



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO
DA ESCALA DE CRENÇAS
SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE:
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

**DANIELA ALEXANDRA BENTO
COSTA**

Orientadora de dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Coordenadora do Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

2017

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Isabel Leal, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde.

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer à minha família, especialmente a minha Mãe que me atura todos dias. Obrigada por aceitar as minhas escolhas e fazer com que este sonho fosse possível.

Obrigada ao meu Pai, que infelizmente não assistiu a esta conquista, mas esteve sempre comigo e deu-me muita força para continuar.

Obrigada ao João Pedro, o meu companheiro que esteve sempre presente e me apoiou incondicionalmente no que precisei. Obrigada por todo o amor e dedicação.

Obrigada aos meus amigos pela motivação e por me fazerem sempre sorrir!

Obrigada aos colegas do ISPA que viveram comigo este percurso académico, especialmente à Rita, que me ajudou e acompanhou quando precisei, e às minhas queridas “Pipocas”.

Obrigada à professora Isabel Leal, por me ter acompanhado e auxiliado ao longo de todo este trabalho. Obrigada pelos conselhos, sugestões e partilha de saberes.

Obrigada ao ISPA, por todos estes anos, por todas as memórias, histórias e aprendizagens que levo comigo para a vida.

Obrigada por acreditarem em mim.

Obrigada por me fazerem bem, e tornarem tudo muito mais fácil.

Muita Obrigada a todos!

Resumo

Embora exista muita investigação disponível sobre as diversas Medicinas Alternativas e Complementares (MAC), bem como as mais variadas práticas médicas ditas Convencionais, as crenças envolvidas em cada uma destas práticas revela-se um assunto de interesse e ainda por investigar. O presente estudo tem como objetivo a construção e validação do questionário de Crenças sobre práticas de Saúde, que avalia se existem diferenças significativas entre as crenças de utilizadores de MAC e as crenças de utilizadores de Medicina Convencional. O estudo foi realizado com 369 participantes (f = 75,1%; m = 24,9%) com idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos. Após a análise de dados, observaram-se boas qualidades psicométricas, validade e fiabilidade ($\alpha=0,92$). Após a realização de sucessivas AFE, a escala de Crenças sobre práticas de Saúde – ECPS, apresenta-se constituída por 19 itens e duas dimensões, a dimensão Holística (16 itens) e a dimensão Alopática (3 itens).

Palavras-Chave: crenças de saúde; medicina alternativa e complementar; medicina convencional; holismo; social;

Abstract

Currently, there is much research available on the various alternative and complementary medicine (MAC), as well as the most varied medical practices known as Conventional, the beliefs involved in each of these practices is a subject of interest and still to be investigated. The present study aims to construct and validate the questionnaire of Beliefs about Health practices, which assesses whether there are significant differences between the beliefs of MAC users and the beliefs of users of conventional medicine. The study was performed with 369 participants (f = 75.1%, m = 24.9%) aged 18-82 years. After data analysis, good psychometric qualities, validity and reliability ($\alpha = 0.92$) were observed. With successive AFE, the Health Practices Beliefs scale (ECPS) consists of 19 items and two dimensions, the Holistic dimension (16 items) and the Allopathic dimension (3 items).

Keywords: health beliefs; Alternative and complementary medicine; Conventional medicine; Holism; social;

Índice

	Pág.
1.Introdução	7
2. Enquadramento Teórico	8
2.1 Crenças de Saúde.....	8
2.2 Medicina Alternativa e Complementar (MAC).....	10
2.3 Medicina Convencional.....	15
2.4 Definição da problemática e questão de investigação	16
3. Método	17
3.1 Objetivo do estudo.....	17
3.2 Participantes	17
3.3 Material.....	18
3.4 Procedimento	18
3.5 Análise de dados.....	19
3.5.1 Sensibilidade dos itens.....	20
3.5.2 Validade.....	21
3.5.3 Fiabilidade	24
3.5.4 Sensibilidade das dimensões	25
4. Discussão	26
5. Referências	31
6. Anexos.....	36
Anexo I – Consentimento Informado	37
Anexo II – Protocolo de Investigação (Questionário Sociodemográfico e Questionário de Crenças sobre Práticas de Saúde)	38
Anexo III – Output Teste de KMO e esfericidade de Bartlett.....	45
Anexo IV – Output das Comunalidades	46
Anexo V – Output da Variância Total Explicada.....	47
Anexo VI – Output gráfico de Screenplot	48

Anexo VII – Output da Matriz da Componente Rodada.....	49
Anexo VIII – Outputs de análise da Consistência Interna.....	50
Anexo IX– Output Fiabilidade item-total.....	51
Anexo X – Output Sensibilidade da dimensão Holística	52
Anexo XI – Output Sensibilidade da dimensão Alopática	53
Anexo XII- Escala de Crenças sobre Práticas de Saúde.....	54

Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Síntese das principais diferenças entre o paradigma Naturopático e a Medicina Convencional	14
Tabela 2 – Tipo de Utilizador MAC.....	17
Tabela 3 – Dimensão Holística.....	23
Tabela 4 – Dimensão Alopática	24
Tabela 5 – Análise da Fiabilidade	25

1. Introdução

Nos últimos anos tem-se assistido ao surgimento de um novo paradigma da Saúde, que procura integrar o Mecanicismo, considerado a base filosófica da Medicina Convencional, e o Vitalismo ou impulso vital, defendido pelas Medicinas Alternativas e Complementares (Maia & Maia, 2016). O aumento da aceitação e utilização das Medicinas Alternativas e Complementares, tem contribuído para a existência de uma abordagem Integrativa, combinando o modelo biomédico e as Medicinas Alternativas e Complementares (MAC), num futuro próximo.

Devido à crescente popularidade das Medicinas Alternativas e Complementares (MAC), alguns especialistas têm vindo a preocupar-se com o facto de que a sua utilização pode substituir as práticas médicas preventivas, uma vez que as pessoas podem deste modo optar por terapias que envolvem tratamentos mais "naturais" em vez dos tratamentos médicos ocidentais (Jones, Sciamanna & Lehman, 2010). No entanto, ainda se observa que as terapias Alternativas e Complementares são muitas vezes criticadas pela sua eficácia e validade, isto é, pela ausência de resultados cientificamente comprovados, e isso faz com que as pessoas tenham diversas atitudes e julgamentos relativamente às mesmas (Chang et al., 2012).

Uma recente revisão da literatura sugere que um conjunto de crenças como a visualização da saúde de forma holística e a importância da participação individual nos tratamentos parecem estar subjacentes ao uso das MAC (Grzywacz et al., 2012). Tem sido argumentado que as pessoas procuram tratamentos médicos alternativos, quando ocorrerem problemas ou tiveram uma má experiência nos serviços de saúde convencionais (Kelner & Wellman, 1997). Alguns estudos sugerem que essa insatisfação se manifesta como resultado de um tratamento impessoal e não-compasso dentro do sistema de saúde, em contrapartida às MAC que optam por abordagens mais holísticas em relação às soluções médicas (Stoneman, Sturgis & Allum, 2013).

Além disso, os fatores culturais e sociais contribuem para as razões que levam à utilização das MAC, no entanto o tipo de MAC utilizada e os motivos associados não estão extensivamente documentados (Arthur et al., 2012). Neste sentido, revela-se de maior interesse perceber quais as crenças envolvidas face a cada tipo de prática médica. O objetivo do presente estudo é a construção e validação do questionário de Crenças sobre práticas de Saúde, que avalia se existem diferenças significativas entre as crenças de Saúde dos utilizadores de MAC e dos utilizadores de medicina convencional.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Crenças de Saúde

As crenças, de um modo geral no âmbito da saúde, podem ser definidas como ideias, conceitos, convicções e atitudes adotadas pelos pacientes, que estão associadas à saúde ou à doença, e à forma como diferentes fatores influenciam a sua saúde e qualidade de vida (Badaró, et al., 2014). Neste sentido, já Ogden (2004) afirma que as crenças que as pessoas têm permitem prever os comportamentos de saúde. Especificamente, não existe nenhuma estratégia de medição acordada para avaliar as crenças de saúde. Apesar das inúmeras variáveis psicológicas apontadas como fatores importantes para a compreensão do processo saúde-doença, nomeadamente aspetos relacionados com a personalidade do indivíduo ou aspetos ao nível do suporte social, as crenças de saúde têm sido enfatizadas quanto à possibilidade de modulação do comportamento em muitos estudos (Ramos, 2003).

A origem das crenças é pouco conhecida. Não existem estudos sobre como as crenças são adquiridas e qual a relação que têm com outras crenças. Há a necessidade de mais estudos experimentais para demonstrar a relação causa-efeito entre as crenças e os comportamentos (Coleta, 2003).

Uma pesquisa realizada por Leventhal e Cols (1985, citado por Ogden, 2004) apresentou seis fatores como preditores da maior probabilidade de emissão de comportamentos de saúde por parte dos indivíduos: (a) fatores sociais, como aprendizagem, reforço, modelagem e normas sociais; (b) genética; (c) fatores emocionais como ansiedade, stresse, tensão e medo; (d) sintomas percebidos, como dor, fadiga e falta de ar; (e) crenças do doente e (f) crenças dos profissionais de saúde. Neste sentido, variáveis como autoeficácia, locus de controlo, otimismo irrealista e fases da mudança do comportamento estão diretamente relacionadas com as crenças em saúde (Barletta, 2010).

Dentro dos diversos modelos teóricos existentes, o Modelo de Crenças de Saúde ganha notório destaque devido ao seu amplo emprego em múltiplos estudos na área da saúde (Martins et al., 2015). Quando se fala em crenças de saúde é praticamente impossível não abordar este reconhecido modelo, uma vez que se trata de um modelo psicossocial composto por atitudes e crenças. O Modelo de Crenças de Saúde foi construído para explicar que crenças devem ser alvo ou destacadas nas campanhas de comunicação, de forma a originar comportamentos positivos para a saúde (Carpenter,

2010). Segundo este modelo teórico, a decisão do indivíduo em aderir a um comportamento preventivo é fundamentada por quatro variáveis psicológicas: a Percepção de Suscetibilidade que se refere à crença do indivíduo em se considerar suscetível a uma doença; a Severidade Percebida que é a percepção subjetiva da associação entre o problema de saúde e as consequências causadas pela doença (e.g. morte, dor, perturbação nas relações familiares e sociais); os Benefícios Percebidos, que dizem respeito ao indivíduo acreditar que uma ação preventiva pode evitar esse problema de saúde; e as Barreiras Percebidas, que representam o aspeto negativo da ação, avaliados através de uma análise do tipo custo-benefício, considerando possíveis barreiras como por exemplo o desconforto, custos de tempo ou dinheiro, para a tomada de ação (Martins et al., 2015).

