

“Prova ao Título de Especialista em Terapia Ocupacional”

## **PARTICIPAÇÃO OCUPACIONAL E ALCOOLISMO**

Trabalho apresentado em cumprimento do disposto na alínea b) do nº 1 do Artigo nº 6 do Despacho nº 14093/2011, publicado em Diário da República em 18 de outubro de 2011, a que se refere o regulamento para atribuição do Título de Especialista do Instituto Politécnico do Porto

Celso Xavier de Melo Teixeira

Setembro de 2015

## **PREÂMBULO**

Este trabalho é parte integrante do processo de candidatura para atribuição do título de especialista, de acordo com o Decreto-Lei n.º 206/2009, de 31 de agosto, publicado em Diário da República, 1ª Série – N.º 168, e com o Regulamento para Atribuição do Título de Especialista no Instituto Politécnico do Porto, publicado em Diário da República, 2ª Série – N.º 200 de 18 de outubro, através do Despacho n.º 14093/2011.

Desde fevereiro de 2000 que exerço atividade enquanto terapeuta ocupacional na valência de comportamentos aditivos e dependências. Com a extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência, passagem dos seus profissionais para as Administrações Regionais de Saúde e fusão em novembro de 2010 da Unidade de Desabilitação de Cedofeita com o internamento da Unidade de Alcoologia, a percentagem de doentes, foco da minha práxis clínica, com problemas ligados ao álcool (pla) é progressivamente superior aos doentes dependentes de outras substâncias ilícitas. Por altura da fusão de serviços em final de 2010, o novo serviço “Unidade Desabilitação do Norte” apresentava uma ponderação 2 (pla) para 1 doente (dependente de outras substâncias). Mas neste momento, e de forma empírica, podemos dizer que a ponderação deverá estar próxima de 4 (pla) para 1. Assim, este trabalho surge por necessidade natural de forma a compreender a participação ocupacional de doentes com problemas ligados ao álcool, apontar caminhos e propostas de melhoria das intervenções e suscitar pistas para próximas investigações.

Apresenta-se o trabalho que se insere na área de Terapia Ocupacional, tendo sido a opção escolhida o formato de artigo.

## ÍNDICE

Preâmbulo	2
Índice	3
Introdução	4
Métodos	7
Participantes	7
Instrumentos	8
Procedimentos	10
Resultados	11
Discussão	16
Conclusão	20
Bibliografia	21

## Introdução

Em Portugal, aproximadamente 5,8% da população pode ser considerada dependente de álcool, com prevalência de 9,2% entre a população masculina e 2,6% na feminina (WHO, 2014). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014 Portugal mantém-se entre os 10 países da Europa com mais consumo de álcool médio por pessoa, numa lista com 44 países. A média de consumo de álcool em Portugal desceu de 14,4 para 12,9 litros per capita entre 2003 e 2010, no entanto apresenta-se acima da média europeia de 10,9 litros (WHO, 2014).

O alcoolismo é um grave problema de saúde pública (Mello, Barrias & Breda, 2001; SICAD, 2013), com implicações tanto ao nível da saúde física nos vários sistemas do corpo humano dos indivíduos dependentes como ao nível ocupacional, limitando o envolvimento dos mesmos em atividades significativas e afetando a sua qualidade de vida (Rodríguez, Garlito, & Baños, 2013; Stoffel & Moyers, 2004; WHO, 2014). Além disso, coletivamente, os padrões ocupacionais destes afetam a saúde da comunidade onde se inserem (Stoffel & Moyers, 2004).

Do abuso e dependência do álcool resultam também consequências nos aspetos emocionais e psicológicos, tais como violência, ansiedade, depressão, comportamento suicida, agressividade e falta de autoestima (Alves, Kessler & Retto, 2004; Helbig & McKay, 2003; Johnson, 2010). Além disso, a longo prazo, afeta, negativamente o funcionamento cognitivo (ou seja, atividades mentais que envolvem aquisição, armazenamento, recuperação e uso de informações) (Evert & Oscar-Berman, 1995; Helbig & McKay, 2003; Shand, Gates, Fawcett, & Mattick, 2003).

A natureza do comportamento aditivo e da dependência no dia-a-dia desta população pode resultar ainda na incapacidade de alcançar o potencial máximo ao nível ocupacional, visto que o foco está na substância e nas necessidades físicas, psicológicas e sociais provenientes destas (Helbig & McKay, 2003; Martin, Bliven, & Boisvert, 2008). Estas consequências ocupacionais e funcionais são variadas, afetando todas as áreas de ocupação (Bazzani, 2013; Helbig & McKay, 2003; Stoffel & Moyers, 2004) e os níveis de desempenho ocupacional, na medida em se estabelecem novos padrões de comportamento e hábitos (Rojo Mota, 2008).

