogas, 12 dos 20 sujeitos que participaram no estudo referiram que consumiam drogas antes do internamento (equivalente a 60% da amostra). Na sua maioria, os sujeitos referiam o consumo de mais do que uma substância simultaneamente, sendo que a droga mais consumida era a Cocaína, referida pelos 12 sujeitos. Assim, conclui-se que 100% dos sujeitos que afirmaram consumir drogas, consumiam cocaína. A segunda droga mais referida foi a Heroína, indicada por 9 dos 12 sujeitos, seguida do Haxixe com 7 consumidores, do Crack com 6 referências, das Meta/Anfetaminas e do LSD, ambos com 3 referências e da MDMA, referido por apenas 2 dos indivíduos.

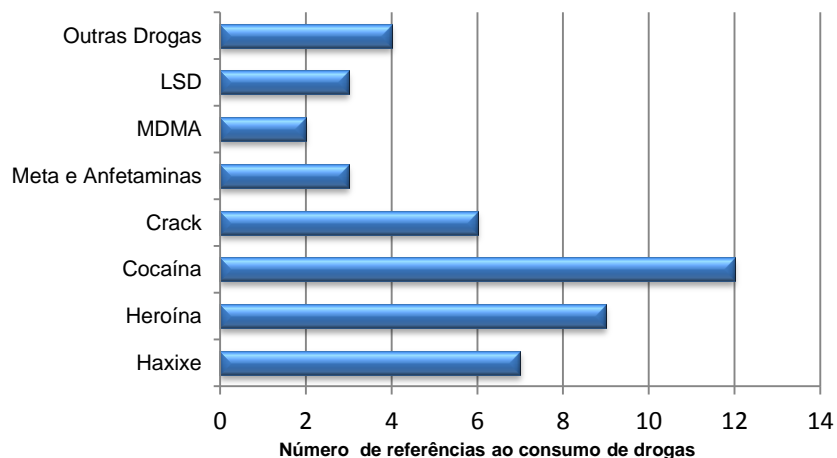


Gráfico 2 – Drogas mais consumidas pelos sujeitos antes do pedido de ajuda

A frequência do consumo de drogas era na sua grande maioria superior a uma vez por dia, já que 11 dos 12 sujeitos que consumiam drogas, referiu ter um padrão superior a uma dose diária. Apenas um participante referiu que o seu consumo era superior a uma vez por semana mas inferior a uma vez por dia.

No que se refere à idade de início dos consumos, esta varia entre os 12 e os 45 anos, sendo a média de 18,33 anos ($DP=10$).

Quanto à influência para o início dos consumos, a maioria dos indivíduos referiu que iniciou os seus consumos por influência dos amigos (77,8%), 11% iniciou-se com familiares e também 11% referiram outras pessoas.

4.1.3 Caracterização Quanto à Ansiedade, Depressão e Frequência Cardíaca

No que se refere às variáveis em análise neste estudo, podemos afirmar que em média os sujeitos que compõem a amostra apresentam um nível de ansiedade de 49,6, o que significa que se encontram acima do ponto de corte estabelecido pelo autor que diferencia uma ansiedade normal de uma patológica. Apesar de se encontrarem acima da normalidade, enquadram-se na classificação de “Ansiedade Leve a Moderada”. Analisando os valores mínimo e máximo, concluímos que existem alguns sujeitos que efectivamente não apresentam sintomas de ansiedade acima do normal ($Mín=29$) e o valor máximo (68) já corresponde a uma ansiedade classificada pelo autor como “Acentuada a Grave”.

Ao nível da sintomatologia depressiva, uma média global de 29,25 no score total do IACLIDE, indicia igualmente um nível acima do ponto de corte entre normais e deprimidos, contudo, insere-se na categoria de “Depressão Leve”. No que se refere aos valores mínimos e máximos, temos um valor de 7 no score total de depressão que corresponde à ausência de depressão e um valor máximo de 64 que se classifica como “Depressão Grave”.

Por fim, a frequência cardíaca dos sujeitos, situando-se nos 79,9 ($Mín=62$; $Máx=106,3$) encontra-se dentro dos padrões de normalidade, ou seja, entre 60 e 100 batimentos por minuto (American Heart Association, 2014).

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Índice Ansiedade	49,6	10,1	29	68
Índice Depressão	29,25	13,2	7	64
Frequência Cardíaca	79,9	12,9	62,40	106,30

Tabela 9 – Caracterização da amostra quanto às variáveis Ansiedade, Depressão e Frequência Cardíaca

4.1.4 Comparação entre Grupos: Análise de Homogeneidade

Para o desenvolvimento deste estudo os participantes foram distribuídos aleatoriamente por três grupos:

- **Grupo Heidelberg:** Protocolo de acupuntura auricular segundo o Modelo de Heidelberg e tratamento convencional
- **Grupo NADA:** Protocolo de acupuntura auricular segundo o Modelo NADA e tratamento convencional
- **Grupo Controlo:** Tratamento Convencional

Tal como referido anteriormente, a aleatorização dos sujeitos não foi totalmente atingida, uma vez que por razões de segurança dos sujeitos e outros utentes da clínica optou-se por incluir doentes portadores de doenças infecto-contagiosas, automaticamente no grupo de controlo.

Contudo, procurou-se equilibrar a distribuição do número de participantes por grupo aquando do sorteio através do número de papéis de cor inseridos no saco. Assim, e após as exclusões, que naturalmente foram mais frequentes nos grupos experimentais do que no controlo (7 desistências nos grupos experimentais versus 2 desistências no grupo de controlo), a constituição final dos grupos foi a seguinte:

Grupo	Heidelberg	NADA	Controlo
N	6	6	8

Tabela 10 – Numero de sujeitos por grupo experimental e grupo de controlo

Pelo facto de existirem 3 grupos em estudo foi necessário proceder à análise descritiva desses grupos, com o objectivo de verificar se os mesmos seriam homogéneos e representativos da população em estudo. No entanto, pelo facto da amostra não ser significativa ($N < 30$) não foi possível efectuar testes estatísticos (ANOVA) aos três grupos. Para tal, foi necessário agrupar os dois grupos experimentais (Grupo Heidelberg e Grupo NADA) num só (Grupo Acupuntura) para efectuar testes estatísticos (Teste *T* de student e Qui-Quadrado) que permitissem verificar a existência de diferenças ou não entre os grupos. Avaliaremos estes resultados um pouco mais à frente.

Com efeito, a estatística descritiva efectuada aos três grupos permite verificar, no geral, pouca homogeneidade resultante, por um lado, da pequena dimensão dos grupos e, por outro, do acaso determinado pelo sorteio dos sujeitos. Nota-se uma proporção idêntica de sujeitos entre os grupos apenas no que se refere ao género, idade e frequência do consumo de álcool. De sublinhar o facto de, devido à aleatorização de um número tão

reduzido de participantes, no grupo Heidelberg nenhum dos participantes referiu ter alguma vez tido contacto com drogas, referindo apenas dependência face ao álcool.

		Heidelberg (n=6)	NADA (n=6)	Controlo (n=8)
Género	Masculino	5 (83,3%)	5 (83,3%)	6 (75%)
	Feminino	1 (16,7%)	1 (16,7%)	2 (25%)
Estado Civil	Casado/União facta	2 (33,3%)	1 (16,7%)	3 (37,5%)
	Solteiro	2 (33,3%)	2 (33,3%)	3 (37,5%)
	Separado/Divorciado	2 (33,3%)	3 (50%)	2 (25%)
Habilitações	1º ciclo / 2º ciclo	4 (66,7%)	2 (33,3%)	2 (25%)
	3º ciclo / Secundário	2 (33,3%)	4 (66,7%)	6 (75%)
	Ensino Superior	0	0	0
Idade	Média (DP)	54 (7,32)	40 (9,27)	45,5 (8,79)
	Mín / Máx	43 / 65	26 / 48	33 / 57
Tipo de Consumo	Apenas Álcool	6 (100%)	2 (33,3%)	0
	Apenas Drogas	0	0	3 (37,5%)
	Álcool & Drogas	0	4 (66,7%)	5 (62,5%)
Frequência Consumo Álcool	>1 vez por dia	5 (83,3%)	5 (83,3%)	3 (60%)
	>1 vez por semana	1 (16,7%)	1 (16,7%)	1 (20%)
	Ocasões Especiais	0	0	1 (20%)
Idade Início Consumo de Álcool	Média (DP)	23,67 (10,69)	19,50 (8,40)	16,20 (2,86)
	Mín / Máx	13 / 57	11 / 32	13 / 20
Tipo de Bebidas Consumidas	Vinho	5 (83,3%)	2 (33,3%)	2 (50%)
	Cerveja	3 (50%)	4 (66,7%)	3 (75%)
	Whisky	2 (33,3%)	2 (33,3%)	3 (75%)
	Outras Bebidas	2 (33,3%)	4 (66,7%)	2 (50%)
Idade Início Consumo de Drogas	Média (DP)	0 (0)	20 (10,68)	18,25 (10,91)
	Mín / Máx	0	14 / 36	12 / 45
Frequência Consumo Drogas	>1 vez por dia	0	3 (75%)	7 (87,5%)
	>1 vez por semana	0	0	1 (12,5%)
	Outras	0	1 (25%)	0
Tipo de Drogas Consumidas	Haxixe	0	3 (75%)	4 (50%)
	Heroína	0	4 (100%)	5 (62,5%)
	Cocaína	0	4 (100%)	8 (100%)
	Outras Drogas	0	3 (75%)	5 (62,5%)

Tabela 11 – Homogeneidade dos 3 grupos quanto às variáveis sócio-demográficas

Ao nível das dimensões a avaliar, ou seja, variáveis dependentes (níveis de ansiedade e depressão e frequências cardíacas) foram efectuadas avaliações *baseline* para aferir o estado dos participantes quanto a estas dimensões antes do tratamento e verificar novamente a homogeneidade dos grupos.

Contudo, a partir da observação destes dados é possível perceber que as médias no Índice de Ansiedade da Escala de Ansiedade de Zung são próximas para o grupo NADA ($M=55,00$) e grupo de Controlo ($M=51,87$) e inferiores para o grupo Heidelberg ($M=41,16$). Deste modo, pode-se afirmar que o grupo NADA e o de Controlo apresentaram na avaliação pré-intervenção maior severidade ao nível da ansiedade, uma vez que os valores das suas médias se situaram acima do ponto de corte (45 pontos) entre ansiedade normal e ansiedade leve (Ponciano, E., et al., 1982). Por sua vez, o

grupo Heidelberg apresentou uma média do Índice de Ansiedade dentro dos valores de normalidade.

Relativamente às médias obtidas nas medições dos níveis de depressão antes da intervenção experimental, pode-se referir que o grupo Heidelberg e o de Controlo revelaram maior proximidade, com médias do *score* de depressão de 22,83 para o grupo Heidelberg e 26,75 para o grupo de Controlo. O grupo NADA obteve a média dos *scores* mais elevada ($M=39$) sendo, portanto, novamente o grupo com maior severidade em termos de depressão. De referir, que os três grupos apresentaram médias nos seus *scores* do IACLIDE acima do ponto de corte entre normais e deprimidos, 20 pontos (Serra, A., 1994), sendo que o grupo Heidelberg e o de Controlo obtiveram médias de *scores* indicativas de sintomatologia depressiva leve, enquanto, que o grupo NADA apresentou uma média de *score* que aponta para a existência de sintomas de depressão moderada, antes da intervenção com a acupunctura.

A medição *baseline* das frequências cardíacas aos três grupos revelou que estes apresentam valores nas médias das frequências cardíacas aproximados (grupo Heidelberg $M=85,08$; grupo NADA $M=80,65$; grupo Controlo $M=75,68$). Estes valores não indiciam qualquer desvio à normalidade em nenhum dos grupos, sendo que é considerada normal uma frequência cardíaca em repouso entre 60 e 100 batimentos por minuto (American Heart Association Website, 2014).

		Heidelberg (n=6)	NADA (n=6)	Controlo (n=8)
Nível de Ansiedade (Base Line)	Média	41,16	55	51,87
	Desvio Padrão	7,75	10,37	8,13
	Mínimo	29	41	41
	Máximo	53	65	68
Nível de Depressão (Base Line)	Média	22,83	39	26,75
	Desvio Padrão	9,19	15,77	10,68
	Mínimo	7	20	15
	Máximo	32	64	49

Tabela 12 – Homogeneidade dos 3 grupos quanto à ansiedade e depressão

Como já foi referido, dada a impossibilidade de realizar testes estatísticos viáveis devido ao número de sujeitos, agrupou-se os dois grupos de acupunctura (grupo Heidelberg e grupo NADA) num só, ao qual se deu o nome de grupo de Acupunctura ($n=12$). Aferiu-se igualmente a homogeneidade entre este grupo e o grupo de Controlo, neste caso, efectuando o teste de Qui-Quadrado e T de Student conforme as variáveis fossem categoriais ou ordinais.

Assim, esta maior precisão estatística permitiu verificar a existência de homogeneidade entre grupos ao nível do sexo dos participantes ($p=1,00$), habilitações ($p=0,373$), idade

($p=0,748$), idade de início do consumo de álcool ($p=0,375$), idade de início do consumo de drogas ($p=0,797$). Nas restantes variáveis continuou a não ser possível aplicar o teste do

Qui-Quadrado por não serem variáveis binominais.