No entanto, é criticada a falta de definições operacionais para as variáveis do modelo, sendo necessária uma nova abordagem do mesmo, não tendo somente como foco o sintoma, mas como já foi sugerido na literatura, procurar verificar a relação das crenças com os comportamentos de saúde nas situações de prevenção, de sintoma e de doença (Coleta, 2003). O Modelo de Crenças de Saúde tem sido considerado o principal modelo para explicar e prever a aceitação de recomendações sobre cuidados de saúde, sendo aplicado em estudos sobre o comportamento sexual, a prevenção e controlo de neoplasias, a adesão ao tratamento de diversas doenças, e a comportamentos de saúde relacionados por exemplo com a obesidade, sedentarismo, dieta e o tabagismo (Martins et al., 2015).

Uma meta-análise de 18 estudos (2.702 indivíduos) foi realizada para determinar se as variáveis do Modelo de Crenças de Saúde poderiam prever longitudinalmente o comportamento. Nos resultados obtidos apenas os Benefícios e as Barreiras Percebidas foram consistentemente os preditores mais fortes, como tal, com base na fraqueza dos outros dois preditores, os efeitos de um uso continuado deste Modelo não é recomendado (Carpenter, 2010). Posto isto, é possível perceber que o Modelo de Crenças de Saúde não tem aplicabilidade no presente estudo, uma vez que apresenta diversas limitações, tratando-se de um modelo estático que não integra variáveis como a intenção e a pressão social (Guimarães, 2003).

Tendo em conta que o objetivo do estudo é a construção e validação de um questionário que avalia se existem diferenças entre as crenças de saúde de utilizadores de Medicina Alternativa e Complementar e de utilizadores de Medicina Convencional, é

necessário incluir fatores socioculturais, uma vez que já é conhecida a sua relação com as crenças e os comportamentos de saúde.

Os estilos de vida podem ser determinados pelas crenças, atitudes e comportamentos relativos à saúde, que são gerados por meio de conhecimentos que podem ser produzidos através de representações sociais (Brito & Camargo, 2011). As diferentes ações de cuidado em saúde estão relacionadas com o contexto sociocultural e deste modo, com os padrões culturais de uma realidade social que devem ser entendidos como colaboradores nas concepções sociais que envolvem o processo saúde-doença (Siqueira et al., 2006).

As práticas de cuidados na área da saúde, como uma alimentação adequada ou o peso ideal em função da altura, têm sido partilhadas com a sociedade de várias formas, seja através de programas televisivos, de revistas de saúde ou de outros meios de comunicação. Apesar do conhecimento sobre quais as práticas de saúde a adotar para se ter qualidade de vida, com o adiamento de doenças crónicas e o aumento do período de vida ativo, observa-se que os estilos de vida adotados nem sempre vão ao encontro de comportamentos saudáveis (Brito & Camargo, 2011).

Quando as pessoas têm de escolher entre diferentes práticas, com base em múltiplas fontes de informação, estas têm de decidir quais as informações mais válidas e consideradas de confiança para si. A preferência por determinada informação sobre outra depende de muitos fatores, nomeadamente da fonte das informações, assim como do contexto e ambiente onde as informações foram obtidas e por último, mas não menos relevante das atitudes e crenças pré-existentes da pessoa que recebe a informação, uma vez que estas desempenham um papel crucial na tomada de decisão (Chang et al., 2012).

Embora as atitudes e as crenças sobre o tratamento possam afetar a adesão, nem todos os profissionais de saúde reconhecem a importância em discutir estes dois fatores com os doentes, e entender de que forma as suas próprias atitudes e crenças podem, também elas influenciar a adesão dos doentes ao tratamento (Cardoso, Byrne & Xavier, 2016).

2.2 Medicina Alternativa e Complementar (MAC)

A Medicina Alternativa e Complementar (MAC) tem sido definida como um grupo de disciplinas terapêuticas e diagnósticas que se encontra maioritariamente fora

das instituições onde os cuidados de saúde convencionais são oferecidos, considerando que este tipo de prática suscita muitos comentários de céticos e de defensores da Medicina (Van den Bulck & Custers, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define as MAC como "um amplo conjunto de práticas de cuidados de saúde que não fazem parte da própria tradição do país e não estão integrados no sistema de saúde dominante" (OMS, 2000). As MAC são consideradas a soma dos conhecimentos, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças, e experiências indígenas de diferentes culturas, usadas na manutenção da saúde, mas também na prevenção, diagnóstico, e tratamento físico e mental (Jamshed et al., 2016).

Para a OMS, as práticas de Medicina Alternativa e Complementar podem classificar-se como terapias de medicação, quando são utilizados medicamentos baseados em ervas, partes de animais e/ou minerais, ou terapias sem medicação, quando são realizados tratamentos como por exemplo termais, espirituais ou manuais (Moreira & Gonçalves, 2008). Não existe uma definição consensual do que se constitui uma prática de MAC, tendo em conta que estas abrangem uma ampla variedade de abordagens filosóficas relacionadas com a saúde e doença. Algumas modalidades de MAC são práticas como por exemplo, acupuntura, homeopatia, reflexologia, massagens e, outras, envolvem práticas mais direcionadas para o autocuidado como é o caso dos remédios homeopáticos, ervas medicinais e vitaminas ou suplementos (Thomson, Jones, Browne & Leslei, 2014). Um elemento partilhado por muitas das diversas práticas de MAC é a ênfase que é dada nos tratamentos à pessoa, isto é, consideram a pessoa por inteiro e não somente o problema de saúde específico, procurando assim promover a autonomia pessoal na área da saúde (Sirois & Gick, 2002).

Quando as abordagens biomédicas são utilizadas paralelamente com as MAC, utiliza-se o termo Complementar. O cuidado médico usado como substituto da medicina Convencional é chamado de Alternativo. A prática que combina tanto a medicina biomédica e os tratamentos MAC é referida como Integrativa. As MAC abrangem alternativas a sistemas médicos (e.g. medicina tradicional chinesa), abordagens mente-corpo (e.g. ioga), terapias energéticas (e.g. ímãs), tratamentos (e.g. massagem) e terapias com bases biológicas como ervas e plantas (George, 2012).

O uso de adjetivos como "complementar" e "alternativa" pode sugerir que estas práticas existem como uma simples escolha adicional. No entanto, é importante notar que as MAC refletem uma compreensão muito diferente dos processos biológicos (Van

den Bulck & Custers, 2010). Investigadores têm argumentado que as MAC podem ser utilizadas com grande efeito juntamente com a medicina Convencional e que os doentes e/ou profissionais de saúde que se opõem a certas abordagens complementares estão associados a uma visão estreita e restritiva da prática médica e da avaliação dos tratamentos (Stoneman, Sturgis & Allum, 2013).

A ideia mais frequente que se tem é de que quando alguém tem necessidade de auxílio médico, normalmente recorre aos ditos médicos convencionais, uma vez que estes apresentam um maior domínio científico. No entanto, o crescente interesse e aceitação pelas medicinas alternativas, significa que muitas pessoas já optam por estas práticas (Sirois & Gick, 2002). Segundo Astin e seus colegas (1998) entre 30% e 50% da população adulta de países industrializados utilizam alguma forma de Medicina Alternativa e Complementar para prevenir ou tratar algum problema relacionado com a sua saúde (Manzini, Martinez & Carvalho, 2008). Contudo, as estimativas existentes relativamente ao uso de MAC por parte da população geral diferem substancialmente, devido às dificuldades em definir o que constitui estas práticas. Existem inconsistências nas abordagens metodológicas adotadas e a especificidade cultural de muitos tratamentos MAC (Stoneman, Sturgis & Allum, 2013).

Até à data existem variados estudos que investigam o uso de MAC em adultos, crianças e adolescentes. Esses estudos permitiram identificar uma série de variáveis associadas à prevalência do uso de MAC, nomeadamente ser do sexo feminino, ter níveis mais elevados de formação e educação, apresentar um quadro de queixas de saúde, e crenças relacionadas com a participação e controlo, isto é, a importância em desempenhar um papel ativo; as perceções de doença, a perspetiva holista e apologista de tratamentos naturais, bem como filosofias de vida gerais (Steinsbekk, 2010).

Recentemente, reconhece-se cada vez mais a necessidade em compreender mais detalhadamente a diversidade de motivações e razões para o uso de MAC, procurando o enquadramento desta prática como cuidado de saúde e como parte de um estilo de vida saudável (Upchurch & Rainisch, 2015)

As razões e motivações que levam as pessoas a procurar este tipo de assistência são variadas e muitas vezes relacionam-se com as crenças e conceções baseadas nas vivências culturais (Barbosa, Siqueira, Brasil & Bezerra, 2004). Segundo Thomson e seus colegas (2014), a literatura demonstra que existem determinados fatores que são influentes na utilização continua das MAC, nomeadamente fatores Interpessoais (interações com os praticantes); Físicos (sensações como toque ou dor durante o

tratamento); Afetivo (*empowerment*); e Cognitivos (crenças sobre o tratamento). Outros investigadores sugerem que a insatisfação surge quando os indivíduos têm uma doença para a qual os medicamentos convencionais se mostraram ineficazes e / ou causaram efeitos colaterais significativos, levando à crença de que os tratamentos "naturais" são mais seguros e potencialmente mais eficazes do que os produtos farmacêuticos (Stoneman, Sturgis & Allum, 2013).