Especificamente na área de ocupação trabalho, Crouch (2007) refere consequências ao nível do desempenho, do absentismo, do número de acidentes, da diminuição da produtividade e dificuldade nas tomadas de decisão. É importante referir que outros autores mencionam a relação entre os acidentes no trabalho e o álcool e que todos estes fatores conduzem ao desemprego (Cardoso, Barbosa, Ismail, & Pombo, 2006; Gallassi, Alvarenga, Andrade & Couttolenc, 2008; Giancola & Moss, 1999). O mesmo ocorre ao nível das atividades de vida diária (AVDs), sendo que apresentam dificuldades no seu desempenho, nomeadamente no descuido na higiene pessoal, nutrição deficiente e alterações da resposta sexual (Crouch, 2007; Rodríguez et al., 2013). As alterações ocorrem em outras áreas, tais como atividades da vida diária instrumentais (AVDIs), como por exemplo, no abandono das obrigações familiares, na gestão financeira e na gestão e manutenção da saúde (Rodríguez et al., 2013) e lazer, onde esta população apresenta pouca variedade de atividades, centrando-se frequentemente no uso da substância (Bazzani, 2013; Crouch, 2007), ou este uso estar associado a festividade e atividades sociais (Laranjeira et al., 2010).

Outro aspeto importante é a perda de hábitos, rotinas e papéis que leva a uma disfunção ocupacional que afeta o contexto em que os indivíduos se inserem e as suas relações sociais (Rodríguez et al., 2013), como por exemplo, a diminuição das redes de suporte (Helbig & McKay, 2003; Martin et al., 2008) e um pobre desempenho nos principais papéis relacionados com a parentalidade e relações interpessoais (WHO, 2014).

A dificuldade em desempenhar os seus papéis e a perda de controlo perante a necessidade de beber afeta a autoestima e o autoconceito destes doentes (Castiñeira, 2013). Sendo que estes dois fatores intrínsecos podem ser um foco da intervenção terapêutica e importantes na indução de motivação para o tratamento e a mudança de comportamento necessários ao longo de todo o processo (Kim et al., 2007). Almeida, Gomes, Breda e Lameiras (1999) verificaram os valores inferiores do autoconceito numa amostra de 170 indivíduos alcoólicos comparativamente com a população em geral. Encontraram ainda que a gravidade da dependência parece influenciar o autoconceito, sendo que os dependentes severos apresentaram valores mais baixos (Almeida et al., 1999). Segundo Vaz-Serra (1986a), o autoconceito engloba o que se designa por identidade de um indivíduo e permite o esclarecimento sobre como se desenvolvem as interações da pessoa com as outras e de que forma lida com áreas relativas às suas necessidades e motivações. Kielhofner (2008) também preconiza que a participação ocupacional apresenta um papel importante na criação da identidade. Embora a significância dos fatores da personalidade como o autoconceito permaneça variável,

vários investigadores têm demonstrado que a personalidade destes indivíduos influencia significativamente o seu tratamento, sendo que, a compreensão das características da personalidade associados com a dependência de álcool, poderá ser útil para melhorar o processo de intervenção (Chaudhury, Das & Ukill, 2006). Atualmente, os estudos relacionados com este conceito e o consumo de álcool abordam maioritariamente a sua influência em estudantes universitários (Vasconcelos-Raposo, Gonçalves, Teixeira & Fernandes, 2009; Zeigler-Hill, Stubbs & Madson, 2013). Os resultados destes estudos são pouco conclusivos, sendo que Zeigler-Hill, Stubbs e Madson (2013) referem que existe uma associação entre a baixa autoestima e o consumo de álcool. Contudo, Vasconcelos-Raposo, Gonçalves, Teixeira e Fernandes (2009) apresentaram que as correlações registadas entre o autoconceito total e o consumo de álcool são pouco significativas. Para Fuentes, García, Gracia e Lila (2011), o autoconceito está relacionado negativamente com o consumo, isto é, quanto menor o consumo, maior será o autoconceito. Também Graña, Muñoz-Rivas, Andreu e Peña (2000) referem que os jovens que habitualmente bebem, fumam e consomem outras substâncias, mantêm um autoconceito baixo.

Desconhecemos a existência de investigações que dediquem uma atenção preferencial ao estudo em simultâneo da participação ocupacional e do autoconceito desta população em específico. Neste sentido, esta investigação procura preencher uma lacuna existente na área das adições e do alcoolismo em particular.

O principal objetivo deste trabalho é caracterizar a participação ocupacional e o autoconceito, numa amostra de doentes alcoólicos internados numa Unidade de Desabilitação, da zona Norte de Portugal, em função do grau de dependência.

## **Métodos**

O presente estudo é quantitativo, observacional, descritivo e transversal (Cunha, Martins, Sousa & Oliveira, 2007; Fortin, Coté & Filion, 2009; Marôco, 2011).