		Acupunctura (n=12)	Controlo (n=8)	<i>p</i>
Género	Masculino	10 (83,3%)	6 (75%)	1,00 n/s
	Feminino	2 (16,7%)	2 (25%)	
Estado Civil	Casado/União facto	3 (25%)	3 (37,5%)	n/a
	Solteiro	4 (33,3%)	3 (37,5%)	
	Separado/Divorciado	5 (41,7%)	2 (25%)	
Habilitações	1º ciclo / 2º ciclo	6 (50%)	2 (25%)	0,373 n/s
	3º ciclo / Secundário	6 (50%)	6 (75%)	
Idade	Média (DP)	47,00 (10,81)	45,5 (8,80)	0,748 n/s
	Mín / Máx	26 / 65	33 / 57	
Tipo de Consumo	Apenas Álcool	8 (67,7%)	0	n/a
	Apenas Drogas	0	3 (37,5%)	
	Álcool & Drogas	4 (33,3%)	5 (62,5%)	
Frequência Consumo Álcool	>1 vez por dia	10 (83,3%)	3 (60%)	n/a
	>1 vez por semana	2 (16,7%)	1 (20%)	
	Ocasões Especiais	0	1 (20%)	
Idade Início Consumo de Álcool	Média (DP)	21,58 (12,78)	16,20 (2,86)	0,375 n/s
	Mín / Máx	11 / 57	13 / 20	
Tipo de Bebidas Consumidas	Vinho	7 (58,3%)	2 (50%)	n/a
	Cerveja	7 (58,3%)	3 (75%)	
	Whisky	4 (33,3%)	3 (75%)	
	Outras Bebidas	6 (50%)	2 (50%)	
Idade Início Consumo de Drogas	Média (DP)	20 (10,67)	18,25 (10,91)	0,797 n/s
	Mín / Máx	14 / 36	12 / 45	
Frequência Consumo Drogas	>1 vez por dia	3 (75%)	7 (87,5%)	n/a
	>1 vez por semana	0	1 (12,5%)	
	Outras	1 (25%)	0	
Tipo de Drogas Consumidas	Haxixe	3 (75%)	4 (50%)	n/a
	Heroína	4 (100%)	5 (68,5%)	
	Cocaína	4 (100%)	8 (100%)	
	Outras Drogas	3 (75%)	5 (62,5%)	

Tabela 13 – Homogeneidade dos grupos Acupunctura e Controlo quanto às variáveis sócio-demográficas

Ao analisar as dimensões em estudo, nível de ansiedade, de depressão e frequência cardíaca antes da aplicação experimental do estudo, verifica-se que a comparação das médias dos dois grupos, usando o teste T de Student, revelou não existirem diferenças entre os grupos. A homogeneidade ao nível destes factores verifica-se pelo valor de $p=0,426$ para a comparação das médias do Índice de Ansiedade da Escala de Zung e valor de $p=0,506$ na comparação das médias dos scores totais do IACLIDE entre os dois grupos. Sublinhe-se o facto desta comparação entre dois grupos indicar que, ao nível da ansiedade, o grupo de controlo obteve uma média mais elevada, ($M=51,87$) comparativamente com ao grupo experimental Acupunctura ($M=48,08$). Ambos

apresentam valores acima dos valores de ansiedade normais, situando-se num nível de ansiedade leve a moderada (Ponciano, E., et al., 1982).

As médias das frequências cardíacas antes da intervenção, quando comparadas entre estes dois grupos, revelaram-se dentro de valores normais (grupo Acupuntura M=88,86; grupo Controlo M=75,68), não revelando a existência de diferenças entre os grupos ($p=0,235$).

		Acupuntura (n=12)	Controlo (n=8)	<i>p</i>
Nível de Ansiedade (Base Line)	Média	48,08	51,87	0,426 n/s
	Desvio Padrão	11,33	8,13	
	Mínimo	29	41	
	Máximo	61	68	
Nível de Depressão (Base Line)	Média	39,91	26,75	0,506 n/s
	Desvio Padrão	14,92	10,68	
	Mínimo	7	15	
	Máximo	64	49	

Tabela 14 – Homogeneidade dos grupos Acupuntura e Controlo quanto à Ansiedade e Depressão

4.2 CONSISTÊNCIA INTERNA DOS INSTRUMENTOS

Relativamente às características psicométricas das medidas, não obstante as mesmas já terem sido aferidas para a população portuguesa e terem apresentado níveis adequados de consistência interna (ver tópico sobre os instrumentos no capítulo metodologia), optou-se por avaliar a sua consistência no âmbito desta investigação.

Considerando que os instrumentos foram aplicados em dois momentos diferentes (antes e depois do tratamento), optou-se por fazer uma média dos valores do *alfa* de Cronbach para aferir a consistência interna dos questionários. Os resultados são observados nas tabelas seguintes.

Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung	Nº Itens	Alfa Cronbach
Escala Total	20	0,76
<i>Dimensão Cognitiva</i>	5	0,69
<i>Dimensão Motora</i>	4	0,77
<i>Dimensão Vegetativa</i>	9	0,35
<i>Dimensão SNC</i>	2	-0,21

Tabela 15 – Resultados Alfa de Cronbach Escala de Ansiedade de Zung

Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)	Nº Itens	Alfa Cronbach
Escala Total	23	0,87
Sintomas Cognitivos	10	0,83
Sintomas Biológicos	6	0,64
Sintomas Interpessoais	3	0,56
Sintomas Desempenho Tarefa	4	0,68
F1 – Depressão endógena	8	0,78
F2 – Relação perturbada consigo próprio	8	0,81
F3 – Constelação suicida	4	0,52
F4 – Instab.emocional e depend. dos outros	4	0,58
F5 – Transtornos do sono	2	0,74

Tabela 16 – Resultados Alfa de Cronbach IACLIDE

Analisando os resultados do Alfa de Cronbach para os dois instrumentos, concluímos que ambos os questionários apresentam valores que reflectem boa consistência interna (> a 0,7) (Bryman, A. & Cramer, D., 2003), quando avaliados todos os itens. Contudo, algumas dimensões apresentam uma consistência fraca ou inaceitável, como as dimensões Vegetativa ($\alpha=0,35$) e SNC ($\alpha=-0,21$) da Escala de Ansiedade de Zung e as dimensões Sintomas Interpessoais ($\alpha=0,56$), Factor 3 - Constelação Suicida ($\alpha=0,52$) e Factor 4 – Instabilidade Emocional e Dependência dos Outros ($\alpha=0,58$) do IACLIDE.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

4.3.1 Análise Descritiva

Analisando os resultados deste estudo exploratório, deve-se mais uma vez referir, que devido à dimensão da amostra, não foi possível aplicar testes estatísticos robustos para a comparação dos resultados entre os três grupos. Contudo, a estatística descritiva desenvolvida permite verificar algumas tendências que importam destacar).

Com efeito, no que respeita à análise das médias globais dos nossos instrumentos, o Índice de Ansiedade da Escala de Zung demonstra que os valores médios de ansiedade desceram em todos os grupos, como se pode verificar no Gráfico 3 (grupo Heidelberg: Antes $M=41,16$ e Depois $M=40,83$; grupo NADA: Antes $M=55,00$ e Depois $M=43$; grupo Controlo: Antes $M=51,87$ e Depois $M=45,62$). De acordo com estes valores podemos afirmar que todos os grupos terminam o estudo com médias abaixo do ponto de corte (45 pontos), sendo o grupo NADA a registar a maior diferença entre o antes e o depois (M da diferença=12), em comparação com médias de diferenças de 6,25 para o grupo de

controlo e de 0,33 para o grupo Heidelberg. (Tabela com comparação de médias em anexo – Anexo IX)

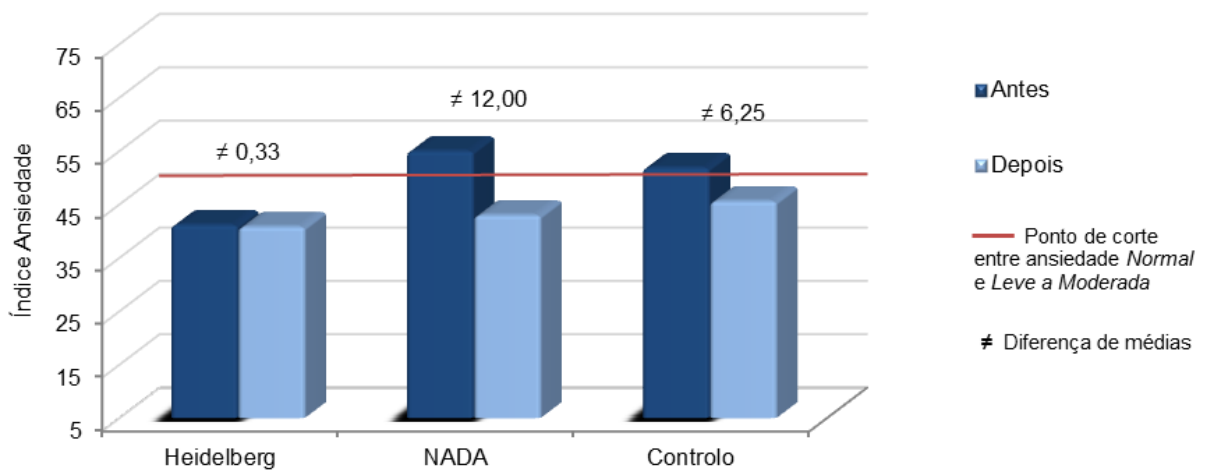


Gráfico 3 – Médias do Índice Total de Ansiedade de Zung antes e depois do tratamento

No que respeita às médias dos scores globais do instrumento de medição da sintomatologia depressiva IACLIDE, verificou-se igualmente que em todos os grupos estes valores baixaram entre a medição pré-acupuntura e pós-acupuntura (grupo Heidelberg: Antes $M=22,83$ e Depois $M=10,83$; grupo NADA: Antes $M=39$ e Depois $M=22,66$; grupo Controlo: Antes $M=26,75$ e Depois $M=18,87$), sendo o grupo NADA, novamente, aquele que regista a maior descida. Analisando a diferença de médias entre o antes e o depois, nota-se um maior decréscimo da sintomatologia de depressão no grupo NADA ($M=16,33$), face a diferenças de média de 12 (grupo Heidelberg) e de 10,03 (grupo Controlo).

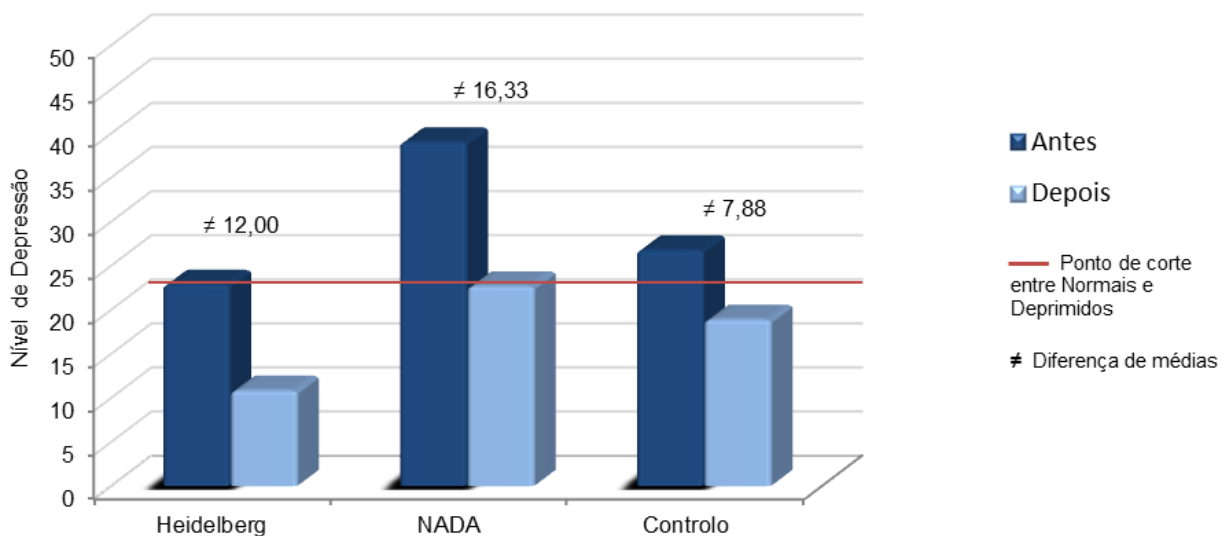


Gráfico 4 – Médias do Índice Total de Depressão antes e depois do tratamento

Ao nível das médias da frequência cardíacas registadas nos três momentos de medição efectuados (T0 – Antes do tratamento de Acupuntura; T1- Final da semana de tratamento; T2- Uma semana após final do tratamento), obteve-se médias dos batimentos cardíacos mais baixas na medição T1 em comparação com a medição inicial T0 em ambos os grupos experimentais de Acupuntura (T0 grupo Heidelberg $M=85,08$, T1 grupo Heidelberg $M=74,56$; T0 grupo NADA $M=80,65$, T1 grupo NADA $M=68,86$). Pelo contrário, no grupo de controlo é evidente a tendência de estabilidade verificada durante o mesmo período, com uma muito ligeira descida no valor médio de frequência cardíaca em T1 (T0: $M=75,68$, T1: $M=75,13$). Todavia, entre a medição T1 e T2 uma semana após o fim da intervenção experimental, os grupos de Acupuntura, onde inicialmente se tinha verificado uma redução nas médias de T0 para T1, voltam a elevar as suas médias de batimentos cardíacos (T2 grupo Heidelberg $M=79,11$, T2 grupo NADA $M=71,71$). Pelo contrário, o grupo controlo acentuou a descida no valor da sua média em T2 (T2 grupo Controlo $M=68,17$).