A melhoria nos resultados de saúde devido aos avanços da investigação e tecnologia não foram vivenciados igualmente por todos povos. Existe um número desproporcional de minorias raciais e étnicas que vivem na pobreza e com acesso limitado aos cuidados de saúde de qualidade, em vários países do mundo (George, 2012). Devido ao baixo nível socioeconómico e a outras barreiras no acesso a serviços médicos, muitos imigrantes recorrem às MAC para cuidados de saúde em países como os Estados Unidos onde não existe um serviço de saúde público (Su, Li & Pagán, 2008). Em Portugal, segundo o estudo de Carvalho, Lopes & Gouveia (2012) estima-se que a utilização de MAC seja acima dos 20% na população geral. Embora estudos anteriores tenham revelado padrões diferenciais no que diz respeito ao uso de MAC relativamente a grupos demográficos e socioeconómicos, pouco se sabe sobre o papel da aculturação no uso desta prática (Su, Li & Pagán, 2008).

Atualmente, considera-se que os estilos de vida e os valores pós-modernos, como o feminismo e o vegetarianismo, bem como a espiritualidade também preveem positivamente o uso de MAC. Isto sugere que de uma perspetiva filosófica a valorização do equilíbrio holístico e do crescimento pessoal é congruente com o uso das MAC (Thomson et al., 2014).

Segundo Astin (1998) existem três fatores que estão hipoteticamente relacionados com a procura das MAC por parte do paciente. O primeiro fator está associado à insatisfação com os tratamentos convencionais, motivada pela descrença na sua efetividade, pelos efeitos adversos produzidos, por julgá-los impessoais, ou pelo seu relativo alto custo. O segundo fator está associado à crença de que as medicinas alternativas trazem maior poder de escolha sobre as decisões a serem tomadas no decorrer do tratamento. E o terceiro fator diz respeito à suposta compatibilidade com as crenças religiosas e espirituais do paciente, com os seus valores, o seu modo de ver o mundo, e o seu próprio conceito de saúde e de doença (Manzini, Martinez & Carvalho, 2008).

Outros fatores que potenciam o uso destas práticas incluem comportamentos positivos para com a saúde, tais como não fumar, manter uma alimentação saudável, estar ativo fisicamente; estratégias preventivas como a gestão do stress e evitar beber em excesso. Também associado ao aumento do uso das MAC está o estado de saúde, os problemas crónicos e o maior controle percebido sobre a sua saúde (Thomson et al., 2014).

Com base na literatura existente é possível identificar quatro dimensões distintas de crenças associadas ao uso de MAC: 1) crenças na saúde holística, que envolve acreditar que a saúde e a doença envolvem toda a pessoa; 2) os tratamentos holísticos, que remetem para a crença na capacidade de que o corpo possui mecanismos de cura próprios; 3) os tratamentos naturais, considerados mais seguros e mais eficazes do que os medicamentos, valorizando os tratamentos sem efeitos colaterais; 4) e a participação ativa no tratamento, que implica ser envolvido na tomada de decisão e exercer algum controlo sobre a sua saúde (Bishop, Yardley & Lewith, 2005).

O modelo Socio-Comportamental também permite fornecer uma imagem abrangente dos utilizadores de MAC. Segundo este modelo o uso de MAC é influenciado por quatro domínios distintos, nomeadamente: 1) os fatores predisponentes, que incluem características demográficas, bem como conhecimentos, atitudes, e crenças sobre a saúde, a doença e as práticas; 2) a habilitação de recursos, que reflete a capacidade em aceder e usar os serviços de saúde, o que envolve questões financeiras, seguros de saúde e acessibilidade aos serviços convencionais e/ou alternativos; 3) a necessidade médica, seja esta subjetiva ou objetiva; e por fim 4) as práticas de saúde individuais, que remetem para as práticas globais de estilo de vida, de saúde e comportamentais associadas às crenças (Upchurch & Rainisch, 2015).

Tabela 1) Síntese das principais diferenças entre o paradigma naturopático e a medicina convencional (Maia & Maia, 2016).

	MAC	Medicina Convencional
Modelo	Contínuo	Passo a passo
Ênfase	Saúde	Doença
Prioridade	Prevenção	Cura
Orientação diagnóstica	Ser global	Órgãos parciais

Orientação terapêutica	De suporte	Intervencionista
Terapias	Estimulantes dos mecanismos de cura do organismo	De substituição aos mecanismos de cura do organismo

A singularidade da naturopatia, que serve de base à grande maioria das práticas MAC, não está nas suas modalidades terapêuticas, ou seja, nas alternativas naturais às medicações alopáticas, mas sim na teoria subjacente à prática clínica (Maia & Maia, 2016).

2.3 Medicina Convencional

A história da medicina mostra que os cuidados de saúde foram influenciados ao longo dos tempos por diferentes modelos, que se desenvolveram com base em diversos contextos filosóficos, culturais, e por correntes de pensamento (Maia & Maia, 2016).

Por Medicina Convencional entende-se a que é praticada por uma pessoa com formação em Medicina, mas também com formação em disciplinas afins, como a Osteopatia, Fisioterapia, Enfermagem e Psicologia (NCCIH, 2016). A conquista por parte da Medicina Convencional foi longa e muito difícil, e o mérito que tem hoje foi conquistado ao longo de anos, apresentando sempre resultados aliados à ciência (Ribeiro, 2010). O sistema de saúde atual tem as suas raízes na filosofia mecanicista, e como tal a doença e os seus respetivos sintomas e sinais são vistos de uma forma geral, como o resultado de uma perturbação no normal funcionamento do organismo e atividade das reações físicas e químicas (Maia & Maia, 2016).

A Medicina Convencional tem sido muito associada a esta imagem mecanicista e pouco humanizada, o que pode levar as pessoas a procurar práticas de saúde alternativas, que neste aspeto são mais satisfatórias, dando uma resposta mais consonante com os valores e crenças individuais de cada um (Barbosa, Siqueira, Brasil & Bezerra, 2004).

Existe a necessidade de que os médicos convencionais estejam atentos às características individuais do paciente e aos fatores psicossociais, uma vez que estes têm um peso considerável sobre o tipo de prática médica que as pessoas vão procurar (Thomson, Jones, Browne & Leslei, 2014). Atualmente, são conhecidos os limites da

Medicina Convencional e muitos doentes foram confrontados com os mesmos, mas o importante é haver uma consciencialização de que as terapias naturais também são limitadas e que estas também apresentam riscos e efeitos secundários (Ribeiro, 2010).

A abordagem alopática de saúde tem capacidade de ser bastante eficaz no alcance dos seus objetivos e na rapidez de resultados, sobretudo nos casos agudos, no entanto também permite que cresça a tendência da desresponsabilização do doente pela sua saúde (Maia & Maia, 2016).

Existem inúmeros fatores que influenciam a escolha das pessoas face às diferentes práticas médicas, para além da natureza e duração da doença ou sintoma, existem fatores como a idade, o género, o nível de escolaridade e as crenças de saúde que cada um tem para si (Kelner & Wellman, 1997).

Estudos anteriores demonstram que muitas das características associadas ao uso de cuidados de saúde Convencionais são também associadas ao uso de MAC, o que realça a utilidade de uma abordagem conceitual unificada e integrativa, ou seja, uma abordagem que procura compreender uma multiplicidade de comportamentos (Upchurch & Rainisch, 2015).

No século XXI, a medicina está mais envolvida em abraçar uma maior diversidade de opções nos cuidados de saúde, preocupando-se mais com integração de vários paradigmas, aumentando as suas ideias acerca da doença e da saúde, numa perspetiva mais abrangente e profunda (Maia & Maia, 2016).

2.4 Definição da problemática e questão de investigação

Observa-se um crescimento acentuado do uso de práticas MAC, e ao surgimento de um novo paradigma na história da saúde que procura alcançar uma abordagem Integrativa, como tal revelou-se de maior interesse construir e validar o questionário de Crenças sobre práticas de Saúde, que tem como objetivo perceber se existem diferenças significativas entre as crenças de saúde de utilizadores de MAC e as crenças de saúde de utilizadores de Medicina Convencional.

3. Método

3.1 Desenho de Investigação

O presente trabalho consiste num estudo exploratório, tratando-se de um estudo pioneiro em Portugal que tem como objetivo a construção e validação do questionário de Crenças sobre práticas de Saúde. O estudo exploratório desenvolvido é de carácter transversal, uma vez que os participantes respondem ao questionário somente num único momento de avaliação.

3.2 Participantes

O presente estudo contou com a participação de 369 indivíduos da população geral, homens e mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos. Relativamente à análise descritiva da amostra, 75.1% dos participantes são do sexo feminino e 24.9% do sexo masculino. O nível de escolaridade mais prevalente é a Licenciatura (50.8%); 58.8% dos participantes são solteiros; 60.7 % dos inquiridos encontra-se a trabalhar; e maioritariamente apresentam um regime alimentar omnívoro (85.6%). No que diz respeito às práticas médicas utilizadas, 35.8 % dos participantes nunca recorreu a uma prática MAC e 64.2% já experimentou esta prática. Dentro das práticas MAC a mais prevalente é a acupunctura com 57.7 % e a principal razão dos utilizadores para a escolha das MAC é o evitamento dos fármacos e dos efeitos secundários dos mesmos (62.7%).

Tabela 2) Tipo de utilizador MAC

Utilizador	Frequência	Percentagem
Regular	81	22
Ocasional	122	33,1
Antigo	11	3
Uma vez	37	10
Não utilizador	118	32
Total	369	100

3.3 Material

Numa primeira fase, é apresentado o consentimento informado sobre a participação no estudo (anexo I).

De seguida, é solicitado o preenchimento do protocolo de investigação (anexo II), constituído pelo questionário de Crenças sobre práticas de Saúde e o questionário sociodemográfico. O questionário de Crenças sobre práticas de Saúde foi construído especificamente para esta investigação com o objetivo de avaliar as diferentes crenças face às diferentes práticas médicas. Trata-se de um questionário de autopreenchimento com 68 itens, cuja opção de resposta varia entre 1= discordo totalmente e 5= concordo totalmente, do tipo Likert. O instrumento tem como base entrevistas realizadas com profissionais na área e instrumentos encontrados na literatura que vão de encontro ao objeto de estudo da investigação, tais como: CACMAS - Complementary, Alternative, and Conventional Medicine Attitudes Scale (McFadden et al., 2010); QACAM – Questionnaire on Attitudes towards complementary medical treatment (Ditte, 2011); e CHBQ - CAM health belief questionnaire (Lie & Boker, 2004).