### **Participantes**

O universo de estudo são os indivíduos alcoólicos da zona Norte de Portugal. A População Acessível são todos os alcoólicos que frequentam a Unidade de Desabilitação do Norte da Administração Regional de Saúde do Norte (UDN da ARS Norte).

A amostra foi obtida através do método não-probabilístico de amostragem por Conveniência (Marôco, 2011) no local a desenvolver o estudo durante 6 meses, a partir da população de indivíduos acompanhados em regime de internamento, tendo terminado a 11 de Março de 2015.

A amostra deste estudo é constituída por 148 utentes que frequentaram a UDN. A UDN está vocacionada para internamentos de desabilitação de curta duração. Habitualmente para a desabilitação alcoólica a permanência é de duas semanas, em regime fechado, ou seja, não há visitas, nem mesmo contacto telefónico com familiares ou conhecidos. A área geográfica que a UDN dá resposta abarca todos os Centros de Respostas Integradas (Viana do Castelo, Braga, Vila Real, Bragança, Porto-Central, Porto-Oriental e Porto-Occidental) e Equipas Técnicas Especializadas do SICAD adstrito à Administração Regional de Saúde do Norte.

Relativamente aos critérios de inclusão e exclusão, a amostra agrupa indivíduos com os seguintes:

- Critérios de inclusão: estar internado na UDN da ARSN; apresentarem o diagnóstico de “transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool” (F10) segundo o CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 1993); saber ler e escrever; ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Critérios de Exclusão: indivíduos consumidores de outras substâncias de abuso; critérios clínicos de deterioração cognitiva ou debilidade mental grave, com inerente

incapacidade de compreensão; deficiência sensorial visual ou auditiva moderada a grave; ter como objetivo de internamento a manutenção em programas de tratamento de substituição opiácea.

## **Instrumentos**

Com vista à recolha dos dados necessários para a realização deste estudo, para além dos três instrumentos caracterizados em baixo, construiu-se e utilizou-se um questionário sociodemográfico, de forma a aceder a informação como idade, género, estado civil, escolaridade, situação profissional, local de residência, agregado familiar, tipo de habitação e dados relativos ao consumo de álcool, especificamente duração do consumo de álcool, tratamentos anteriores relativamente a esta problemática, contextos onde decorre o consumo e o tipo de bebidas consumidas. No mesmo estavam também algumas questões de forma a compreender a rotina dos participantes, as atividades que realizam diariamente e os papéis ocupacionais significativos para si. Estas questões foram desenvolvidas de forma a satisfazer os objetivos planeados para este estudo.

*“Short Alcohol Dependence Data”* (SADD), versão traduzida e adaptada para a população portuguesa por Fonte (2004) do original desenvolvido por Raistrick, Dunbar e Davidson (1983) e McMurrin e Hollin (1989). É um instrumento de avaliação, indicado para a população geral e pacientes com problemas relacionados com o álcool, desenvolvido para avaliar o grau de dependência do álcool, quantificando o estado presente da dependências e as alterações ao longo do tempo (Fonte, 2004). De acordo com as respostas a 15 itens efetuados numa escala de Likert, os participantes são categorizados em 4 grupos: Ausência de dependência, Dependência Ligeira, Dependência Moderada e Dependência Grave (Fonte, 2004). Segundo o mesmo autor, é um instrumento que apresenta boas características psicométricas. A escala apresenta uma correlação do coeficiente de Spearman=0,81 e confiabilidade teste-reteste  $r=0,90$  (Jorge & Masur, 1985);

*Instrumento de rastreio do Modelo de Ocupação Humana* (MOHOST), versão traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Gravato e Gonçalves (2005) do *“The Model of Human Occupation Screening Tool”* (MOHOST) desenvolvido por Sue Parkinson e baseado nos conceitos do Modelo de Ocupação Humana (MOH). É utilizado neste estudo para avaliar a motivação, desempenho e organização do comportamento ocupacional da vida quotidiana dos participantes (Parkinson, 2002).