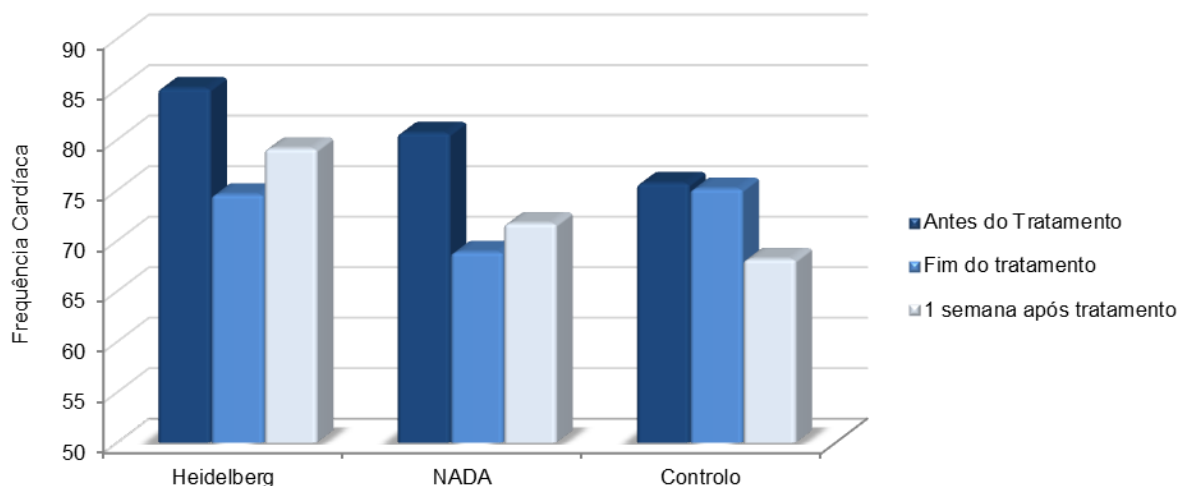


Gráfico 5 – Médias da frequência cardíaca nos 3 momentos de medição

	T0 T1	T1 T2	T0 T2
Heidelberg	10,52	- 4,55	5,97
NADA	11,78	- 2,85	8,93
Controlo	0,55	6,96	7,51

Tabela17 – Diferenças de médias da frequência cardíaca nos 3 momentos de medição

A Escala de Ansiedade de Zung, para além do Índice de Ansiedade Geral, permite também avaliar quatro dimensões: Cognitiva, Motora, Vegetativa e SNC. A análise da evolução das médias destas dimensões entre a primeira avaliação (*baseline*) e a

segunda avaliação (pós-tratamento) permite verificar que foi nas dimensões Cognitiva e Motora que se verificaram as maiores descidas nos valores das médias, mas apenas para o grupo NADA e Controlo (ver Gráfico 6). Pelo contrário, no grupo Heidelberg não se registaram quaisquer alterações nas médias obtidas entre o antes e o depois para estas duas dimensões. Quanto às dimensões Vegetativa e SNC, de referir que existiu uma tendência de descida entre o antes e o depois mais ligeira em todos os grupos, à excepção, mais um vez do grupo Heidelberg na dimensão SNC, onde o valor da média obtida após a intervenção foi superior à obtida na avaliação baseline.

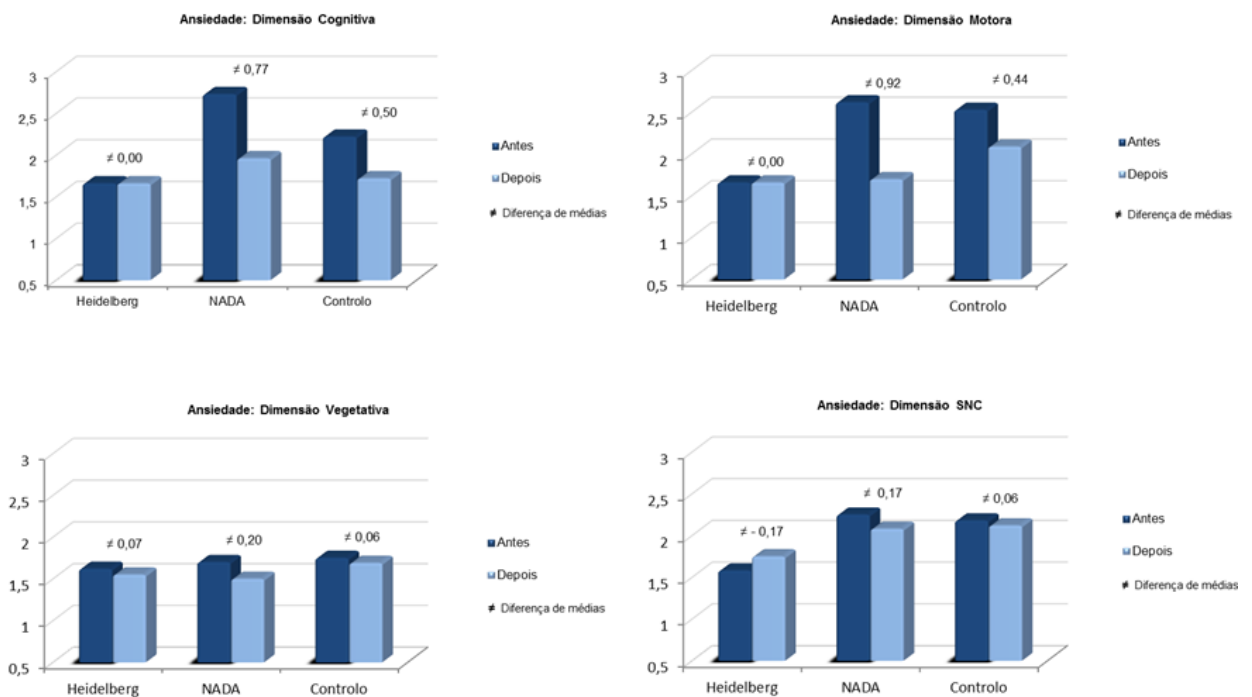


Gráfico 6 – Médias das dimensões da Ansiedade antes e depois do tratamento

O inventário de depressão IACLIDE, por sua vez, permite avaliar quatro dimensões associadas à sintomatologia depressiva: Sintomas Cognitivos; Sintomas Biológicos; Sintomas Interpessoais; Sintomas de Desempenho de Tarefa. As médias obtidas nestas quatro dimensões nas medições antes e depois do tratamento (Gráfico 7) mostram que em todos os grupos estes valores médios desceram, com as maiores diferenças a registar-se no grupo NADA. A menor diferença de médias do antes para o depois verifica-se no grupo de Controlo. O grupo Heidelberg apresenta uma maior variabilidade no padrão de descida das médias, em função da dimensão. A maior alteração no grupo Heidelberg é verificada na dimensão Sintomas Interpessoais e a menor nos sintomas de Desempenho de Tarefa

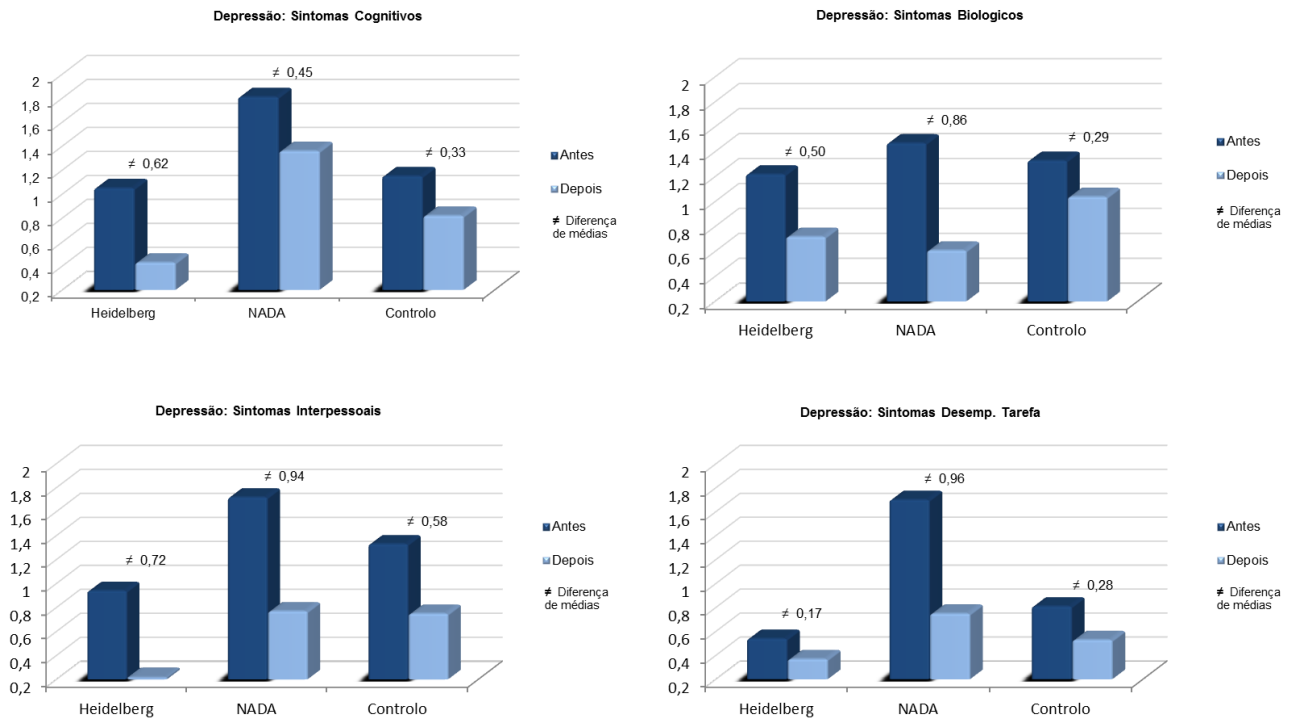


Gráfico 7 – Médias das dimensões de Depressão antes e depois do tratamento

Para além destas dimensões, o IACLIDE permite aferir cinco factores (Factor 1 – Depressão Endógena; Factor 2 – Relação Perturbada Consigo Próprio; Factor 3 – Constelação Suicida; Factor 4 – Instabilidade Emocional e Dependência dos Outros; Factor 5 – Transtornos do Sono) (Gráfico 8).

No geral todos os grupos obtiveram médias para estes factores mais baixas na medição depois do tratamento comparativamente à avaliação antes do tratamento. De destacar, contudo, que no grupo NADA para o Factor 5 – Transtornos do Sono, a média do depois foi mais elevada do que no antes (Antes $M=1,25$; Depois $M=1,41$). É também relevante referir que as maiores descidas nas médias destes factores se verificaram nos três grupos para o Factor 4 – Instabilidade Emocional e Dependência dos Outros.

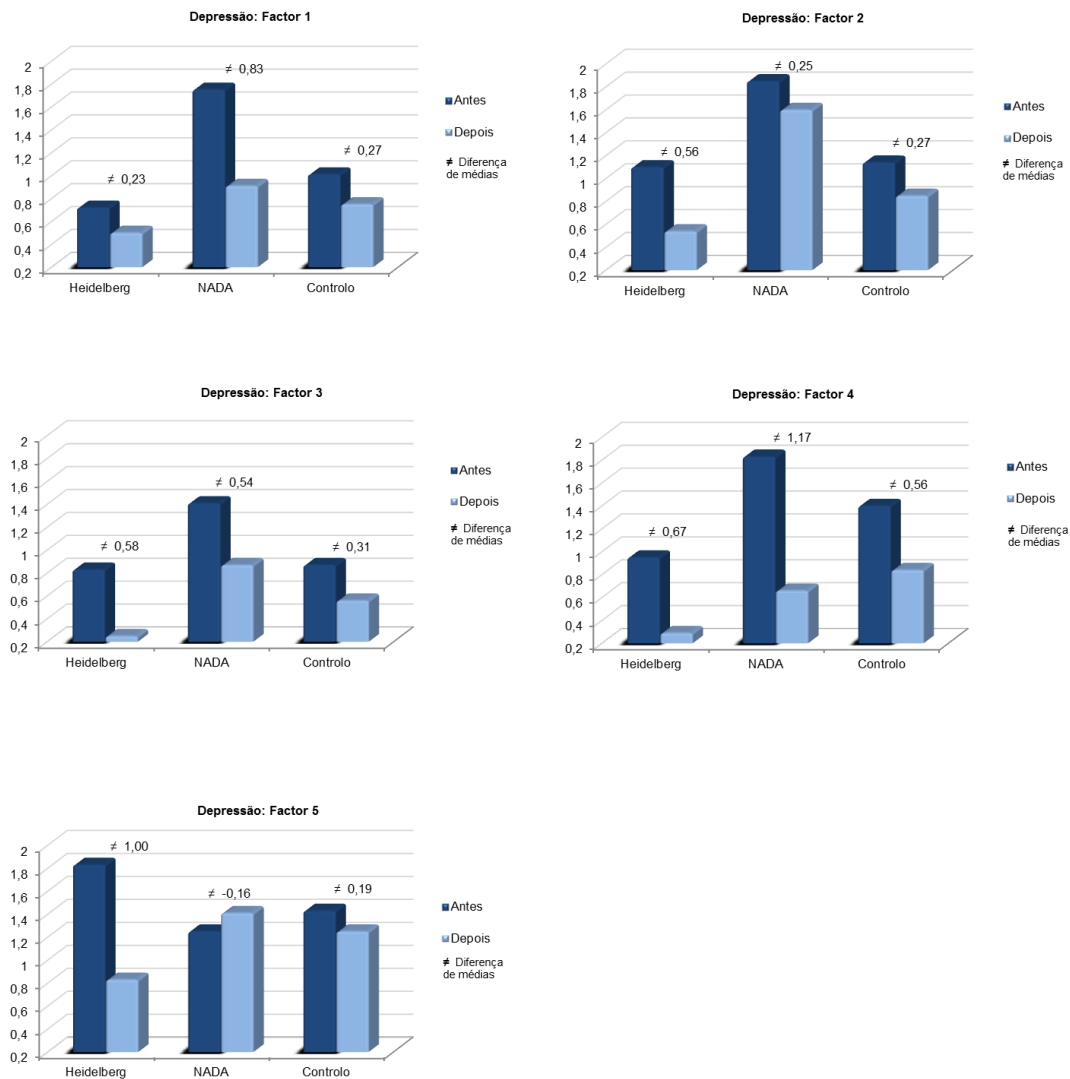


Gráfico 8 – Médias dos factores de depressão antes e depois do tratamento

4.3.2 Resultados do Teste de Comparação de Médias (T-Student)

Tal como aconteceu anteriormente no âmbito da avaliação da homogeneidade dos grupos, foi necessário proceder ao agrupamento dos dois grupos experimentais de acupuntura para ser possível realizar um teste estatístico de comparação de médias (T de Student) que fornecesse algumas pistas com maior rigor sobre os efeitos das metodologias experimentais com acupuntura auricular nas variáveis estudadas (Nível de Ansiedade e Depressão e Médias de Frequência Cardíaca). Isto porque a reduzida

dimensão da amostra não permite a realização de uma ANOVA que compare os resultados antes e depois nos 3 grupos.

Assim, para esta análise foi necessário fazer comparações de grupos dois a dois, ou seja, entre o grupo de Controlo ($n=8$) e o posteriormente criado grupo Acupuntura ($n=12$) e entre os dois grupos experimentais, o grupo Heidelberg ($n=6$) e o grupo NADA ($n=6$).