O Questionário Sociodemográfico, essencial à caracterização da amostra, é constituído por 7 questões globais e 4 questões específicas para utilizadores de MAC. As questões base pretendem caracterizar variáveis como a idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, situação profissional atual, tipo de regime alimentar, e se recorre ou já recorreu a alguma MAC. As questões específicas para utilizadores de MAC avaliam como o participante se descreve enquanto utilizador, qual o tipo de MAC utilizada, se utiliza como complemento ou alternativa à medicina convencional, e a razão pela escolha das práticas de MAC .

3.4 Procedimento

Foram contactados vários profissionais dentro da área da Medicina Alternativa e Complementar (MAC), mais especificamente naturopatas uma vez que é uma das práticas mais utilizadas pelos portugueses (Carvalho, Lopes & Gouveia, 2012). Primeiramente, foram realizadas cinco entrevistas semi-estruturadas a profissionais naturopatas, com uma duração de aproximadamente 60 minutos, de forma a recolher informação adicional sobre as MAC, e iniciar a construção do questionário. Após as

instituições envolvidas contactadas, o Instituto de Medicina Tradicional (IMT) e o Instituto Português de Naturologia (IPN), e tendo as respetivas autorizações para realizar a investigação, foi disponibilizado via on-line a todos os participantes o protocolo de investigação. A recolha de dados foi feita via online, através da plataforma social - Facebook, e com a colaboração do IPN e do IMT, via e-mail. Durante o processo de recolha de dados foi sempre garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes e todas as dúvidas esclarecidas, através dos contactos disponibilizados, e-mail e telefone.

3.5 Análise de Dados

O processo de análise de dados, tem início com avaliação da sensibilidade dos itens, que é feita através da observação dos valores de Assimetria e Curtose, estes devem ser inferiores a 3 e 7, respetivamente (Kline, 2005). Observa-se também os valores dos Mínimos e Máximos, que demonstram a amplitude de resposta e por fim, identifica-se se existem valores de Mediana nos extremos, o que revela que mais de 50% das respostas são 1 ou 5, numa escala do tipo Likert.

Seguidamente, são avaliados os critérios necessários à realização de uma análise fatorial exploratória (AFE), observando o Kaiser Meyer- Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Barlett. O índice de KMO, também conhecido como índice de adequação da amostra, é um teste estatístico que sugere a proporção de variância dos itens (Damásio, 2012). Como regra para interpretação dos índices de KMO, valores menores que 0,5 são considerados inaceitáveis, valores entre 0,5 e 0,7 são considerados medíocres; valores entre 0,7 e 0,8 são considerados bons; valores maiores que 0,8 e 0,9 são considerados ótimos e excelentes, respetivamente. Relativamente ao teste de esfericidade de Barlett, este avalia a significância geral de todas as correlações numa matriz de dados, onde os valores do teste de esfericidade de Bartlett com níveis de significância $p < 0,05$ indicam que a matriz é fatorável, rejeitando a hipótese nula (Damásio, 2012).

Durante a análise fatorial exploratória, de forma a reter fatores de forma adequada, são observados os valores das Comunalidades, que devem ser maiores que 0,5; da variância total explicada, seguindo o critério de Kaiser-Guttman que fornece uma avaliação rápida e objetiva do número de fatores a serem retidos, através da

observação do valor de eigenvalues de cada fator, sendo extraídos apenas os fatores com eigenvalues maiores que 1; é possível observar-se também o gráfico de screenplot, de forma a clarificar ou confirmar o número de fatores a reter; e por fim observa-se a matriz da componente rodada, onde é possível identificar em que fator está a saturar cada item, e se apresentam um peso fatorial satisfatório ($> 0,5$).

Posteriormente, é avaliada a consistência interna ou fiabilidade da escala. A fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente. Se um instrumento de medida dá sempre os mesmos resultados quando aplicado a alvos estruturalmente iguais, podemos confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável (Maroco & Garcia-Marques, 2006). A fiabilidade da escala foi avaliada através da observação do coeficiente de Alpha de Cronbach, segundo Maroco e Garcia-Marques (2006) são considerados bons valores de consistência interna alfas superiores a 0,7.

Finalmente, depois de obtidos os fatores ou dimensões constituintes da escala, e os respetivos itens pertencentes a cada fator é avaliada a sensibilidade das dimensões, seguindo os mesmos procedimentos que na avaliação da sensibilidade dos itens, isto é, a observação dos valores de Assimetria, Curtose, Mínimos, Máximos e Medianas.

3.5.1 Sensibilidade dos Itens

Primeiramente foi avaliada a sensibilidade dos itens, de forma a verificar se estes seguem uma distribuição normal, através da observação dos valores de Assimetria e Curtose. Na análise do output obtido, segundo o critério de Kline (2005), observa-se que os itens 4 e 35 não se encontram dentro dos parâmetros exigidos (Assimetria $< |3|$ e Curtose $< |7|$), sendo automaticamente excluídos.

É também necessário verificar se existem respostas em todas as categorias, e averiguar se a mediana de algum item está localizada nos extremos. Segundo a observação dos valores Mínimos e Máximos, sete itens (item 3, 10, 17, 30, 39, 50, 51) não apresentam uma amplitude de resposta entre 1 e 5, e seguindo um critério rigoroso de análise são excluídos uma vez que estes podem tratar-se de itens com pouca sensibilidade para discriminar os participantes. Relativamente à mediana, 13 dos itens (item 3, 4, 10, 17, 30, 35, 39, 40, 47, 50, 51, 53, 68) apresentam valores nos extremos, 1 ou 5, o que quer dizer que 50% das respostas se localizam nesse valor, podendo este

comprometer a sensibilidade do item para discriminar os participantes, e por este motivo são retirados.

3.5.2 Validade

A validade de fatorial foi avaliada através de uma análise fatorial exploratória (AFE) . O primeiro passo para a realização da análise fatorial exploratória foi verificar se era oportuno os dados serem submetidos a essa mesma análise, utilizando dois métodos: o critério de Kaiser Meyer- Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Barlett. Os dados demonstraram ser possível realizar uma análise fatorial, observando os valores do KMO (0,95) e do teste de esfericidade de Barlett, ($p < 0,001$; $\alpha=0,05$). Como regra de interpretação do KMO considera-se como inaceitáveis apenas valores inferiores a 0,5 (Maroco, 2010).

Na primeira análise fatorial exploratória, segundo a observação das Comunalidades, os itens 57 e 29 são excluídos por apresentarem valores inferiores a 0,5. Segundo o critério de Kaiser-Guttman, referente à extração de fatores com eigenvalues > 1 , a observação do output sugere que sejam retidos 12 fatores (64%). A observação do screenplot, sugere reter 5 fatores. Posteriormente, foi analisado através do método da rotação varimax, a matriz da componente rodada, e eliminados os itens 2, 5, 23, 25, 34, 55, 58, por saturarem em mais que um fator e apresentarem um peso fatorial fraco $< 0,5$.

Foi realizada uma segunda análise fatorial exploratória, confirmando-se os critérios necessários (KMO=0,96; $p < 0,001$; $\alpha= 0,05$). Através da observação das Comunalidades os itens 1, 29 e 57 foram excluídos. Segundo o output da a variância total explicada, este sugere reter 10 fatores (62%). Na observação da matriz da componente rodada, os itens 9, 15, 18, 21, 29, 36, 43, 54, 56 foram excluídos.

Na nova análise fatorial exploratória são assegurados os pressupostos (KMO= 0,96 e $p=0,001$; $\alpha= 0,05$), e verificou-se que todos itens apresentavam uma correlação superior a 0,5. A observação dos valores de variância total explicada, sugere a retenção de 8 fatores (65%). A análise da matriz da componente rodada, demonstra que os itens 7, 11, 37, 52 e 66 saturam em mais que um fator e como tal, são eliminados.

Foi realizada uma quarta análise fatorial exploratória, apresentando os pressupostos válidos à sua realização ($KMO= 0,95$; $p=0,001$; $\alpha= 0,05$). Segundo a observação dos valores do output das Comunalidades, os itens 13, 22 e 27 são excluídos. A variância total explicada sugere reter 6 fatores (62%). Na observação da matriz da componente rodada, o item 44 é eliminado por ser pouco significativo.

Após uma nova análise fatorial exploratória, verificou-se novamente os pressupostos ($KMO=0,96$; $p=0,001$; $\alpha= 0,05$). Todos os itens apresentaram uma correlação superior a 0,5. O output da variância total explicada, sugere reter 6 fatores (67%). Segundo a observação da matriz da componente rodada os itens 12 e 33 foram excluídos.

Foi realizada uma sexta análise fatorial exploratória, onde se mantiveram as condições necessárias ($KMO=0,96$); $p=0,001$; $\alpha= 0,05$). Relativamente à observação das Comunalidades, os itens 32 e 64 apresentam valores inferiores a 0,5 e como tal foram eliminados. A variância total explicada sugere reter 4 fatores (61%). Segundo a análise da Matriz da componente rodada os itens 12 e 33 são eliminados.

No resultado da nova análise fatorial exploratória, verificou-se novamente os pressupostos esperados ($KMO=0,96$; $p=0,001$; $\alpha= 0,05$). Todos os itens apresentam uma correlação favorável. A variância total explicada sugere reter 4 fatores (67%). Na matriz da componente rodada observa-se nos 4 fatores pesos fatoriais superiores a 0,5, no entanto, identifica-se uma grande discrepância na sua distribuição, um fator é constituído por 17 itens, o outro tem 3 itens e os últimos dois fatores cada um apresenta um item. Como não é considerado aceitável fatores somente com um item foi realizada uma nova análise fatorial.

A oitava análise fatorial exploratória foi forçada a dois fatores, verificando-se novamente os critérios necessários ($KMO=0,96$; $p=0,001$; $\alpha= 0,05$). Segunda à análise das Comunalidades, os itens 6,14 e 16 são excluídos, por valores inferiores a 0,5. A observação da variância total explicada sugere 2 fatores (58%). A matriz da componente rodada apresenta o fator 1 constituído por 17 itens e o fator 2 constituído por 3 itens.