Para este efeito, foi necessário criar novas variáveis que correspondem às diferenças entre o antes e o depois em cada um dos indicadores (ansiedade e suas dimensões, depressão e suas dimensões e frequência cardíaca). Após criação destas novas variáveis, aplicou-se o teste de comparação de médias *T*-de Student (Tabelas 18 e 19).

Quanto às diferenças de médias do Índice de Ansiedade de Zung, entre o antes e o depois, este teste estatístico não revelou diferenças significativas ao nível da ansiedade entre o grupo Acupuntura e grupo de Controlo ($p=0,984$). Nas diversas dimensões deste instrumento de medição da ansiedade (Cognitiva; Motora; Vegetativa; SNC) também não foram encontradas diferenças significativas entre estes grupos.

Na comparação das diferenças de médias do score global da medida de depressão (IACLIDE) entre o grupo Acupuntura e grupo de Controlo, o teste *T*-de Student não apresentou bons valores de significância ($p=0,172$), indicando que ao nível da sintomatologia depressiva também as diferenças registadas entre os grupos não tiveram significância estatística.

No que respeita às dimensões de sintomas e factores deste instrumento de medição da sintomatologia, IACLIDE, apenas o Factor 5 – Transtornos do Sono, apresentou valores próximos da significância estatística ($p=0,070$), mas ainda indiciando que as diferenças não eram relevantes em termos estatístico. Resultados idênticos foram encontrados nas outras dimensões e factores do instrumento, uma vez que os valores p foram superiores a 0,05, ou seja não houve evidência estatística de que as medidas de acupuntura possam ter tido efeitos na redução dos sintomas depressivos.

	Acupuntura (n=12)		Controlo (n=8)		Teste-t	(sig.)
	M	DP	M	DP		
Ansiedade (índice global)	6,17	10,93	6,25	5,63	-0,020	0,984
<i>Dimensão Cognitiva</i>	0,38	0,82	0,50	0,73	-0,326	0,748
<i>Dimensão Motora</i>	0,40	0,77	0,44	0,46	0,069	0,946
<i>Dimensão Vegetativa</i>	0,14	0,37	0,06	0,34	0,511	0,616
<i>Dimensão SNC</i>	0,00	0,56	0,06	0,90	-0,191	0,850
Depressão (índice global)	14,17	9,48	7,88	10,03	1,422	0,172
<i>Sintomas Cognitivos</i>	0,53	0,49	0,33	0,55	0,887	0,387
<i>Sintomas Biológicos</i>	0,68	0,66	0,29	0,62	1,324	0,202
<i>Sintomas Interpessoais</i>	0,83	0,52	0,58	0,50	1,069	0,299
<i>Sintomas Desempenho Tarefa</i>	0,56	0,76	0,28	0,39	0,958	0,351
<i>F1 – Depressão endógena</i>	0,53	0,69	0,27	0,54	0,920	0,370
<i>F2 – Relação perturbada consigo próprio</i>	0,41	0,53	0,28	0,33	0,591	0,562
<i>F3 – Constelação suicida</i>	0,56	0,61	0,31	0,64	0,879	0,391
<i>F4 – Instab.emocional e depend. dos outros</i>	0,92	0,69	0,56	0,53	1,232	0,234
<i>F5 – Transtornos do sono</i>	0,92	0,90	0,19	0,70	1,926	0,070

Tabela 18 - Comparação das diferenças de médias entre o antes e o depois do tratamento de acupuntura quanto à Ansiedade e Depressão: Resultados Teste T (Acupuntura Vs. Controlo)

O mesmo tipo de análise com comparação de médias entre o grupo Acupuntura e Controlo foi efectuado para a variável frequência cardíaca, comparando-se as diferenças de médias das três medições efectuadas (T0 – Antes do tratamento de Acupuntura; T1- Final da semana de tratamento; T2- Uma semana após o final do tratamento). Neste caso, os resultados do teste *T* de Student para a diferença entre as diferenças de médias da medição T0 para a T1 demonstraram que houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0,012$). Foi igualmente evidente, a existência de diferenças entre os grupo Acupuntura e Controlo na medição das diferenças das médias entre T1 e T2 com um p -value de 0,001. Os grupos apenas não revelaram diferenças significativas na comparação relativa às diferenças entre T0 e T2.

	Acupuntura (n=12)		Controlo (n=8)		Teste-t	(sig.)
	M	DP	M	DP		
Diferenças Frequência Cardíaca						
<i>T0 – T1</i>	11,15	9,94	0,55	4,76	2,792	0,012
<i>T0 – T2</i>	7,45	10,07	7,51	6,16	-0,016	0,988
<i>T1 – T2</i>	-3,70	5,32	6,96	6,02	-4,170	0,001

Tabela 19 - Comparação das diferenças de médias entre o antes e o depois do tratamento de acupuntura quanto à Frequência Cardíaca: Resultados Teste T (Acupuntura Vs. Controlo)

Adoptou-se o mesmo procedimento para a comparação entre os dois grupos experimentais (grupo Heidelberg e grupo NADA) (Tabelas 20 e 21).

Analisando os resultados, constata-se que a diferença verificada nas médias do Índice de Ansiedade de Zung antes e depois, apesar de próxima de um valor $< 0,05$, não foi significativa ($p=0,060$). De referir que o grupo que obteve um maior decréscimo do nível de ansiedade após tratamento foi o grupo NADA ($M=12$).

No que respeita às dimensões da Escala de Ansiedade de Zung, apenas a dimensão Motora revelou a existência de diferenças significativas entre os dois grupos de acupuntura ($p=0,030$), sendo novamente o grupo NADA o responsável por esta diferença, com uma média das diferenças de médias entre o antes e o depois de 0,77 face à total ausência de diferenças no grupo Heidelberg ($M=0,00$).

A comparação da diferença entre os grupos, no que se refere ao score global do nível de depressão do IACLIDE, revelou que as diferenças registadas entre o grupo Heidelberg e o NADA não têm significância estatística ($p=0,455$).

Na comparação efectuada com o teste *T* de Student às quatro dimensões de sintomas e aos 5 factores do IACLIDE, nenhum obteve *p*-values que indicassem que existem diferenças significativas entre o grupo Heidelberg e NADA. Somente a dimensão dos sintomas de Desempenho de Tarefa obteve um valor *p* próximo da significância estatística ($p=0,068$).

	Heidelberg (<i>n</i> =6)		NADA (<i>n</i> =6)		Teste-t	(sig.)
	M	DP	M	DP		
Ansiedade (índice global)	0,33	10,88	12,00	7,92	-2,124	0,060
<i>Dimensão Cognitiva</i>	0,00	0,84	0,77	0,64	-1,782	0,105
<i>Dimensão Motora</i>	0,00	0,57	0,92	0,68	-2,524	0,030
<i>Dimensão Vegetativa</i>	0,07	0,40	0,20	0,37	-0,588	0,70
<i>Dimensão SNC</i>	-0,17	0,68	0,17	0,41	-1,026	0,329
Depressão (índice global)	12,00	5,90	16,33	12,31	0,778	0,455
<i>Sintomas Cognitivos</i>	0,62	0,27	0,45	0,66	0,575	0,578
<i>Sintomas Biológicos</i>	0,50	0,62	0,86	0,69	-0,948	0,366
<i>Sintomas Interpessoais</i>	0,72	0,39	0,94	0,64	-0,721	0,488
<i>Sintomas Desempenho Tarefa</i>	0,17	0,72	0,96	0,62	-2,042	0,068
<i>F1 – Depressão endógena</i>	0,23	0,54	0,83	0,72	-1,635	0,133
<i>F2 – Relação perturbada consigo próprio</i>	0,56	0,28	0,25	0,69	1,022	0,331
<i>F3 – Constelação suicida</i>	0,58	0,34	0,54	0,84	0,112	0,913
<i>F4 – Instab.emocional e depend. dos outros</i>	0,67	0,41	1,17	0,85	-1,303	0,233
<i>F5 – Transtornos do sono</i>	1,00	1,14	-0,16	0,68	0,307	0,766

Tabela 20 - Comparação das diferenças de médias entre o antes e o depois do tratamento de acupuntura quanto à Ansiedade e Depressão: Resultados Teste T (Heidelberg Vs. NADA)

A análise efectuada às diferenças entre o grupo Heidelberg e NADA, no que concerne à diferença entre as médias das diferentes medições efectuadas (T0 – Antes do tratamento de Acupunctura; T1- Final da semana de tratamento; T2- Uma semana após o final do tratamento) não revelou, em nenhum dos testes *T* efectuados, diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos experimentais, sendo todos os *p*-values superiores a 0,05.

	Heidelberg (n=6)		NADA (n=6)		Teste-t	(sig.)
	M	DP	M	DP		
Diferenças Frequência Cardíaca						
<i>T0 – T1</i>	10,52	8,36	11,78	12,11	-0,211	0,837
<i>T0 – T2</i>	5,97	11,22	8,93	9,59	-0,492	0,633
<i>T1 – T2</i>	-4,55	6,55	-2,85	4,21	-0,535	0,604

Tabela 21 - Comparação das diferenças de médias entre o antes e o depois do tratamento de acupunctura quanto à Frequência Cardíaca: Resultados Teste T (Heidelberg Vs.NADA)

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO

V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo exploratório procurou lançar algumas pistas sobre a eficácia de dois modelos de tratamento complementar (Modelo de Acupuntura Auricular Segundo o Modelo de Heidelberg e o Modelo da National Acupuncture Detoxification Association – NADA) na redução de dois factores psíquicos críticos na manutenção da abstinência e prevenção de recaídas em doentes com múltiplas adições, a sintomatologia de ansiedade e de depressão.

Pelo facto deste estudo agregar diferentes metodologias de tratamento, sendo uma delas o Modelo de Acupuntura Auricular de Heidelberg com poucos estudos efectuados no âmbito da sua aplicação ao tratamento de pacientes dependentes de substâncias psicoactivas; por abordar várias temáticas do âmbito da Psicologia como a ansiedade e a depressão e pela dificuldade que houve em ter acesso a uma amostra representativa e significativa, optou-se por desenvolver esta investigação de tipo exploratório, com objectivo de compreender possíveis tendências nos efeitos que a acupuntura pode ter na redução destes factores psíquicos e lançar algumas hipóteses para possíveis investigações futuras.

Assim, este estudo procurou compreender de que forma metodologias diferentes de Acupuntura Auricular podem influenciar positivamente os efeitos da denominada de Síndrome de Abstinência Tardia. Esta é definida, como já foi referido, como um conjunto de desregulações do sistema nervoso neurovegetativo e das funções psíquicas básicas, que vão persistindo durante um longo período de tempo, meses ou anos, após o paciente ter iniciado a sua abstinência. Este quadro clínico causa múltiplos transtornos físicos e psíquicos e dificulta bastante o desenvolvimento de uma vida saudável e autónoma, e contribui para precipitar os processos de recaída (Lopez, J., et al., S/Data). Dentro deste quadro surgem, portanto os sintomas de ansiedade e depressão que segundo Silveira, S., (2004) podem fazer aumentar o risco de recaída.

De acordo com Trigo, M. (2006), em termos científicos, o objectivo da desabilitação ou desintoxicação é relativamente fácil de atingir. No entanto, os objectivos terapêuticos não devem cessar neste momento pelo que, para a manutenção da abstinência, exige-se treino e medidas especiais de protecção face aos diferentes estímulos e factores de stress, por um longo período de tempo.

De facto, segundo Courbasson, C., et al., (2007) uma recaída deve-se a um conjunto de factores, incluindo os fisiológicos, decorrentes da dependência física da substância,

psicológicos, como a ansiedade e depressão e outros factores stressores da vida do doente, como o contexto social em que se insere.

A par da sintomatologia de ansiedade e depressão, pretendeu-se igualmente analisar de que forma uma variável fisiológica, como a frequência cardíaca, seria influenciada pelo tratamento, esperando-se que a intervenção com a Acupuntura Auricular, ao reduzir a os níveis de ansiedade, originasse, igualmente, uma redução da média da frequência cardíaca dos sujeitos.

Os resultados do tratamento estatístico dos dados recolhidos no âmbito deste estudo demonstram uma clara tendência de descida dos valores dos indicadores gerais de sintomatologia de ansiedade e depressão e da frequência cardíaca da primeira para a segunda medição. De facto, a comparação das médias simples e descritiva permite observar uma tendência de descida em todos os grupos e em todas as variáveis. Exceptua-se o caso do nível de ansiedade nos sujeitos do grupo Heidelberg, cujas médias, apesar de revelarem uma descida entre a medição antes da acupuntura experimental e depois dessa aplicação, esta é quase insignificante.

Revelando todos os grupos um decréscimo nas médias das diferentes variáveis, resta interpretar a amplitude dessa diferença e em que medida os grupos experimentais diferem entre si e do grupo de controlo.

No que se refere aos sintomas psicológicos associados à ansiedade, de facto, verificou-se uma tendência de redução da sintomatologia, no entanto, não se pode afirmar que a acupuntura foi mais eficaz nesta redução do que apenas o tratamento convencional, uma vez que todos os grupos revelaram uma melhoria dos sintomas. A comparação efectuada entre o grupo de Controlo e o Grupo Acupuntura, resultante do agrupamento dos dois grupos de acupuntura experimental, é consistente com estes resultados, uma vez que o teste estatístico efectuado não indicou a existência de diferenças significativas entre os dois grupos (Acupuntura versus Controlo) em todos os scores globais, dimensões ou factores.

Em relação às dimensões da Escala de Ansiedade de Zung, numa análise comparativa das médias dos três grupos, é de referir que as maiores alterações ocorreram na dimensão Cognitiva e Motora, mas apenas para o grupo NADA e Controlo. Mais uma vez o grupo Heidelberg manteve-se praticamente sem diferenças entre o estado de ansiedade pré-intervenção e pós intervenção, tendo até revelado um aumento dos sintomas de ansiedade na dimensão relativa ao SNC. No entanto, é de referir que este resultado do grupo Heidelberg pode dever-se ao facto deste grupo apresentar à partida menor severidade do que os restantes grupos, com valores *baseline* no Índice de Ansiedade de Zung abaixo do ponto de corte entre ansiedade normal e moderada, pelo que a sua margem de progressão era à partida limitada. Acresce ainda o facto da

dimensão SNC da escala de ansiedade de Zung, a par da dimensão Vegetativa, terem revelado fraca consistência interna na análise de *alfa* de Cronbach, podendo não ser muito fidedigna a análise destas dimensões *per si*.