Por fim, foi realizada a nona e última análise fatorial exploratória, verificando-se todos os pressupostos para a sua realização ($KMO=0,96$; $p=0,001$; $\alpha= 0,05$) (anexo III). Todos os itens apresentam uma correlação superior a 0,5 (anexo IV), forçada a dois fatores com 64% de variância total explicada (anexo V). A observação do gráfico de

screenplot (anexo VI) e da matriz da componente rodada (anexo VII), sugerem a retenção de 2 fatores: um fator com 16 itens (item 8, 24, 31, 38, 41, 42, 45, 46, 48, 49, 60, 61, 62, 63, 65, 67) e um fator com 3 itens (item 26, 28 e 59).

Seguidamente foi feita a análise semântica dos itens, verificando que estes podem ser agrupados segundo os resultados obtidos na análise fatorial exploratória final.

Após a análise de dados concluída, a Escala de Crenças sobre Práticas de Saúde ficou constituída por 19 itens e duas dimensões: uma Dimensão Holística com 16 itens (tabela 3) e uma Dimensão Alopática com 3 itens (tabela 4).

Tabela 3) Dimensão Holística

Item	Conteúdo
8	Considero as MAC uma prática segura.
24	Penso que as MAC fornecem um atendimento ao doente mais personalizado do que a medicina convencional.
31	Acredito que as MAC funcionem.
38	Os métodos naturais fornecem o que o meu corpo precisa para estar equilibrado.
41	Acredito que através das MAC a minha saúde pode melhorar.
42	Penso que posso encontrar soluções nas MAC que não encontro na medicina convencional.
45	As MAC ajudam a prevenir doenças de saúde mais graves.
46	Penso que as MAC têm recursos suficientes para me ajudar em caso de doença.
48	Considero as MAC uma boa prática.

49	Penso que as MAC preservam o bom funcionamento do meu organismo.
60	Penso que as MAC melhoram a qualidade de vida.
61	Considero que as MAC evitam a dependência aos medicamentos.
62	Penso que as MAC podem substituir a tomas de certos medicamentos.
63	Através das MAC o meu corpo funciona de forma mais natural.
65	Penso que as MAC preocupam-se com a causa da doença e não apenas com os sintomas.
67	As MAC podem beneficiar a minha saúde a longo prazo.

Tabela 4) Dimensão Alopática

Item	Conteúdo
26	Penso que os produtos naturais podem fazer mal.
28	Penso que as MAC podem ser perigosas caso a pessoa não receba o tratamento adequado.
59	Tenho receio que os tratamentos das MAC possam interferir com algum medicamento.

3.5.3 Fiabilidade

O método utilizado para testar a fiabilidade do instrumento foi a consistência interna ou homogeneidade avaliada pelo coeficiente do alfa de Cronbach (anexo VIII).

Destaca-se que o alfa de Cronbach não aumenta significativamente mesmo que seja retirado algum item das dimensões (anexo IX), e observou-se desde de uma fase inicial do processo de análise de dados, bons valores globais de fiabilidade (> 0.7). A Dimensão Alopática apresenta um valor de consistência interna pobre mas, no entanto, segundo Tavakol & Dennick (2011) é considerada no limiar do aceitável ($> 0,5$).

Tabela 5) Análise de Fiabilidade

	Alfa de Cronbach
Dimensão Holística	0,96
Dimensão Alopática	0,59
Global	0,92

3.5.4 Sensibilidade das Dimensões

Para avaliar a sensibilidade das dimensões foram utilizados os mesmos critérios que na avaliação da sensibilidade dos itens. Concluiu-se que tanto no fator 1 (anexo X) como no fator 2 (anexo XI), observam-se valores favoráveis no que diz respeito à Assimetria e Curtose ($< |3|$ e $< |7|$); à amplitude dos Mínimos e Máximos, e ao valor das Medianas, que não se encontram em nenhum extremo (1 ou 5).

4. Discussão

A análise fatorial exploratória (AFE) tem sido um dos procedimentos estatísticos mais comumente utilizados no desenvolvimento, avaliação e refinamento de instrumentos psicológicos (Damásio, 2012). Face ao objetivo do estudo, as análises realizadas visaram a validação da Escala de Crenças sobre Práticas de Saúde – ECPS (anexo XII).

Durante o processo de análise de dados foram realizadas nove análises fatoriais exploratórias, de forma encontrar as dimensões finais constituintes da escala. Destaca-se a importância da escolha do número de fatores a reter, dado que uma extração inadequada inviabiliza a interpretação dos resultados de forma adequada. Os resultados apontam para valores satisfatórios, que garantem ao instrumento boas qualidades psicométricas, designadamente de validade e de fidelidade. As propriedades psicométricas deste instrumento levam-nos a considerar a sua utilidade em estudos clínicos. Além disso, constata-se a dificuldade em avaliar constructos como as crenças de saúde, uma vez que estas não são facilmente mensuráveis, não existindo medidas de avaliação globais estabelecidas.

No decorrer das várias análises fatoriais exploratórias observou-se sempre uma forte tendência para que os itens saturassem com um maior peso fatorial somente num fator, apresentando uma distribuição pelos restantes fatores bastante pobre. Devido a esta questão, e à análise dos critérios essenciais à realização de uma análise fatorial exploratória (AFE) para a retenção de fatores, isto é, a observação das Comunalidades, da Variância Total Explicada e da Matriz da Componente Rodada foram realizadas sucessivas AFE. Numa fase final foi possível afirmar que ocorreu uma subestimação de fatores, ou seja, reteve-se um número de fatores menor que o adequado, o que se traduz numa perda significativa de informação (Franklin, Gibson, Robertson, Pohlmann & Fralish, 1995).

A análise fatorial exploratória final, foi forçada a dois fatores de forma a garantir que a escala não avaliaria somente uma Dimensão Holística, e incluiria também uma Dimensão Alopática.

Relativamente à aplicação da escala, os resultados foram maioritariamente concordantes com a literatura já existente. No que diz respeito à caracterização da amostra, segundo Carvalho, Lopes & Gouveia (2011), as mulheres, os indivíduos entre

os 30 e os 69 anos e as pessoas com nível educacional superior, são os maiores utilizadores de MAC. No presente estudo, a maioria dos participantes foram mulheres (75.1%), com um nível de educação superior (75,8%) e com uma média de idades de 33.3 anos, sendo a generalidade dos dados encontrados consistentes com os habitualmente reportados na literatura.

A escolha das MAC, por parte dos participantes no presente estudo, prendeu-se sobretudo à opção “Evitamento dos fármacos e dos seus efeitos secundários” (62,7%), mas também à opção “Ser congruente com os seus valores pessoais e aquilo que defende” (36,9%). Vários estudos da literatura atual são consonantes com os resultados encontrados, segundo Upchurch & Rainisch (2015), 86% dos utilizadores de MAC descrevem que seguem esta prática médica devido à sensação de bem-estar, ter uma melhor saúde e estar envolvido em múltiplos comportamentos saudáveis, destacando o papel central das MAC na autogestão da saúde, no bem-estar e estilo de vida. A maioria dos utilizadores de MAC acreditam na eficácia e segurança desta prática devido à sua origem natural, desprovidos de qualquer toxicidade (Syed, Sulaiman, Hassali, Thiruchelvam, Syed & Lee, 2016). No estudo de Thomson, Jones, Browne e Leslie (2014), os resultados demonstram que os fatores sociodemográficos, comportamentos de saúde, espiritualidade, e uma mente aberta foram os maiores preditores do uso de MAC, o que é compatível com os resultados obtidos.

Um forte indicador encontrado na literatura, nomeadamente defendido por Astin (1998), sugere a descrença na efetividade, a insatisfação com os serviços médicos convencionais, e os efeitos adversos associados à medicina convencional como grandes impulsionadores do uso de MAC. No entanto, no presente estudo somente os efeitos adversos associados ao uso de medicamentos surge como motivo significativo para a escolha das MAC. A opção de escolha a favor das práticas alternativas e complementares como “Último recurso/ Falha na medicina convencional” e “Não tive boas experiências ao recorrer aos serviços de saúde convencionais”, apresentaram uma percentagem de resposta relativamente baixa, 20,5% e 23,4% respetivamente, não estando de acordo com os valores reportados na literatura.

No estudo de Carvalho, Lopes & Gouveia (2011), a prática MAC mais prevalente em Portugal é a Naturopatia, no entanto os dados obtidos no presente estudo indicam a Acupunctura como a prática mais utilizada. Esta conclusão não é totalmente díspar, tendo em conta que a naturopatia é a modalidade de intervenção clínica mais

abrangente que envolve diversas práticas MAC, nomeadamente a Acupunctura (Maia & Maia, 2016).

Após a obtenção dos itens de cada dimensão, foi possível observar que a média de respostas na Dimensão Holística foi de 4,4 numa amplitude de resposta entre 1 e 5, o que indica uma tendência positiva para com os valores pessoais e crenças holísticas. A Dimensão Alopática apresenta uma média de respostas de 2,6 tratando-se de um valor baixo, concordante com os valores holísticos. No entanto é importante frisar que a existência de menos itens nesta dimensão pode afetar a manifestação do constructo ou seja a sua consistência interna.

Para além das variáveis sociodemográficas identificadas, de acordo com as apresentadas na literatura, foram identificados fatores psicológicos como as crenças na participação e controlo ativo no processo saúde-doença, o que se enquadra na Dimensão Holística do estudo. Esta dimensão reflete uma intervenção médica apologista de tratamentos naturais, focada na totalidade da pessoa e não somente nos sintomas, envolve um atendimento personalizado, ser parte integrante no processo de intervenção, promoção de autonomia na área da saúde, e adaptação de comportamentos de saúde como parte de um estilo de vida saudável.

A Dimensão Alopática reflete um maior pragmatismo, defensor das intervenções médicas convencionais e de uma perspetiva mais mecanicista. As práticas médicas alternativas são vistas com algum ceticismo e considera-se que não têm capacidade de resposta para todo o tipo de doenças, sobretudo em casos agudos.

Não existem estudos suficientes sobre como as crenças de saúde predizem comportamentos, no entanto a sua relação é conhecida. O desenvolvimento do presente estudo, apesar de preliminar, contribuiu para o conhecimento teórico do tema. Foi possível confirmar que a amostra e respetivas características individuais enquanto utilizadores de MAC, são similares a outros estudos realizados no estrangeiro; observou-se que 64.2% dos participantes já recorreu a uma prática MAC, revelando-se claramente uma prática em emergência em Portugal. Os participantes da presente investigação consideram-se maioritariamente (48,6%) utilizadores ocasionais das MAC. Relativamente ao seu tipo de utilização, esta demonstra-se bastante equilibrada, 50% dos participantes utiliza as MAC de forma complementar à medicina convencional e os outros 50% dos participantes utiliza como alternativa à medicina convencional.

Começa-se a observar, e de acordo com a literatura, ao surgimento de uma nova era, marcada por um modelo Integrativo, que envolve uma intervenção combinada das MAC com a Medicina Convencional. Prevê-se o surgimento de um novo paradigma da saúde, que procura integrar a componente naturopática e a componente mecanicista, o que se traduz numa evolução extremamente relevante na história de medicina (Maia & Maia, 2016).

Com a realização do presente estudo, foram identificadas fortes limitações. Relativamente à construção dos itens da escala, que se demonstraram durante a análise de dados pouco discriminantes, com uma tendência de conteúdo de cariz Holístico. Após a análise fatorial exploratória somente 3 itens foram englobados na Dimensão Alopática. Outra limitação encontrada foi o facto de não terem sido avaliadas as questões culturais dos participantes, sabendo-se que existe uma forte relação cultural com as MAC. As crenças e concepções baseadas nas vivências culturais desempenham um papel revelante associado às diferentes práticas médicas por estudar. A tomada de decisão face às diferentes práticas médicas é claramente influenciada pelos variados contextos e culturas, assim como a acessibilidade aos diferentes serviços de saúde. Não foi incluído no questionário sociodemográfico se os participantes tinham algum tipo de doença crónica, e seria relevante fazê-lo, uma vez que vários estudos apontam para a existência de uma relação direta entre as MAC e as doenças crónicas. Por fim, identifica-se limitações da amostra, nomeadamente o acesso à escala ter sido feito via online, o que pode traduzir-se numa amostra com participantes mais jovens e com maiores níveis de escolaridade, uma vez que a maioria dos participantes são licenciados e utilizadores de MAC. As limitações encontradas com a realização deste trabalho justificam uma investigação mais profunda.

Futuramente, será necessário replicar o estudo, realizando uma análise fatorial confirmatória. Revela-se de maior interessa, tendo em conta a forte adesão às práticas MAC, desenvolver mais estudos associados a esta temática, nomeadamente um estudo comparativo que envolva uma componente Alopática mais significativa, incluindo itens como “A medicina convencional é a minha primeira escolha”; “A medicina convencional é uma prática segura” ou “A medicina convencional é eficaz”. A recolha da amostra de forma presencial e aleatória pode evitar algum tipo de enviesamento que possa ter ocorrido, e desta forma obter uma amostra mais diversificada.

Por último, conclui-se a importância da continuação do estudo na área das crenças de saúde, uma vez que estas abrangem a generalidade da população, e ainda não existem estudos suficientes que forneçam um forte suporte teórico sobre o conceito. As crenças de saúde são um tema de interesse, no estudo do comportamento humano, e envolvem uma série de variáveis que podem influenciar direta ou indiretamente o comportamento e a tomada de decisão das pessoas.

5. Referências

- Arthur, K., Belliard, J. C., Hardin, S. B., Knecht, K., Chen, C. S., & Montgomery, S. (2012). Practices, attitudes, and beliefs associated with complementary and alternative medicine (CAM) use among cancer patients. *Integrative cancer therapies, 11*(3), 232-242.
- Astin, J. A., Marie, A., Pelletier, K. R., Hansen, E., & Haskell, W. L. (1998). A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. *Archives of Internal Medicine, 158*(21), 2303-2310.
- Badaró, A. C., Dittz, C. P., Feres, Â. C., Vieira, H. I. S., & Lourenço, L. M. (2014). Crenças em Saúde: Levantamento Bibliométrico. *Psicologia.pt*
- Barbosa, M. A., Siqueira, K. M., Brasil, V. V., & Bezerra, A. L. Q. (2004). Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. *Rev. enferm. UERJ, 12*(1), 38-43.
- Barletta, J. B. (2010). Comportamentos e Crenças em Saúde: contribuições da psicologia para a medicina comportamental. *Revista de Psicologia da IMED, 2*(1), 307-317.
- Bishop, F. L., Yardley, L., & Lewith, G. (2005). Developing a measure of treatment beliefs: the complementary and alternative medicine beliefs inventory. *Complementary therapies in medicine, 13*(2), 144-149.
- Brito, A. M. M., & Camargo, B. V. (2011). Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas em psicologia, 19*(1), 283-303.
- Cardoso, A., Byrne, M., & Xavier, M. (2016). Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34*(3), 209-219.
- Carpenter., C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health communication. 25*(8), 661-669.

- Carvalho, C. M. C. F. D., Lopes, S. D. D. C., & Gouveia, M. J. P. M. (2012). Utilização de medicinas alternativas e complementares em Portugal: Desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação. *Psychology, Community & Health, 1*, 81-94.
- Chang, D. S., Kang, O. S., Kim, H. H., Kim, H. S., Lee, H., Park, H. J., ... & Chae, Y. (2012). Pre-existing beliefs and expectations influence judgments of novel health information. *Journal of health psychology, 17*(5), 753-763.
- Coleta, M. F. D. (2003). Escalas para medida das crenças em saúde: construção e validação. *Avaliação psicológica, 2*(2), 111-122.
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação psicológica, 11*(2).
- Ditte, D., Schulz, W., Ernst, G., & Schmid-Ott, G. (2011). Attitudes towards complementary and alternative medicine among medical and psychology students. *Psychology, health & medicine, 16*(2), 225-237.
- Franklin, S. B., Gibson, D. J., Robertson, P. A., Pohlmann, J. T. & Fralish, J. S. (1995). Parallel Analysis: A method for determining significant principal components. *Journal of Vegetation Science, 6*(1), 99-106.
- George, M. (2012). Health beliefs, treatment preferences and complementary and alternative medicine for asthma, smoking and lung cancer self-management in diverse Black communities. *Patient education and counseling, 89*(3), 489-500.
- Grzywacz, J. G., Neiberg, R., Quandt, S. A., Lang, W., Bell, R. A., & Arcury, T. A. (2012). Measuring differential beliefs in complementary therapy research: An exploration of the Complementary and Alternative Medicine Beliefs Inventory (CAMBI). *Complementary therapies in medicine, 20*(1), 54-60.
- Guimarães, T. M. D. D. C. (2003). Crenças de Saúde sobre a doença coronária em profissionais das tecnologias de Saúde. *ISPA-Instituto Superior de Psicologia Aplicada*.
- Jamshed, S. Q., Khan, M. U., Ahmad, A., & Elkalmi, R. M. (2016). Knowledge, perceptions, and attitudes toward complementary and alternative medicines among pharmacy students of a Malaysian Public University. *Journal of pharmacy & bioallied sciences, 8*(1), 34.

- Jones, L., Sciamanna, C., & Lehman, E. (2010). Are those who use specific complementary and alternative medicine therapies less likely to be immunized?. *Preventive medicine*, 50(3), 148-154.
- Kelner, M., & Wellman, B. (1997). Health care and consumer choice: medical and alternative therapies. *Social science & medicine*, 45(2), 203-212.
- Kline, R. B. (2005). Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed.). New York: Guilford.
- Lie, D., & Boker, J. (2004). Development and validation of the CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) and CAM use and attitudes amongst medical students. *BMC Medical Education*, 4(1), 1.
- Maia, C., & Maia, D. (2016). Cadernos de Naturopatia (1ª ed., Vol. 1). Lusodidacta.
- Manzini, T., Martinez, E. Z., & Carvalho, A. C. D. D. (2008). Conhecimento, crença e uso de medicina alternativa e complementar por fonoaudiólogas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11(2), 304-314. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200012>
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. ReportNumber, Lda.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 65-90.
- Martins, R. J., Moimaz, S. A. S., Sundefeld, M. L. M. M., Garbin, A. J. Í., Gonçalves, P. R. V., & Garbin, C. A. S. (2015). Adesão às precauções padrão sob o prisma do Modelo de Crenças em Saúde: a prática de reencapar agulhas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 193-198.
- McFadden, K. L., Hernández, T. D., & Ito, T. A. (2010). Attitudes toward complementary and alternative medicine influence its use. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 6(6), 380-388.
- Moreira, M., & Gonçalves, R. (2011). Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa no Mundo: O processo de regulamentação em Portugal – o caso da Acupuntura. *Instituto Português de Naturologia*.

- National Center for Complementary and Integrative Health – NCCIH (2016). Retirado de <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
- Ogden, J. (2004) *Psicologia da Saúde*. 2ª edição. Lisboa: CLIMEPSI, 2004.
- Organização Mundial de Saúde – OMS (2000). Retirado de <http://who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>
- Ramos, R. T.(2003). Processos cognitivos básicos relevantes para a psicologia da Saúde. In: Oliveira, V. B. & Yamamoto, K. (orgs.) *Psicologia da Saúde: Temas de reflexão e prática*. São Paulo: UMEESP, 89-102.
- Ribeiro, R. L. M. (2010). A escolha entre terapias não convencionais e medicina convencional: uma análise sociológica das motivações e preferências dos doentes. *Universidade de Coimbra: Faculdade de Medicina*.
- Siqueira, K. M., Barbosa, M. A., Brasil, V. V., Oliveira, L. M. C., & Andraus, L. M. S. (2006). Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto Contexto Enferm*, 15(1), 68-73.
- Sirois, F. M., & Gick, M. L. (2002). An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients. *Social science & medicine*, 55(6), 1025-1037.
- Steinsbekk, A. (2010). Families' visits to practitioners of complementary and alternative medicine in a total population (the HUNT studies). *Scandinavian journal of public health*, 38(5_suppl), 96-104.
- Stoneman, P., Sturgis, P., & Allum, N. (2013). Understanding support for complementary and alternative medicine in general populations: Use and perceived efficacy. *Health*, 17(5), 512-529.
- Su, D., Li, L., & Pagán, J. A. (2008). Acculturation and the use of complementary and alternative medicine. *Social science & medicine*, 66(2), 439-453.
- Syed, I. A., Sulaiman, S. A. S., Hassali, M. A., Thiruchelvam, K., Syed, S. H., & Lee, C. K. (2016). Beliefs and practices of complementary and alternative medicine (CAM) among HIV/AIDS patients: A qualitative exploration. *European Journal of Integrative Medicine*, 8(1), 41-47.

- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53.
- Thomson, P., Jones, J., Browne, M., & Leslie, S. J. (2014). Psychosocial factors that predict why people use complementary and alternative medicine and continue with its use: A population based study. *Complementary therapies in clinical practice*, 20(4), 302-310.
- Thomson, P., Jones, J., Browne, M., & Leslie, S. J. (2014). Why people seek complementary and alternative medicine before conventional medical treatment: A population based study. *Complementary therapies in clinical practice*, 20(4), 339-346.
- Upchurch, D. M., & Rainisch, B. W. (2015). The importance of wellness among users of complementary and alternative medicine: findings from the 2007 National Health Interview Survey. *BMC complementary and alternative medicine*, 15(1), 362.
- Van den Bulck, J., & Custers, K. (2010). Belief in complementary and alternative medicine is related to age and paranormal beliefs in adults. *The European Journal of Public Health*, 20(2), 227-230.

6.Anexos

Consentimento Informado

A presente investigação tem como objetivo caracterizar as crenças da população portuguesa acerca das diferentes práticas de saúde.

Este projeto é da responsabilidade de uma equipa de investigadores do ISPA – Instituto Universitário coordenado pela Professora Doutora Isabel Leal. Qualquer dúvida ou pedido de esclarecimento deve ser dirigido a arruda.mariahelenah@hotmai.com ou a daniela94costa@gmail.com.

Convidamo-lo a participar nesta investigação através do preenchimento de um questionário que encontrará nas páginas seguintes. Este questionário tem uma duração aproximada de 10 minutos.

As **Medicinas Alternativas e Complementares (MAC)** abrangem todas as terapias que não são utilizadas pela medicina convencional, incluindo a acupunctura, a naturopatia, a osteopatia, a medicina tradicional chinesa, entre outras. A sua participação é de elevada importância para que possamos conhecer de uma forma objetiva e abrangente as crenças que existem sobre as MAC e sobre a medicina convencional em Portugal.

Sublinha-se que a participação é voluntária e que todos os dados são totalmente confidenciais.

Anexo II – Protocolo de Investigação (Questionário de Crenças sobre práticas de Saúde e Questionário Sociodemográfico)

Parte I

Por favor, leia atentamente os itens e assinale com um X a resposta com que se identifica mais. Existem cinco opções de resposta, sendo 1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo parcialmente; 3 = Não concordo nem discordo; 4 = concordo parcialmente e 5 = Concordo Totalmente. Responda na escala de 1 a 5, qual o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações:

Itens	1	2	3	4	5
1. Considero que apenas a medicina convencional é baseada em estudos científicos.					
2. Apenas confio no trabalho dos médicos no que diz respeito à minha saúde.					
3. Acredito que as minhas ações diárias podem influenciar a minha saúde.					
4. Considero importante para a minha saúde manter um estilo de vida saudável.					
5. Penso que os profissionais das Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) são uma espécie de curandeiros.					
6. Considero as MAC uma medicina cientificamente comprovada.					
7. Penso que os tratamentos das MAC têm menos efeitos secundários.					
8. Considero as MAC uma prática segura.					
9. Acredito que as MAC apenas se revelam eficazes ao nível da prevenção de doenças.					
10. Sou responsável pela minha saúde.					
11. Penso que quem recorre às MAC é mais saudável.					
12. No meu dia-a-dia recorro à utilização de suplementos.					

13. Penso que a alimentação não deve incluir animais e/ou derivados (ex. leite).					
14. Não tive boas experiências ao recorrer aos serviços saúde convencional.					
15. Consumo apenas alimentos naturais/orgânicos.					
16. Acredito que depende da minha vontade atingir um estado de equilíbrio físico e mental.					
17. Penso que todo o ser humano deve preservar a natureza.					
18. Tenho pouca informação sobre as MAC.					
19. Os médicos convencionais preocupam-se apenas com sintomas e não com as causas das doenças.					
20. Conheço muitos locais onde se pratique MAC.					
21. As MAC são uma prática mais dispendiosa do que a medicina convencional.					
22. Evito recorrer ao uso de medicamentos.					
23. Tenho dificuldade em alterar hábitos de vida.					
24. Penso que as MAC fornecem um atendimento ao doente mais personalizado do que a medicina convencional.					
25. Penso que a medicina convencional promove a dependência aos medicamentos.					
26. Penso que os produtos naturais podem fazer mal.					
27. Considero que os serviços de saúde convencionais estão mais acessíveis.					
28. Penso que as MAC podem ser perigosas caso a pessoa não receba o tratamento adequado.					
29. Sinto receio em experimentar práticas médicas que não conheço.					
30. Defendo a vida ao ar livre.					
31. Acredito que as MAC funcionem.					
32. Considero que a medicina convencional desempenha um papel curativo e as MAC um papel preventivo.					
33. É importante para mim que desempenhe um papel ativo ao longo do meu processo de tratamento.					

34. Quando estou doente recorro ao uso de produtos naturais.					
35. As MAC são uma espécie de magia/bruxaria.					
36. Acho que as MAC têm efeitos mais imediatos na minha saúde do que os medicamentos sintéticos					
37. Tenho receio dos efeitos secundários dos tratamentos das MAC.					
38. Os métodos naturais fornecem o que o meu corpo precisa para estar equilibrado.					
39. É importante para mim ter controlo sobre a minha saúde.					
40. Valorizo que o processo de tratamento médico envolva a pessoa como um todo.					
41. Acredito que através das MAC a minha saúde pode melhorar.					
42. Penso que posso encontrar soluções nas MAC que não encontro na medicina convencional					
43. Conheço o meu corpo e sei reconhecer se algo se passa com a minha saúde.					
44. Considero que as MAC têm capacidade para responder a todo tipo de problemas médicos.					
45. As MAC ajudam a prevenir doenças de saúde mais graves.					
46. Penso que as MAC têm recursos suficientes para me ajudar em caso de doença.					
47. Tento ter comportamentos que visem a proteção do meio ambiente (ex.: reciclagem, gastar menos energia, evitar a poluição, etc).					
48. Considero as MAC uma boa prática.					
49. Penso que as MAC preservam o bom funcionamento do meu organismo					
50. O tipo de alimentação que faço influencia diretamente a minha saúde.					
51. Procuro adquirir competências sobre a minha saúde.					

52. Em caso de estar doente, a minha recuperação depende sobretudo dos médicos e dos remédios.					
53. Procuro estar informado e esclarecido sobre a minha saúde.					
54. Penso que a medicina convencional é boa em casos de urgência médica.					
55. Acho que as MAC são mais eficazes do que a medicina convencional.					
56. Acho que as MAC são mais eficazes do que a medicina convencional apenas nas doenças crónicas					
57. Considero que a medicina convencional devia ter uma abordagem mais preventiva.					
58. Penso que MAC não funcionam em casos de urgência médica.					
59. Tenho receio que os tratamentos das MAC possam interferir com algum medicamento.					
60. Penso que as MAC melhoram a qualidade de vida.					
61. Considero que as MAC evitam a dependência aos medicamentos.					
62. Penso que as MAC podem substituir a toma de certos medicamentos.					
63. Através das MAC o meu corpo funciona de forma mais natural.					
64. Penso que os médicos da medicina convencional têm pouco tempo e disponibilidade para os seus pacientes.					
65. Penso que as MAC preocupam-se com a causa da doença e não apenas com os sintomas.					
66. A medicina convencional não vê a pessoa na sua totalidade.					
67. As MAC podem beneficiar a minha saúde a longo prazo.					
68. Penso que as MAC não têm qualquer efeito na minha saúde.					

Parte II – Questionário Sociodemográfico

1. **Idade:** ____ Anos

2. **Sexo:** Feminino Masculino

3. **Nível de escolaridade:**

4^aano

12^oano

6^oano

Bacharelato/Licenciatura

9^oano

Mestrado/Doutoramento

4. **Estado Civil:**

Solteiro(a)

Divorciado(a)

Casado(a)

Viúvo(a)

União de facto

5. **Situação profissional atual:**

Estudante

Empregado

Desempregado

Doméstica(o)

Reformado

6. **Tipo de regime alimentar:**

Omnívoro (inclui todo o tipo de alimentos)

Vegetariano (inclui todo o tipo de vegetarianismo)

Macrobiótico

Outro: _____

7. Recorre ou já recorreu a alguma MAC?

Sim

Não

(se respondeu **não**, o seu questionário **termina** por aqui)

8. Como se descreve enquanto utilizador de MAC?

Utilizador regular

Utilizador ocasional

Utilizou uma vez

Antigo utilizador

9. Qual o tipo de MAC a que recorre?

Naturopatia

Fitoterapia

Osteopatia

Aromaterapia

Homeopatia

Quiropraxia

Acupunctura

Outra: _____

Hidroterapia

10. Utiliza esta(s) prática(s) enquanto:

Complemento à medicina convencional

Alternativa à medicina convencional

11. Razões para a escolha da(s) MAC escolhida(s) (pode escolher mais do que uma):

Último recurso/Falha na medicina convencional

Evitar fármacos ou efeitos secundários dos mesmos

Curiosidade

Doença crónica/Dor crónica

Quis obter outra opinião sobre a minha doença

Penso que se tentar várias medicinas o meu tratamento será mais eficaz

Não tive boas experiências ao recorrer aos serviços saúde convencionais

Recomendação de amigos ou familiares

Recomendação do médico de família ou outro tipo de médico

Publicidade (*Facebook*, panfletos, televisão, etc)