Não obstante a falta de resultados estatisticamente significativos quanto às diferenças entre o grupo Acupunctura e Controlo, não são de menosprezar os resultados positivos na redução da sintomatologia ansiosa do grupo NADA ($M=12$), quando comparado com o Controlo ($M=6,25$). Estes resultados são consistentes com os resultados que a literatura descreve na revisão efectuada por Pilkington et al. (2007) sobre estudos comparativos entre a acupunctura e a medicação em casos de ansiedade, e com os descritos por Karst et al. (2007) que revelam um efeito positivo da acupunctura auricular na redução da sintomatologia de ansiedade. Quanto ao protocolo Heidelberg, não é possível concluir acerca dos seus efeitos na ansiedade, podendo os resultados ter sido influenciados pela menor severidade do grupo *a priori* ou por outros factores.

No que concerne aos sintomas depressivos, a análise comparativa das médias dos três grupos nas dimensões e factores do inventário de sintomatologia depressiva – IACLIDE, parece sugerir que a acupunctura auricular apresenta melhores resultados ao nível da depressão do que da ansiedade.

Se se observarem as diferenças entre os grupos, no que se refere às diferenças de médias entre o antes e o depois nos scores globais de ambas as medidas (Ansiedade e Depressão) compreende-se que estas foram superiores na depressão, independentemente dos valores de *baseline*.

Efectivamente, os sujeitos que receberam tratamento de acupunctura auricular revelaram uma maior redução na sintomatologia depressiva (Heidelberg $M=12$; NADA $M=16,33$) do que os sujeitos que apenas receberam o tratamento convencional ($M=7,88$).

Estas diferenças, apesar de não serem significativas em termos estatísticos, revelam uma tendência que merece alguma atenção. Na verdade, este resultado corrobora a literatura que apresenta a acupunctura auricular como um importante coadjuvante na redução dos sintomas de depressão (Nixon, et al, 2003; Coubasson, et al, 2007; Pilkington et al, 2007).

Comparando os dois grupos experimentais encontramos tendências semelhantes, ou seja, o protocolo NADA mostrou-se mais eficaz do que o Heidelberg na redução dos sintomas depressivos (Heidelberg $M=12$; NADA $M=16,33$). No entanto, há igualmente que atender ao facto de, em termos de severidade do grupo, o NADA apresentava níveis de depressão superiores quer ao Heidelberg, quer ao Controlo (Heidelberg $M=22,83$; NADA $M=39$; Controlo $M=26,75$), facto que poderá explicar parte da variabilidade.

Uma leitura mais pormenorizada dos resultados ao nível das dimensões e factores do IACLIDE, permite verificar que na sua globalidade seguem a mesma tendência,

apresentando maiores diferenças nos grupos experimentais de acupunctura do que no Controlo, ou seja, os indivíduos que receberam o tratamento de acupunctura auricular revelaram uma maior redução nos sintomas de depressão na maioria das dimensões analisadas do que os do grupo de controlo.

Assim, reportando-nos à primeira questão de investigação levantada neste estudo: “*Os tratamentos de acupunctura auricular têm um efeito positivo na redução dos sintomas psicológicos (ansiedade e depressão) numa população de doentes em tratamento para a dependência de múltiplas adições?*” concluímos que, nesta amostra, não se revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, não se podendo assim garantir que houve efeito do tratamento na sintomatologia. Contudo, foi clara a maior eficácia do tratamento nos sintomas de depressão do que nos de ansiedade, uma vez que os indivíduos dos grupos experimentais revelaram sentir-se menos deprimidos depois do tratamento, comparativamente com o grupo que apenas seguiu o tratamento convencional da clínica.

De acordo, com estes resultados poder-se-á levantar a questão sobre qual dos protocolos é mais eficaz no tratamento da ansiedade e depressão. Esta constitui a segunda questão de investigação deste estudo “*Existem diferenças nos resultados das medidas de ansiedade e depressão entre os dois protocolos de auriculo-acupunctura?*”

Para tal efectuou-se uma análise comparativa da diferença entre diferenças de médias do antes e depois, dos grupos experimentais (Heidelberg e NADA) recorrendo ao teste estatístico *T* de Student.

Nesta questão, as médias das diferenças de médias, apesar de não serem estatisticamente significativas para os scores globais dos instrumentos de avaliação da ansiedade e da depressão, são superiores nas duas medidas no protocolo de Acupunctura Auricular NADA do que no de Heidelberg, encontrando-se mesmo diferenças significativas na dimensão Motora da Escala de Ansiedade de Zung ($p=0,030$). O protocolo Heidelberg parece ser capaz de reduzir a sintomatologia de depressão e não provocar alterações no nível de ansiedade, nesta amostra em específico. Assim mesmo, os seus resultados ficam aquém dos do grupo NADA. Tal pode ser consequência da menor severidade do grupo de Heidelberg nas duas dimensões mas mais marcada na ansiedade, ou ser um indicador de que, de facto, o protocolo NADA apresenta um maior potencial de eficácia no tratamento dos sintomas psicológicos.

Efectivamente, na literatura são vários os exemplos que se encontram de estudos que já demonstravam evidência dos efeitos do modelo de Acupunctura Auricular NADA. Desde os estudos dos anos 70 de Yoshiaki Omura, aos mais recentes de Smith et al. (1988; 1992 cit. por Xia et al., 2010), Carter, K. et al. (2011) na área das adições, ao de Valois, B., et al., (2012), na área do cancro da mama, aos de Courbasson C., et al., (2007),

Nixon, M., et al., (2003) na área das ansiedade e da depressão, todos encontraram resultados a favor deste protocolo.

Obviamente que, tratando-se de um estudo exploratório, não se pretende generalizar estes resultados a uma população idêntica. Mais estudos científicos sobre esta temática com amostras maiores e mais homogêneas serão necessários por forma a confirmar ou não esta tendência.

No que respeita, ao comportamento das frequências cardíacas verificaram-se alguns dos resultados mais interessantes a nível estatístico.

A avaliação do “comportamento” das médias das frequências cardíacas está relacionada com a terceira questão de investigação: *O tratamento de acupunctura auricular provocou algum tipo de efeito na frequência cardíaca dos sujeitos?*

Os resultados da medição da frequência cardíaca antes e depois do tratamento, mostram uma descida mais acentuada nos grupos experimentais em comparação com o grupo de Controlo. Uma semana após termo do tratamento verificou-se, nos grupos experimentais, uma tendência de subida entre a medição T1 e T2 que reflecte uma tendência de retoma aos valores normais. Por sua vez, o grupo de controlo praticamente mantém o ritmo cardíaco da primeira para a segunda medição.

Pretendeu-se com a análise das alterações na frequência cardíaca perceber até que ponto os protocolos de acupunctura, ao influírem nos factores psíquicos associados à ansiedade, provocariam também alterações fisiológicas que reflectissem um estado de maior relaxamento.

Efectivamente, os resultados da variação da frequência cardíaca da medição antes do tratamento para o fim do tratamento parecem reflectir um efeito da acupunctura auricular na redução do ritmo cardíaco (grupo Acupunctura $M=11,15$; grupo controlo $M=0,55$; $p<0,05$). Quanto ao seu efeito a longo prazo, verifica-se que decorrida uma semana desde o fim do tratamento, os valores de frequência cardíaca voltam a subir, contudo, mantêm-se inferiores aos valores da medição inicial.

Estes resultados são novamente indicadores da existência de um possível efeito da acupunctura na regulação da função neuro-vegetativa, tal como foi também descrito por Lin, Z., Chen, Y., Fan C., Wu, H., Lan, L. & Lin, J. (2011). Todavia, importa esclarecer de forma mais detalhada de que forma a acupunctura actua ao nível neurovegetativo, sendo interessante desenvolver estudos que analisem variáveis mais robustas, como por exemplo a variabilidade da frequência cardíaca, na medida em que esta fornece mais informação acerca da possível influência da acupunctura no sistema nervoso autónomo.

É também importante referir que o padrão de resposta dos sujeitos ao nível da frequência cardíaca pode ter sofrido algum viés devido ao facto de, por razões logísticas, a medição *baseline* da frequência cardíaca ter sido efectuada no mesmo dia em que se procedeu à

aplicação dos tratamentos, o que poderá ter levado os sujeitos experienciar uma maior tensão por serem sujeitos a uma situação nova e potencialmente desconfortável. Outro factor de viés poderá advir do tratamento convencional, sobretudo em termos de farmacologia. Não existindo um padrão de medicação para todos os doentes e não tendo tido acesso a informação a esse respeito, alguns resultados poderão ter sido afectados pelos efeitos de algum tipo de medicação.

Assim, estes resultados, no que respeita ao nível da ansiedade e depressão, parecem sugerir que a acupunctura auricular pode ser um bom método complementar a um programa de prevenção de recaídas, intervindo especialmente ao nível da redução dos sintomas de depressão. Contudo, seriam necessários mais estudos que cruzem estas variáveis com medidas de caracterização de situações de risco de recaídas, para que se possa efectivamente afirmar que existe evidência sobre a eficácia da acupunctura auricular na prevenção do risco de recaída.

No entanto, a reduzida dimensão da amostra e a conseqüente baixa homogeneidade dos grupos analisados, enfraquece a consistência dos resultados obtidos e explica a quase ausência de diferenças significativas entre os scores e índices globais das medidas e dos seus factores e dimensões, mesmo quando se procede a uma comparação entre os grupos experimentais de acupunctura agrupados e o grupo de controlo.

De facto, ao nível da amostra existem diversos factores que podem limitar a interpretação dos resultados obtidos, entre estes, a própria fase do tratamento convencional em que sujeitos participantes se encontram e que pode funcionar como variável parasita.

Ao efectuarmos uma análise descritiva dos grupos, verificamos que devido à sua aleatorização, o grupo de Controlo apresenta algumas características sócio-demográficas que aumentam à partida o seu grau de severidade. Com efeito, o grupo de Controlo apresentou idades de início de consumos mais baixas, o que segundo Rojas (citado por Jinez, M.; Souza, J.; Pillon, S., 2009) aumenta o risco de problemas psíquicos, físicos e sociais, em comparação com indivíduos que iniciam os seus consumos em idades mais tardias. O grupo de Controlo apresentou maior concomitância de consumos, consumos mais frequentes de substâncias com maior potencial de dependência (Carrilho, J. & Santos, N., 2004) e mais efeitos secundários biológicos e sociais, tais como heroína e cocaína.

Pelo contrário, o grupo de Acupunctura Auricular segundo o Modelo de Heidelberg, devido mais uma vez à dimensão total da amostra e por sua vez à necessidade de aleatorização da mesma, foi constituída somente por indivíduos com problemas ligados ao álcool, não havendo ninguém a referir consumos de drogas. Este facto veio, obviamente a contribuir para uma menor severidade deste mesmo grupo face aos restantes. O consumo concomitante de substâncias é claramente um factor de maior

severidade, tanto no risco de lapsos ou recaídas, como da maior probabilidade da existência de outros problemas médicos associados (Schukit, M., 1998).

Para além disto, nas medições de *baseline* efectuadas para o nível da ansiedade e sintomatologia depressiva antes da intervenção experimental, mais uma vez mostraram que foi o grupo de Heidelberg a evidenciar os valores mais baixos tanto nas médias do Índice Geral de Ansiedade da Escala de Zung, assim como nas médias dos scores globais do IACLIDE, o que pode explicar as menores reduções nas médias entre o antes e o depois neste grupo, por ausência de potencial de progressão ou melhoria.

Estes factos sublinham a falta de homogeneidade existente entre os três grupos ao nível das características sociodemográficas, padrões de consumo e das variáveis psíquicas nas medições *baseline* que, aliados ao tamanho da amostra, justificaram a opção pelo agrupamento das variáveis experimentais, numa só variável. Esta opção, permitiu, assim, não só a aplicação do teste T de Student para aferição de valores de *p*-value, mas também uma maior homogeneidade nalgumas variáveis, o que apesar das limitações deste estudo, conferiu um pouco mais de rigor e consistência a este trabalho.

Uma outra possível limitação pode decorrer do facto do estudo ter sido realizado numa só instituição, o que condiciona inevitavelmente o número de participantes no estudo e o seu potencial de generalização. Contudo, a introdução de uma segunda instituição neste estudo poderia introduzir uma nova variável parasita não controlada, que seria o modelo de tratamento convencional adoptado por essa nova clinica, que poderia apresentar um protocolo psico-social e de medicação diferente, baseado, por exemplo, em medicação antagonista ou de substituição.

Outro factor a ter em conta foi o facto de se ter optado, conscientemente e por razões de segurança, por incluir os participantes portadores de doenças infecto-contagiosas no grupo de controlo. Este factor poderá eventualmente afectar os resultados deste grupo ao nível da severidade da sintomatologia de ansiedade e depressão e, eventualmente, no tipo de medicação a que estão sujeitos.

Na verdade, os resultados deste trabalho de investigação não permitem tirar conclusões que possam ser generalizadas à população em estudo e não permitem efectivamente compreender se, de facto, a acupunctura auricular pode ser vista como um complemento ao tratamento convencional no que se refere aos sintomas de ansiedade e depressão numa população de adictos, como é sugerido nalguns estudos como o de Courbasson et al. (2007) ou de Karst et al. (2007). Contudo, as tendências observadas pelas comparações com recurso a métodos de estatística descritiva permitem verificar a existência de um potencial terapêutico consistente em todas as dimensões analisadas que parece justificar um estudo mais profundo do tipo experimental, com recurso a amostras mais significativas e representativas.

Assim, tal como é sugerido por Courbasson et al. (2007) e Karst et al. (2007) Wu et al. (2011) os resultados deste estudo lançam a questão sobre se a acupuntura auricular poderá ser uma técnica complementar ou alternativa à farmacológica, eficaz, com custos mais baixos de aplicação e logisticamente simples de implementar nas unidades de tratamento de dependências.

CAPÍTULO VI

CONCLUSÃO

VI - CONCLUSÃO

Nos dias que correm e num contexto de crise a nível europeu, os problemas ligados ao consumo de substâncias psicoactivas licitas ou ilícitas é um problema de saúde pública no topo da actualidade (OEDT, 2014). De facto, no que se refere a Portugal, o aumento das situações de desemprego entre os jovens, o aumento da precaridade e o empobrecimento da população pode conduzir à subida das situações de desespero ou falta de esperança no futuro. Estes problemas ligados ao desinvestimento dos Estado em políticas de prevenção primária e secundária e ao constante, e cada vez mais, acelerado surgimento de novas substâncias e novos fenómenos de consumo, leva a que seja cada vez mais pertinente desenvolver estudos que possam apresentar alternativas custo-effectivas para o combate e prevenção dos problemas ligados ao consumo de drogas ou álcool.

Este estudo pretendeu contribuir para aprofundar o conhecimento já existente acerca da temática da eficácia da acupunctura auricular enquanto técnica complementar a um tratamento de dependência de multi-adições, por via da redução da sintomatologia de ansiedade e depressão.

No que se refere às variáveis estudadas, parece existir uma maior eficácia deste tipo de intervenção auricular da acupunctura, sobre a sintomatologia de depressão do que sobre os sintomas de ansiedade.

Numa perspectiva mais detalhada, e comparando os dois protocolos aplicados, o protocolo de Acupunctura Auricular NADA parece produzir mais efeitos positivos ao nível do relaxamento dos indivíduos e do seu estado de humor, do que o protocolo segundo o Modelo de Heidelberg.

No entanto, estes resultados são meramente exploratórios, lançando algumas pistas que justificam o desenvolvimento de futuras investigações neste campo. Contudo, pelas suas limitações não podem ser generalizados à população em geral, servindo sim, de ponto de partida informativo para os necessários desenvolvimentos.

Os resultados apurados, apesar de apresentarem limitações estatísticas naturais neste tipo de investigação, evidenciaram tendências que permitem prever que a acupunctura auricular, depois de mais estudos realizados, poderá ser um bom método complementar ao tratamento bio-psicossocial utilizado convencionalmente nas instituições de tratamento de dependentes de substâncias psico-activas.

Assim, os resultados deste estudo lançam a questão e a necessidade de se apurar através de investigação, se a acupunctura auricular não poderá ser uma técnica complementar ou alternativa à farmacológica, eficaz, com custos mais baixos de

aplicação e logisticamente simples de implementar nas unidades de tratamento de dependências.

De acordo, com os estudos de Courbasson et al. (2007) e Nixon et al. (2003) e pelo nível de adesão que se obteve no universo de doentes que cumpriram os critérios de inclusão para participação neste estudo, pode-se sugerir que estas técnicas ao contrário das crenças de muitos dos técnicos que trabalham nestas áreas, são bem recebidas pelos pacientes, com bons níveis de adesão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adés, J., & Lejoyeux, M. (2004). *Comportamentos Alcoólicos e Seu Tratamento*, (2ed). Lisboa: Climepsi Editores
- Allen, J., Schnyer, R., Chambers, A., Hitt, S., Moreno, F., & Manber, R. (2006). Acupuncture for Depression. A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (11), 1665-1673.
- American Heart Rate Association. (2014) in http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MyHeartandStrokeNews/All-About-Heart-Rate-pulse_UCM_438850_Article.jsp acedido em Agosto de 2014.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. DSM IV*, (1ed). Lisboa: Climepsi.
- Brewington, V., Smith, M., & Lipton, D. (1994). Acupuncture as a Detoxification Treatment: An Analysis of Controlled Research. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 11(4), 298-307.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de Dados em Ciências Sociais. Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora.
- Carrilho, J., & Santos, N. (2004). *Tratamento Médico Psicofarmacológico* in Ferreira-Borges, C., & Filho, H.- Alcoolismo e Toxicodependência. Lisboa: Climepsi Editores
- Carter, K., Olshan-Perlmutter, M., Norton, H., & Smith, M. (2011). NADA Acupuncture Prospective Trial in Patients With Substance Use Disorders and Seven Common Health Symptoms. *Medical Acupuncture*, 23 (3), 1-10.
- Collis, J., & Hussey, R., (2005). *Pesquisa em Administração* (2ed). São Paulo: Edição Bookman
- Courbasson, C., Sorkin, A., Dullerud, B., & Wyk, L. (2007). Acupuncture Treatment for Women with Concurrent Substance Use and Anxiety/Depression: An Effective Alternative Therapy? *Family Community Health*, 30 (2), 112-120.
- Ernest, E. (2006). Acupuncture-A Critical Analysis. *Journal of Internal Medicine*, 259, 125-137
- Feldman, R. (2001). *Compreender a Psicologia*. Amadora: McGraw-Hill.
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência*. Lisboa: Climepsi Editores

- Fritz, D., Carney, R., Steinmeyer, B., Ditson, G., Hill, N., & Zee-Cheng, J. (2013). The Efficacy of Auricular Therapy for Smoking Cessation: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Journal of The American Board of Family Medicine*, 26 (1), 61-70.
- Gori, L., & Firenzuoli, F. (2007). Ear Acupuncture in European Traditional Medicine. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 4 (suppl. 1), 13-16
- Greten, H. (2011). *Understanding TCM-Scientific Chinese Medicine.- Course Version* (5ed). Heidelberg: Heidelberg School Editions.
- Hempfen, C., & Chow, V. (2006). *Pocket Atlas of Acupuncture*. Germany: Thieme
- Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2009), *Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos*. Lisboa: IDT
- Jorm, A., Christensen, H., Griffiths, K., & Rodgers, B. (2002). Effectiveness of Complementary and Self-Help Treatments for Depression. *The Medical Journal of Australia*. 176, (10), 84.
- Karst, M., Winterhalter, M., Münte, S., Francki, B., Hondronikos, A., et al. (2007). Auricular Acupuncture for Dental Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *Anesthesian Analg.*, 104, 295-300.
- Lin, Z., Chen, Y., Fan, C., Wu, H., Lan, L. & Lin, J. (2011). Effects of auricular acupuncture on heart rate, oxygen consumption and blood lactic acid for elite basketball athletes. *American Journal of Chinese Medicine*. 39 (6), 1131-1138.
- Jinez, M, Souza, J., & Pillon, S. (2009). Uso de Drogas e Factores de Risco entre Estudantes de Ensino Médio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (2).
- Lipton, D., Brewington, V., & Smith, M., (1994). Acupuncture for Crack-Cocaine Detoxification: Experimental Evaluation of Efficacy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11 (3), 205-215.
- Lopez, J., Páez, A., Sánchez, M., & Piedras, M. (s/data). Síndrome de Abstinência. Málaga: *Hospital Regional Carlos Haya*.
- Mello, N., & Griffiths, R. (1987). *Alcoholism and Drug Abuse: An Overview* in Meltzer, H. (Ed.), *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress*. Nova Iorque: Raven Press, 1511-1514.

- Menezes. G., Fontenelle, L., Mululo, S., & Versiani, M. (2007). Resistência ao Tratamento nos Transtornos de Ansiedade: Fobia Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno do Pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (Supl II), 55-60.
- Mills, E., Wu, P., Gagnier, J., & Ebbert, J. (2005). Efficacy of Acupuncture for Cocaine Dependence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Harm Reduction Journal*. 24, 1-6.
- National Acupuncture Detoxification Association. (2008). *Acupuncture Detoxification Specialist Training Manual*. Vancouver: National Acupuncture Detoxification Association.
- Nixon, M., Cheng, M., & Cloutier, M. (2003). An Open Trial of Auricular Acupuncture for the Treatment of Repetitive Self-Injury in Depressed Adolescents. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*. (12):1, 10-12.
- Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência. (2010). *Relatório Anual 2010: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia
- Ordem dos Médicos (2002). *Admissão à Competência de Acupuntura Médica* in <https://www.ordemdosmedicos.pt/index.php?lop=conteudo&op=8c19f571e251e61cb8dd3612f26d5ecf&id=73231e53eeef362c814c8522f5257286> acedido em Agosto de 2014.
- Organização Mundial de Saúde . (2002). *Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials*.WHO Publications
- Organização Mundial de Saúde . (2006). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* in <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>, acedido em Julho de 2014.
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms* in http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- Pilkington, K. (2010).Anxiety, Depression and Acupuncture: A Review of the Clinical Research. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 157, 91-95.
- Ponciano, E., Serra, A, & Relvas, J. (1982). Aferição da Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung numa Amostra de População Portuguesa. *Psiquiatria Clínica*. 3 (4), 191-202.

- Porkert, M. (1983). *The Essentials of Chinese Diagnostics*. Zurich: Acta Medicinæ Sinensis
- Porkert, M., & Hempen, C. (1995). *Classical Acupuncture – The Standard Textbook*. Germany: Phainon Editions & Media GmbH.
- Roberts, W. (2009). Heart Rate Variability With Deep Breathing as a Clinical Test of Cardiovascular Function. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 76 (2), 37-40.
- Schuckit, M. (1998). *Abuso de Álcool e Drogas*, (1ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Sdao-Jarvie, K., & Vogel-Sprott, M. (1992). Learning Alcohol Tolerance by Mental or Physical Practice. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 533-540.
- Seca, S. (2010). Efeitos Agudos da Acupuntura na Lombalgia Crónica-Estudo preliminar prospectivo, randomizado, controlado e cego. Porto. (Dissertação de Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa)
- Serra, A. (1994). *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão* (1ed). Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Silveira, S. (2004). *Perturbações Mentais e do Comportamento* in Ferreira-Borges, C., & Filho, H.- Alcoolismo e Toxicodependência. Lisboa: Climepsi Editores
- Sobocky, P., Jönsson, B., Angst, J., & Rahnberg, C. (2006). Cost of Depression in Europe, *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9 (2), 87-98.
- Spielberger, C. (1972). *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*. (vol.1). Nova Iorque: Academic Press.
- Trigo, M. (2006). Terapia para a Prevenção da Recaída na Dependência de Substâncias: Os Modelos de Alan Marlatt e de Terence Gorski. Aplicações à Nicotino-dependência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22, 299-329)
- Valois, B., Young, T., Robinson, N., McCourt, C., & Maher, J. (2012). Evaluating the NADA Ear Acupuncture Protocol to Manage Breast Cancer Treatment Related Hot Flashes and Night Sweats: An Observational Study. *Medical Acupuncture*. 24 (4), 256-268.
- Vieira, A. (2013). Efeito da Acupuntura Auricular na Ansiedade de Estudantes Universitários Antes da Época de Exames- Estudo prospectivo, randomizado, controlado e cego. Porto. (Dissertação de Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa)

- Wang, H., Wang, B., Cui, Y., Zhu, L., Rong, Z., & Chen, H. (2008). Is Acupuncture Beneficial in Depression: A Meta-Analysis of 8 Randomized Controlled Trials? *Journal of Affective Disorders*, 111, 125-134.
- Wang, S., & Kain, Z. (2001). Auricular Acupuncture: A Potential Treatment for Anxiety. *Anesthesian Analg.*, 92, 548-553.
- Wu, S., Liang, J., Zhu, X., Liu, X., & Miao, D. (2011). *Journal of Research in Medical Sciences*, 16 (1) 39-42.
- Xia, Y., Cao, X., Wu, G, Cheng, J.(2009). *Acupuncture Therapy for Neurological Diseases*. Springer.
- Zao, Z., Zhao, G., Li, H., Yang, X., et al. (2011). Acupuncture Attenuates Anxiety-Like Behaviour by Normalizing Amygdaloid Catecholamines during Ethanol Withdrawal in Rats. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. Vol. 2011 (8).

ANEXOS

ANEXO I

Critérios de Diagnóstico Depressão Major – DSM IV TR

Presença de pelo menos 5 dos seguintes sintomas, pelo período mínimo de 2 semanas, sendo que pelo menos o humor depressivo ou a perda de interesse ou prazer, tem que estar presentes:

- Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias
- Perda de interesse ou prazer na maioria das actividades, durante a maior parte do dia, ocorrendo isto quase todos os dias
- Perda ou ganho acentuado de peso na ausência de dieta para tal
- Insónia ou hipersónia na maioria dos dias
- Existência de agitação ou inibição psicomotora, quase todos os dias
- Fadiga ou perda de energia que se manifesta quase todos os dias
- Sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa excessivas e inapropriadas
- Dificuldades em pensar ou concentrar-se e em tomar decisões, quase todos os dias
- Pensamentos recorrentes relativamente à morte e suicídio

(Fonte: DSM-IV, 2002)

ANEXO II

Modelo de Consentimento Informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM
PROJETOS DE DOCÊNCIA E/OU INVESTIGAÇÃO**
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Efeitos da Acupunctura Auricular em Factores Psíquicos e Neurovegetativos em Doentes com Multi-Adicções - Estudo Experimental, Randomizado.

Enquadramento: O estudo para o qual solicitamos a sua participação autorizada, integra-se num trabalho de tese académica do Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, sobre o tratamento de problemas ligados ao consumo de substâncias psicoactivas em pacientes internados na Clínica do Outeiro - Valbom.

Explicação do estudo: Para a realização deste estudo, iremos dividir a nossa amostra de participantes em três grupos. Os participantes de dois destes grupos irão ser sujeitos a diferentes tratamentos de **Acupunctura Auricular**, os restantes serão integrados num grupo de controlo, que não será sujeito a qualquer tratamento de acupunctura. Esta divisão por grupos será aleatória por meio de sorteio. Assim, necessitamos de proceder à aplicação de um tratamento com recurso a agulhas de acupunctura auricular e de efectuar uma recolha de dados a partir da aplicação de alguns questionários de resposta imediata e do levantamento de informação sobre a variabilidade da sua frequência cardíaca. A sua escolha para participante neste estudo foi meramente aleatória, dentro do grupo de pacientes internados na Clínica do Outeiro – Valbom, no período correspondente ao decorrer do estudo. A aplicação das agulhas é feita recorrendo a agulhas permanentes esterilizadas de uso único que o seu corpo auto-rejeita, normalmente ao fim de cinco dias. A recolha dos dados sobre a variabilidade da frequência cardíaca realiza-se em três momentos diferentes, e a resposta aos questionários apenas se realiza no início e no fim do tratamento. A resposta aos questionários demora no máximo 25 minutos.