Conheço muitas pessoas que experimentaram

É mais congruente com os meus valores pessoais e com aquilo que defendo

Outra: _____

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo III – Output teste de KMO e esfericidade de Bartlett;

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,964
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	5564,875
	gl	171
	Sig.	,000

Anexo IV – Output das Comunalidades;

Comunalidades

	Inicial	Extração
Item_8	1,000	,659
Item_24	1,000	,577
Item_26	1,000	,612
Item_28	1,000	,506
Item_31	1,000	,696
Item_38	1,000	,501
Item_41	1,000	,776
Item_42	1,000	,665
Item_45	1,000	,627
Item_46	1,000	,596
Item_48	1,000	,747
Item_49	1,000	,804
Item_59	1,000	,512
Item_60	1,000	,758
Item_61	1,000	,643
Item_62	1,000	,543
Item_63	1,000	,746
Item_65	1,000	,577
Item_67	1,000	,771

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

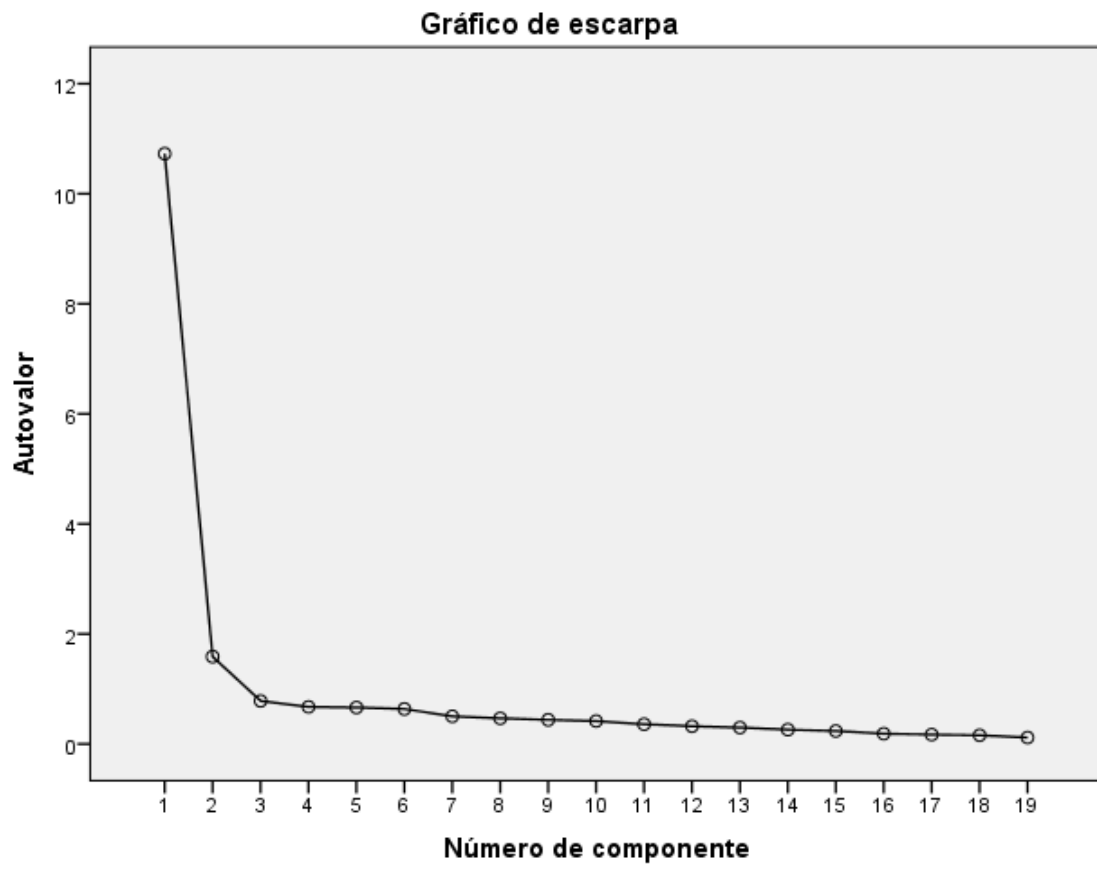
Anexo V – Output Variância Total Explicada;

Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	10,727	56,459	56,459	10,727	56,459	56,459	10,276	54,086	54,086
2	1,587	8,354	64,812	1,587	8,354	64,812	2,038	10,726	64,812
3	,782	4,117	68,930						
4	,674	3,548	72,478						
5	,663	3,488	75,966						
6	,636	3,349	79,315						
7	,502	2,644	81,959						
8	,466	2,454	84,412						
9	,439	2,312	86,724						
10	,415	2,187	88,911						
11	,358	1,886	90,797						
12	,323	1,698	92,495						
13	,298	1,571	94,066						
14	,260	1,370	95,436						
15	,235	1,237	96,673						
16	,188	,988	97,661						
17	,170	,895	98,556						
18	,158	,831	99,387						
19	,116	,613	100,000						

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Anexo VI – Output Screenplot



Anexo VII – Output matriz da componente rodada;

Matriz de componente rotativa^a

	Componente	
	1	2
Item_8	,718	
Item_24	,760	
Item_26		-,778
Item_28		-,710
Item_31	,797	
Item_38	,685	
Item_41	,871	
Item_42	,811	
Item_45	,791	
Item_46	,758	
Item_48	,844	
Item_49	,884	
Item_59		-,698
Item_60	,866	
Item_61	,788	
Item_62	,724	
Item_63	,840	
Item_65	,759	
Item_67	,870	

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser. ^a

a. Rotação convergida em 3 iterações.

Anexo VIII– Outputs de Análise da Consistência Interna

**Estatísticas de
confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,964	16

**Estatísticas de
confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,590	3

**Estatísticas de
confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,920	19

Anexo IX – Output Fiabilidade item-total;

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Item_8	66,04	140,430	,685	,914
Item_24	66,19	137,274	,716	,913
Item_26	68,04	159,259	-,157	,932
Item_28	66,55	158,661	-,128	,934
Item_31	65,80	139,233	,765	,913
Item_38	66,26	140,640	,650	,915
Item_41	65,81	136,806	,839	,911
Item_42	66,01	135,206	,774	,911
Item_45	66,50	134,848	,755	,912
Item_46	66,63	136,664	,724	,913
Item_48	65,72	137,871	,809	,911
Item_49	65,88	136,327	,852	,910
Item_59	67,34	161,555	-,221	,937
Item_60	65,77	138,303	,830	,911
Item_61	65,94	137,379	,754	,912
Item_62	66,05	137,501	,683	,914
Item_63	66,00	135,410	,807	,911
Item_65	66,06	136,624	,717	,913
Item_67	65,78	137,078	,834	,911

Anexo X – Output Sensibilidade da Dimensão Holística

		Estatísticas															
		Item_8	Item_24	Item_31	Item_38	Item_41	Item_42	Item_45	Item_46	Item_48	Item_49	Item_60	Item_61	Item_62	Item_63	Item_65	Item_67
N	Válido	369	369	369	369	369	369	369	369	369	369	369	369	369	369	369	369
	Omisso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mediana		4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Assimetria		-,584	-,499	-,827	-,157	-,870	-,732	-,216	-,134	-1,007	-,681	-,800	-,827	-,899	-,737	-,645	-,865
Erro padrão da assimetria		,127	,127	,127	,127	,127	,127	,127	,127	,127	,127	,127	,127	,127	,127	,127	,127
Curtose		,038	-,370	,331	-,516	,348	-,306	-,643	-,571	,604	-,057	,319	,207	,260	,067	-,366	,256
Erro Padrão da Curtose		,253	,253	,253	,253	,253	,253	,253	,253	,253	,253	,253	,253	,253	,253	,253	,253
Mínimo		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Máximo		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Anexo XI – Output Sensibilidade da Dimensão Alopática

Estatísticas

		Item_26	Item_28	Item_59
N	Válido	369	369	369
	Omisso	0	0	0
Mediana		2,00	3,00	3,00
Assimetria		1,038	-,312	,330
Erro padrão da assimetria		,127	,127	,127
Curtose		,323	-,719	-,749
Erro Padrão da Curtose		,253	,253	,253
Mínimo		1	1	1
Máximo		5	5	5

Anexo XII – Escala de Crenças sobre Práticas de Saúde (ECSPS).

Por favor, leia atentamente os itens e assinale com um X a resposta com que se identifica mais. Existem cinco opções de resposta, sendo 1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo parcialmente; 3 = Não concordo nem discordo; 4 = concordo parcialmente e 5 = Concordo Totalmente. Responda numa amplitude de resposta de 1 a 5, qual o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações:

Itens	1	2	3	4	5
8. Considero as MAC uma prática segura.					
24. Penso que as MAC fornecem um atendimento ao doente mais personalizado do que a medicina convencional.					
26. Penso que os produtos naturais podem fazer mal.					
28. Penso que as MAC podem ser perigosas caso a pessoa não receba o tratamento adequado.					
31. Acredito que as MAC funcionem.					
38. Os métodos naturais fornecem o que o meu corpo precisa para estar equilibrado.					
41. Acredito que através das MAC a minha saúde pode melhorar.					
42. Penso que posso encontrar soluções nas MAC que não encontro na medicina convencional.					
45. As MAC ajudam a prevenir doenças de saúde mais graves.					
46. Penso que as MAC têm recursos suficientes para me ajudar em caso de doença.					
48. Considero as MAC uma boa prática.					
49. Penso que as MAC preservam o bom funcionamento do meu organismo.					
59. Tenho receio que os tratamentos das MAC possam interferir com algum medicamento.					
60. Penso que as MAC melhoram a qualidade de vida.					
61. Considero que as MAC evitam a dependência aos medicamentos.					
62. Penso que as MAC podem substituir a toma de certos medicamentos.					

63. Através das MAC o meu corpo funciona de forma mais natural.					
65. Penso que as MAC preocupam-se com a causa da doença e não apenas com os sintomas.					
67. As MAC podem beneficiar a minha saúde a longo prazo.					
	1	2	3	4	5

Obrigada pela sua colaboração!