Condições: A sua participação neste estudo é totalmente voluntária e a sua não participação não implica qualquer prejuízo na assistência de cuidados de que tem beneficiado e de que necessita. Aproveitamos para informar que este estudo mereceu o Parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. De referir, que os riscos de complicações para a sua saúde são muito reduzidos. No entanto, no caso da ocorrência de algum dano pessoal, a Escola de Medicina Chinesa de Heidelberg assumirá toda e qualquer responsabilidade.

Confidencialidade e anonimato: Os dados e informações que nos vai fornecer destinam-se exclusivamente para utilização no presente estudo, pelo que se garante total anonimato e confidencialidade no tratamento dos mesmos.

Agradecimentos e identificação do/a investigador/a e da pessoa que pede o consentimento, se for diferente: Agradecemos a disponibilidade demonstrada e o interesse em participar neste estudo.

João André Pires Falcão, Estudante, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

Assinatura(s):

~~~~~  
*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoas/s que acima assina/m e que considero suficientes. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura:

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 1 PÁGINA, É FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

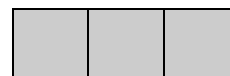
<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

**ANEXO III**

Questionário Sociodemográfico

---



Gostaríamos de solicitar a sua colaboração para uma investigação que tem como objectivo estudar os Problemas Ligados ao Consumo de Substâncias Psicoactivas.

Assim, pedimos-lhe que leia atentamente todas as questões que lhe vão ser apresentadas. Não existem respostas certas nem erradas, responda apenas de forma a reflectir as suas opiniões e experiência pessoal.

Os dados que nos vai facultar são anónimos e confidenciais, destinando-se unicamente a tratamento estatístico em grupo pelo que, não necessita de se identificar.

A sua participação nesta investigação é voluntária e não implica qualquer prejuízo na assistência de cuidados de que tem beneficiado e de que necessita. Se a qualquer momento do preenchimento deste questionário não desejar continuar, sinta-se à vontade para parar.

**Obrigado desde já pela sua colaboração.**

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

**Instruções:** Assinale com um círculo à volta da alínea que corresponde à sua opção

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_ Feminino \_\_

### 1. Estado Civil

- a. Casado/União de Facto
- b. Viúvo
- c. Solteiro
- d. Divorciado/Separado

### 2. Escolaridade

- a. Sem habilitações
- b. Primária
- c. Básico (6ºano)
- d. Preparatória (9ºano)
- e. Secundária (12º ano)
- f. Ensino Superior

### 3. Profissão \_\_\_\_\_

### 4. Consumiu Álcool em Excesso?

- a. Sim
- b. Não

### 5. Idade de início do consumo \_\_\_\_\_

### 6. Actualmente consome?

- a. Sim
- b. Não

### 7. Tipos de bebida consumidas antes do pedido de ajuda

- a. Vinho
- b. Cerveja
- c. Aperitivos
- d. Licores
- e. Whisky
- f. Rum/Vodka/Gin
- g. Shot's
- h. Champanhe
- i. Outras \_\_\_\_\_

8. Frequência do consumo
  - a. Mais de uma vez ao dia
  - b. Mais de uma vez na semana
  - c. Só ao fim-de-semana
  - d. Só em ocasiões especiais
  - e. Outras \_\_\_\_\_
9. Consumiu Drogas?
  - a. Sim
  - b. Não
10. Idade de início do consumo \_\_\_\_\_
11. Actualmente consome?
  - a. Sim
  - b. Não
12. Tipos de drogas consumidas antes do pedido de ajuda
  - a. Haxixe
  - b. Heroína
  - c. Cocaína
  - d. Crack
  - e. Meta e Anfetaminas
  - f. MDMA
  - g. LSD
  - h. Outras \_\_\_\_\_
13. Frequência do consumo
  - a. Mais de uma vez ao dia
  - b. Mais de uma vez na semana
  - c. Só ao fim-de-semana
  - d. Só em ocasiões especiais
  - e. Outras \_\_\_\_\_
14. Os seus pais bebiam em excesso ou consumiam drogas?
  - a. Sim
  - b. Não
15. Qual?
  - a. Pai
  - b. Mãe
16. Iniciou os consumos com:
  - a. Pais
  - b. Familiares
  - c. Amigos
  - d. Outros

**Continua na página seguinte.**

**Ver, por favor:**

## **ANEXO IV**

Inventário de Avaliação Clínica da Depressão - IACLIDE

---

# INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

( © Copyright A. Vaz-Serra, 1994)

## INSTRUÇÕES

Cada um dos sintomas que a seguir é apresentado não se refere à sua maneira de ser habitual mas sim ao estado em que se sente pelo menos desde há duas semanas para cá. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Se lhe parecer que duas respostas diferentes já foram experimentadas por si, assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo  aquela que se aproxima mais do seu estado actual.

1. - O interesse pelo meu trabalho é o mesmo de sempre 
  - Ultimamente ando a sentir um interesse menor pelo meu trabalho
  - Presentemente sinto, com bastante frequência, desinteresse pelo que tenho de fazer
  - Actualmente ando a sentir, muitíssimas vezes, um grande desinteresse pelo meu trabalho
  - Perdi por completo todo o interesse que tinha pelo meu trabalho.
  
2. - No meu dia-a-dia não preciso de recorrer à ajuda das outras pessoas mais do que o costume 
  - Presentemente recorro mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer
  - No momento actual recorro bastante mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer
  - Agora recorro muitíssimo mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer
  - Actualmente sinto-me completamente incapaz de fazer seja o que for sem a ajuda dos outros.
  
3. - Ando-me a sentir tão sossegado como de costume 
  - Ando-me a sentir interiormente mais desassossegado do que o habitual
  - Sinto-me interiormente bastante mais desassossegado do que o costume
  - Sinto-me interiormente muitíssimo mais desassossegado do que o habitual
  - Sinto-me interiormente num estado permanente de agitação.

### Inventário de Avaliação Clínica da Depressão

---

4. - Presentemente, no contacto com os outros (familiares, amigos ou conhecidos) sou capaz de falar sobre os temas habituais das conversas comuns
- No momento actual tenho tendência, no contacto com os outros, a falar mais do que o habitual daquilo que sinto ou me preocupa, embora consiga conversar também sobre outros assuntos
- Reconheço que agora passo bastante tempo a falar aos outros daquilo que me anda a preocupar e estou a sentir, embora possa também abordar outros assuntos
- No momento presente, no contacto com os outros, falo muitíssimo mais do que o costume daquilo que me preocupa e ando a sentir, evitando abordar assuntos diferentes
- Actualmente, no contacto com os outros, só sei falar daquilo que me preocupa e tenho sentido, mostrando-me incapaz de conversar de quaisquer outros assuntos.
5. - A minha consciência não me acusa de nada em particular que tenha feito
- Ando-me a sentir um fardo para a minha família, amigos e colegas
- Sinto actualmente que há faltas no meu passado que não devia ter cometido
- Penso, muitas vezes, que cometi certas faltas graves no meu passado
- Passo o tempo a pensar que o estado em que me sinto é consequência das faltas graves que cometi na minha vida.
6. - A minha capacidade de fixação é a mesma que sempre tive
- Às vezes custa-me fixar aquilo que preciso
- Sinto, bastantes vezes, que ando a fixar pior aquilo que preciso
- Sinto, muitíssimas vezes, que me esquecem facilmente as coisas
- Sinto-me incapaz de fixar seja o que for.
7. - Não me sinto mais infeliz do que o costume
- Tenho períodos em que me sinto mais infeliz do que habitualmente
- Ando-me a sentir bastante mais infeliz do que o costume, embora tenha ocasiões em que me sinta tão feliz como dantes
- Só em raros momentos é que me consigo sentir feliz
- Actualmente não tenho um único momento em que me sinta feliz.



### Inventário de Avaliação Clínica da Depressão

---

8. - No momento presente não tenho qualquer dificuldade em começar a dormir
- Quando me deito passo cerca de meia hora sem conseguir adormecer
  - Actualmente, quando me deito, demoro cerca de 1 - 2 horas antes de conseguir adormecer
  - Quando me deito nalgumas noites não consigo dormir nada
  - Se não tomar nada para adormecer as minhas noites são de insónia completa.
9. - O valor que dou às coisas que faço e a mim próprio não é maior nem é menor do que o costume
- Actualmente penso por vezes que, como indivíduo, tenho pouco mérito naquilo que faço
  - Últimamente apanho-me a pensar, bastantes vezes, que não valho nada
  - Penso, com muita frequência, que não tenho qualquer valor como pessoa
  - No momento actual sinto constantemente que não valho nada como pessoa.
- 10.- A minha confiança em relação ao futuro é a mesma de sempre
- Ao contrário de antigamente sinto-me por vezes inseguro em relação ao futuro
  - No momento actual sinto, bastantes vezes, falta de confiança no futuro
  - Sinto agora, muitíssimas vezes, falta de confiança no futuro
  - Presentemente perdi por completo a esperança que tinha no futuro.
- 11.- Depois de conseguir adormecer não tenho tendência a acordar durante a noite
- Actualmente acordo 1 hora antes do habitual e depois não consigo voltar a dormir
  - Presentemente ando a acordar ao fim de 4-5 horas de sono e depois não consigo voltar a dormir
  - Após ter adormecido, acordo ao fim de 1 ou 2 horas e não sou capaz de voltar a dormir
  - Se não tomar nada para dormir, a minha noite é de completa insónia.
- 12.- Considerando a minha vida passada não sinto que tenha sido um fracassado
- No momento presente, observando o meu passado, acho que tive alguns fracassos
  - Penso que no meu passado existiu um número bastante grande de fracassos
  - Actualmente considero que tive, no meu passado, um número muitíssimo grande de fracassos
  - Quando observo a minha vida passada considero-a como um acumular constante de fracassos.

**Inventário de Avaliação Clínica da Depressão**

---

13. - Quando acordo de manhã sinto-me renovado para enfrentar o meu dia
- Apesar de ir fazendo o que necessito de fazer, quando acordo de manhã tenho a sensação de estar sem energia para o que preciso de efectuar
- Logo que acordo de manhã e posteriormente ao longo do dia sinto-me bastante fatigado e é com dificuldade que vou realizando o que preciso de fazer
- Desde que acordo de manhã e depois durante o dia sinto-me tão fatigado que já não consigo fazer tudo o que tenho a fazer
- Quando acordo de manhã o meu cansaço é tão grande que me sinto incapaz de fazer seja o que for
- 
14. - O meu convívio com as outras pessoas é o mesmo de sempre
- O meu estado de espírito actual leva-me, por vezes, e mais do que o costume, a evitar conviver com as outras pessoas
- No momento presente fujo bastante do convívio com as outras pessoas
- Devido à maneira como me ando a sentir raramente me sinto capaz de conviver com as outras pessoas
- Presentemente não me sinto capaz de conviver seja com quem for.
- 
15. - No momento presente não noto quaisquer dificuldades na minha capacidade de concentração
- Sinto por vezes dificuldade em me concentrar no que estou a fazer
- Sinto com frequência dificuldade em me concentrar naquilo que executo
- Sinto muitíssimas vezes dificuldade em me concentrar naquilo que faço
- Sinto-me actualmente incapaz de me concentrar seja no que for.
- 
16. - Não penso que os meus problemas sejam mais graves do que o habitual
- Ando com medo de não ser capaz de resolver alguns dos problemas que tenho
- Penso com frequência que não é fácil encontrar solução para alguns dos meus problemas
- Passo o tempo preocupado com os meus problemas, pois sinto que são de solução muito difícil
- Considero que os meus problemas não têm qualquer solução possível.

Inventário de Avaliação Clínica da Depressão

17. - Quando é necessário sou capaz de tomar decisões tão bem como dantes
- Agora sinto-me mais hesitante do que o costume para tomar qualquer decisão
  - No momento actual demoro bastante mais tempo do que dantes para tomar qualquer decisão
  - Presentemente custa-me tanto tomar decisões que passo o tempo a adiá-las
  - Actualmente sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão sem a ajuda das outras pessoas.
18. - A satisfação que sinto com a vida é a mesma de sempre
- Actualmente sinto-me mais aborrecido do que o costume com a vida que tenho
  - Sinto, com frequência, que a minha vida não me dá o prazer de antigamente
  - Sinto, com muitíssima frequência, que a minha vida não me traz qualquer satisfação
  - Perdi por completo a alegria de viver.
19. - No momento presente acho que a vida vale a pena ser vivida e não sinto qualquer desejo de fazer mal a mim mesmo
- Actualmente sinto que a vida não vale a pena ser vivida
  - No momento presente não me importaria de morrer
  - Tenho com muita frequência desejos de que a morte venha
  - Ultimamente tenho feito planos para pôr termo à vida.
20. - Ao executar as minhas tarefas diárias usuais não sinto maior fadiga do que o costume
- No cumprimento das minhas tarefas ando a sentir-me mais fatigado do que o habitual sem razão para isso
  - Naquilo que tenho de fazer ao longo do dia, embora sem motivo para isso, sinto-me bastante mais fatigado do que o costume
  - Sinto-me, sem motivo justificativo, muitíssimo fatigado naquilo que tenho de fazer, deixando de executar algumas das minhas tarefas usuais
  - Sinto-me exausto, ao menor esforço, deixando de cumprir a maior parte das tarefas que antigamente fazia.

---

**Inventário de Avaliação Clínica da Depressão**

---

21. - Quando me comparo com os outros sei que sou capaz de me sair tão bem como eles a fazer o que é preciso
- Actualmente, ao comparar-me com os outros, acho por vezes que não me desempenho tão bem como eles nas tarefas que precisam de ser feitas
- Presentemente considero que as outras pessoas fazem as coisas bastante melhor do que eu
- Acho que me saio muitíssimo pior do que os outros a fazer o que é necessário ser feito
- Considero que os outros são sempre capazes de fazer melhor do que eu as coisas que precisam de ser feitas
22. - Quando executo qualquer tarefa faço-a com a rapidez do costume
- No momento presente sinto-me mais lento a fazer o que tenho para fazer
- Actualmente demoro bastante mais tempo do que o habitual a fazer o que tenho para fazer
- Sinto-me muitíssimo mais lento a fazer tudo quanto tenho para fazer
- Presentemente demoro uma enormidade de tempo a fazer seja o que for.
23. - A capacidade de me manter activo é a mesma do costume
- Não me sinto capaz de me manter tão activo como o habitual
- Actualmente dá-me para passar largos momentos sem fazer absolutamente nada
- No momento actual raramente faço o que preciso de fazer
- Só me dá vontade de estar todo o tempo deitado na cama, sem fazer nada.
- 

Por favor:

↳ Verifique se respondeu a todas as questões. Não deixe nenhuma por responder!

## **ANEXO V**

Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung

---



## ESCALA DE ANSIEDADE DE AUTO-AVALIAÇÃO DE ZUNG

### INSTRUÇÕES

Leia com atenção todas as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas assinale com uma cruz (X) no quadro respectivo aquilo que constitua a descrição mais aproximada da maneira como se sente actualmente. As frases 5, 9, 13, 17 e 19 estão ordenadas num sentido inverso das restantes.

| Em que medida sofreu as seguintes queixas                                    | Nenhuma ou Raras Vezes | Algumas Vezes | Uma Boa Parte do Tempo | A Maior Parte |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------|------------------------|---------------|
| 1. Sinto-me mais nervoso e ansioso do que é costume                          |                        |               |                        |               |
| 2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso                             |                        |               |                        |               |
| 3. Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico                               |                        |               |                        |               |
| 4. Sinto-me como se estivesse para "rebentar"                                |                        |               |                        |               |
| 5. Sinto que tudo corre bem e que nada de mal acontecerá                     |                        |               |                        |               |
| 6. Sinto os braços e as pernas a tremer                                      |                        |               |                        |               |
| 7. Tenho dores de cabeça, do pescoço e de costas que me incomodam            |                        |               |                        |               |
| 8. Sinto-me fraco e fico facilmente cansado                                  |                        |               |                        |               |
| 9. Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado         |                        |               |                        |               |
| 10. Sinto o meu coração a bater depressa demais                              |                        |               |                        |               |
| 11. Tenho crises de tonturas que me incomodam                                |                        |               |                        |               |
| 12. Tenho crises de desmaio ou a sensação de que vou desmaiar                |                        |               |                        |               |
| 13. Posso inspirar e expirar com facilidade                                  |                        |               |                        |               |
| 14. Sinto os dedos das minhas mãos e dos meus pés entorpecidos e com picadas |                        |               |                        |               |
| 15. Costumo ter dores de estômago ou más digestões                           |                        |               |                        |               |
| 16. Tenho de esvaziar a bexiga com frequência                                |                        |               |                        |               |
| 17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes                       |                        |               |                        |               |
| 18. A minha face costuma ficar quente e corada                               |                        |               |                        |               |
| 19. Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite      |                        |               |                        |               |
| 20. Tenho pesadelos                                                          |                        |               |                        |               |

## **ANEXO VI**

Aprovação da Comissão de Ética - ICBAS

---

**Comissão  
de Ética**

**U. PORTO**



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

**Parecer da Comissão de Ética do ICBAS-UP**

**PROJETO Nº 070/2014**

**Título:** *Efeitos da Acupunctura Auricular em Fatores Psíquicos e Neurovegetativos em Doentes com Multi-Adicções - Estudo Experimental, Randomizado*

**Investigador Responsável:** João André Pires Falcão

**Outros Investigadores:** Sérgio Ferreira

**Orientador:** Jorge Machado

**Duração do Projeto:** até novembro de 2014

A Comissão de Ética do ICBAS-UP reuniu dia 03 de julho de 2014 no edifício do ICBAS - Sala de reuniões do Departamento de Ciências do Comportamento, na presença de Liliana de Sousa, Manuel Vilanova, Margarida Araújo, Maria Antónia Gonçalves e Paulo Maia. Decidiu emitir parecer favorável à realização do projeto supracitado, por unanimidade.

Solicitamos que envie anualmente a esta Comissão um resumo dos resultados obtidos na sequência deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Comissão de Ética do ICBAS-UP,

Prof. Doutora Liliana de Sousa (presidente)

---

*To whom it may concern,*

*The above project is in accordance with the Portuguese law and the ICBAS-UP Ethics Committee criteria.*

---



## **ANEXO VII**

Aprovação da Clínica do Outeiro para Realização do Estudo

---



Comissão de Ética  
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar  
Universidade do Porto  
Rua de Jorge Viterbo Ferreira n.º 228,  
4050-313 PORTO,

*Assunto: Estudo sobre o efeito da auricul acupunctura em pacientes com Multi-Dependências*

Eu, Dr. José Manuel Ramos, director técnico da Clínica do Outeiro, com o NIF 502 645 776 , situada na Rua do Toural 300 - Valbom. 4420-567, Gondomar e com funções de atendimento e tratamento de pacientes do foro da toxicoddependência e saúde mental, venho informar Vexas. que aceito a colaboração num estudo científico para a tese de mestrado em Medicina Tradicional Chinesa do licenciado João André Pires Falcão, com o seguinte título: Efeitos da Auriculo Acupunctura em Factores Psíquicos e Neurovegetativos em Doentes com Multi-Dependências - Estudo Comparativo. Para tal disponibilizamos o espaço e os pacientes adequados à investigação em causa, bem como a utilização e divulgação dos resultados obtidos durante o estudo para fins científicos.

Agradecemos desde já o pedido de colaboração

Com os melhores cumprimentos

O Director Técnico

  
**José Manuel Ramos**  
(Director Técnico)  
Comunidade Terapêutica  
Clínica do Outeiro, S.A  
Dr. José Manuel Ramos  
(Documento Assinado Digitalmente)

Serviços Administrativos  
Comunidades Terapêuticas

-Adolescentes  
-Adultos  
-Duplo Diagnóstico  
- Alcoólicos

Vila do Conde  
R. das Escolas 925, Lugar de Vilar – Bagunte  
4480 – 213 Vila do Conde  
Tel. 252 650 000 – 252 652 395/6  
Fax. 252 651 264 – 252 650 009  
www.clinicaouteiro.pt  
e-mail: geral@clinicaouteiro.pt

Gondomar  
R. do Toural, 200 – Valbom  
4420 – 567 Gondomar  
Tel. 22 954 49 53  
Fax. 22 954 49 54  
www.clinicaouteiro.pt  
e-mail: ct.gondomar@clinicaouteiro.pt



## **ANEXO VIII**

Autorização do Autor para Utilização do Instrumento - IACLIDE

---

[Imprimir](#)[Fechar](#)

---

## Re: Solicitação de Colaboração no Projecto Científico

---

De: **jmachado** (jmachado@icbas.up.pt)  
Enviada: quarta-feira, 16 de Julho de 2014 19:26:57  
Para: Adriano Vaz-Serra (adriano.vazserra@gmail.com)  
Cc: mrsantos@icbas.up.pt; andrefalcao@hotmail.com

Caro Prof Adriano Vaz Serra

Muito Obrigado pela sua colaboração  
O João André e a Ma João entrarão de novo em contacto consigo

M/Cumprimentos  
Jorge Machado

Em 16.07.2014 20:17, Adriano Vaz-Serra escreveu:

> Prezado Professor Jorge Machado,  
> Tenho todo o gosto em que utilizem a minha escala IACLIDE no Vosso  
> trabalho. Talvez sugerisse que utilizassem também a minha escala  
> 23QVS que mede a VULNERABILIDADE AO STRESS.  
> Amanhã vou mandar-lhe em correio verde, para a direcção do ICBAS  
> quer uma quer a outra escala, com tudo quanto é preciso para serem  
> utilizadas, INCLUINDO OS RESPECTIVOS PROGRAMAS DE COTAÇÃO, QUE  
> COSTUMO GRAVÁ-LOS NUM MINICD.  
> Desejando que tudo decorra pelo melhor, aceite os melhores  
> cumprimentos de  
> Adriano Vaz Serra  
>  
> No dia 16 de Julho de 2014 às 14:35, jmachado <jmachado@icbas.up.pt  
> [1]> escreveu:  
>  
>> Caro Prof Adriano Vaz Serra  
>>  
>> Fico desde já agradecido pelo acolhimentos dos meus colaboradores  
>> para apreciação do projecto com acupunctura e a possível  
>> realização do mesmo com a vossa parceria.  
>>  
>> Junto segue a carta oficial para agilizar todo o processo de  
>> estudo científico  
>>  
>> Agradeço toda a atenção dispensada

12/10/2014

Mensagem de Impressão do Outlook.com

>>  
>> Com os meus melhores cumprimentos  
>> Jorge Machado  
>> ICBAS-UP  
>  
>  
>  
> Links:  
> -----  
> [1] <mailto:jmachado@icbas.up.pt>

## ANEXO IX

Tabela Descritiva das Médias das Variáveis Ansiedade,  
Depressão e Frequência Cardíaca, Antes e Depois do Tratamento

|                                                   | Heidelberg (n=6) |             | NADA (n=6) |            | Controlo (n=8) |             |
|---------------------------------------------------|------------------|-------------|------------|------------|----------------|-------------|
|                                                   | Antes            | Depois      | Antes      | Depois     | Antes          | Depois      |
| <b>Ansiedade</b> (índice global)                  | 41,16 ± 7,8      | 40,83 ± 5,8 | 55 ± 10,4  | 43 ± 10,6  | 51,87 ± 8,1    | 45,62 ± 7,8 |
| <i>Dimensão Cognitiva</i>                         | 1,66 ± 0,7       | 1,66 ± 0,3  | 2,73 ± 0,7 | 1,96 ± 0,7 | 2,22 ± 0,6     | 1,72 ± 0,2  |
| <i>Dimensão Motora</i>                            | 1,66 ± 0,5       | 1,66 ± 0,3  | 2,62 ± 0,8 | 1,70 ± 0,4 | 2,53 ± 0,7     | 2,09 ± 0,6  |
| <i>Dimensão Vegetativa</i>                        | 1,62 ± 0,4       | 1,55 ± 0,3  | 1,70 ± 0,2 | 1,50 ± 0,4 | 1,75 ± 0,4     | 1,69 ± 0,4  |
| <i>Dimensão SNC</i>                               | 1,58 ± 0,6       | 1,75 ± 0,8  | 2,25 ± 0,4 | 2,08 ± 0,7 | 2,18 ± 0,7     | 2,12 ± 0,6  |
| <b>Depressão</b> (índice global)                  | 22,83 ± 9,2      | 10,83 ± 9,2 | 39 ± 15,8  | 22,66±14,1 | 26,75±10,7     | 18,87 ± 8,3 |
| <i>Sintomas Cognitivos</i>                        | 1,05 ± 0,4       | 0,43 ± 0,3  | 1,81 ± 0,7 | 1,36 ± 0,8 | 1,15 ± 0,4     | 0,82 ± 0,5  |
| <i>Sintomas Biológicos</i>                        | 1,22 ± 0,8       | 0,72 ± 0,8  | 1,47 ± 0,7 | 0,61 ± 0,5 | 1,33 ± 0,9     | 1,04 ± 0,6  |
| <i>Sintomas Interpessoais</i>                     | 0,94 ± 0,6       | 0,22 ± 0,3  | 1,72 ± 0,9 | 0,77 ± 0,8 | 1,33 ± 0,6     | 0,75 ± 0,6  |
| <i>Sintomas Desemp. Tarefa</i>                    | 0,54 ± 0,5       | 0,37 ± 0,4  | 1,70 ± 1,0 | 0,75 ± 0,7 | 0,81 ± 0,7     | 0,53 ± 0,5  |
| <i>F1 – Depressão endógena</i>                    | 0,72 ± 0,5       | 0,50 ± 0,6  | 1,75 ± 0,8 | 0,91 ± 0,7 | 1,01 ± 0,5     | 0,75 ± 0,5  |
| <i>F2 – Relação perturbada consigo próprio</i>    | 1,10 ± 0,4       | 0,54 ± 0,4  | 1,85 ± 0,4 | 1,60 ± 0,7 | 1,14 ± 0,4     | 0,85 ± 0,4  |
| <i>F3 – Constelação suicida</i>                   | 0,83 ± 0,4       | 0,25 ± 0,3  | 1,41 ± 0,4 | 0,87 ± 1,0 | 0,87 ± 0,5     | 0,56 ± 0,3  |
| <i>F4 – Instab.emocional e depend. dos outros</i> | 0,95 ± 0,4       | 0,29 ± 0,3  | 1,83 ± 0,9 | 0,66 ± 0,7 | 1,40 ± 0,7     | 0,84 ± 0,7  |
| <i>F5 – Transtornos do sono</i>                   | 1,83 ± 1,6       | 0,83 ± 0,9  | 1,25 ± 0,7 | 1,41 ± 0,4 | 1,43 ± 1,5     | 1,25 ± 0,4  |

|                               | Heidelberg (n=6) | NADA (n=6)   | Controlo (n=8) |
|-------------------------------|------------------|--------------|----------------|
| <b>Frequência Cardíaca</b>    |                  |              |                |
| T0 (Antes do Tratamento)      | 85,08 ± 15,8     | 80,65 ± 10,5 | 75,68 ± 12,5   |
| T1 (Final do tratamento)      | 74,56 ± 9,4      | 68,86 ± 10,2 | 75,13 ± 14,7   |
| T2 (1 semana após tratamento) | 79,11 ± 9,5      | 71,71 ± 11,3 | 68,17 ± 15,1   |

## **ANEXO X**

Declaração de Autorização para Submissão de Tese de Mestrado

---

**U. PORTO**



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

---

### DECLARAÇÃO

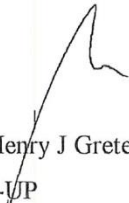
Na qualidade de orientador do Curso de Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa (MTC) no ICBAS – Universidade do Porto, venho informar Vexas. que *João André Pires Falcão* licenciado em Psicologia Clínica e mestrando do mesmo curso de MTC, se propõe concluir a tese de mestrado com o título “*Efeitos da Acupuntura Auricular na Ansiedade, Depressão e Frequência Cardíaca em doentes com multi-adicções – Estudo Exploratório*” sob a minha responsabilidade.

Após ter avaliado a proposta de trabalho científico da candidata para a elaboração da sua tese de mestrado em MTC, entendo estarem reunidas as condições para que a mesma possa ser apresentada para defesa final em data a determinar.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 13 de Outubro 2014

O Orientador

  
Prof. Dr. Henry J Greten  
ICBAS-UP