Este instrumento é constituído por 24 itens para recolha de dados relativos aos seguintes conceitos: volição (ou motivação para a ocupação), habituação (ou padrão de ocupação), competências de comunicação e interação, competências de processo, competências motoras e ambiente. A maioria dos itens apresenta ligação com a participação da pessoa na ocupação. Os últimos 4 itens exploram a forma como o ambiente apoia a pessoa a participar na ocupação. Este instrumento apresenta uma escala de classificação de 4 pontos. Para cada item, a classificação varia entre 1 (Problema), 2 (Fraqueza), 3 (Dificuldade) ou 4 (Força) como indicador da forma como o cliente participa na ocupação e da forma como o ambiente apoia o cliente (Kielhofner, 2008; Parkinson, 2002). Os resultados deste instrumento são apresentados numa escala de 1 a 5 para cada um dos 24 itens. Quanto às 6 secções/conceitos referidos anteriormente, os resultados são apresentados através da média dos 4 itens que correspondem a cada uma das secções. O MOHOST, é “antes de mais uma avaliação baseada na observação” (Gravato, 2007, p. 31), no entanto, permite complementar a informação sobre o cliente, recorrendo a diferentes fontes como é mencionado no seu manual (Gravato, 2007). Para o nosso estudo, a informação foi complementada recorrendo a um questionário ocupacional baseado nas questões apresentadas no manual do MOHOST (Gravato, 2007, pp. 32-33). Segundo os estudos consultados, este instrumento pode funcionar como uma medida válida e confiável, contudo é necessário evidência adicional de confiabilidade (Forsyth et al., 2011; Kielhofner et al., 2010);

*Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC)* de Vaz Serra (1986b) é uma escala subjetiva de autoavaliação e é utilizada para medir os aspetos emocionais e sociais do autoconceito dos participantes neste estudo. Esta é uma escala já validada na população portuguesa pelo autor e largamente utilizada em diversos estudos de investigação, com diversas amostras. É constituída por 20 questões, que são cotadas numa escala unidimensional de tipo Likert (1-5) e o seu valor global pode oscilar de um mínimo de 20 a um máximo de 100, sendo que quanto mais alta for a pontuação, melhor é o autoconceito do indivíduo. Apresenta uma pontuação global e uma pontuação por fatores, sendo estes o fator 1 (F1) que traduz a aceitação/rejeição social; o fator 2 (F2) que exprime a autoeficácia; o fator 3 (F3) que caracteriza a maturidade psicológica e o fator 4 (F4) que representa a impulsividade. Quanto às características psicométricas, o ICAC apresenta um coeficiente de Spearman-Brown de 0.791 para uma amostra de 920 elementos e uma correlação teste/reteste de 0.838 (N=108), revelando uma boa consistência interna e estabilidade temporal (Vaz-Serra, 1986b).

## Procedimentos

Foram solicitadas autorizações quer à instituição (UDN da ARS Norte), quer aos autores das versões portuguesas dos instrumentos para realização da investigação. Todas foram concedidas, sendo que no primeiro caso foi dado o deferimento pelo Dr. Adelino Vale Ferreira, Coordenador Regional da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

A aplicação dos instrumentos referidos anteriormente foi realizada num ambiente calmo e livre de estímulos perturbadores, por um período aproximado de 120 minutos, antecedida pela assinatura da Declaração de Consentimento, onde o anonimato e a confidencialidade dos dados foram assegurados. Estes foram preenchidos num momento único e de forma autónoma, visto serem questionários de autopreenchimento. Após a recolha dos dados e da atividade, o MOHOST foi por nós preenchido.

De modo a obter resposta para as questões de investigação formuladas, a informação recolhida foi analisada de forma estatística, segundo uma metodologia quantitativa, com recurso ao programa informático IBM SPSS Statistics 21.0 (*Statistics Package for Social Sciences*, 2012). Este programa permitiu também analisar os dados através da estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e medidas de dispersão. Recorreu-se à aplicação do coeficiente de correlação linear de Spearman. As correlações encontradas foram classificadas de acordo com os seguintes critérios: correlação fraca – até 0,25; correlação moderada – 0,25 a 0,50, correlação forte – 0,50 a 0,75 e correlação muito forte – superior a 0,75, considerando valores absolutos (Marôco, 2011). O nível de significância de  $\alpha = 0,05$  foi o adotado para todos os testes estatísticos utilizados.

## Resultados

No que se refere às características da amostra de 148 participantes, 99 eram do sexo masculino (66,9%). A média  $\pm$  desvio padrão de idade foi de 45,9  $\pm$  8,8 anos. No que respeita ao estado civil, 45,9% participantes eram casados/ união de facto, 25,0% divorciados, 24,4% solteiros e 4,7% viúvos. A maioria das participantes residia no distrito do Porto (59,5%). Quanto ao agregado familiar, 41,2% dos participantes residia com o cônjuge e/ou filho (s), 28,4% sozinho e 24,3% com pais e/ou irmãos. Sendo que 78,3% dos participantes vivia numa habitação do tipo familiar clássico.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas da amostra

		N=148	
<b>Idade</b>			
Média (anos)		45,9	
DP		8,8	
Mínimo – Máximo		23-72	
		N	(%)
<b>Género</b>			
Masculino		99	(66,9)
Feminino		49	(33,1)
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro		36	(24,4)
Casado / União de Facto		68	(45,9)
Divorciado		37	(25,0)
Viúvo		7	(4,7)
<b>Local de Residência</b>			
Porto		88	(59,5)
Outro Distrito		60	(40,5)
<b>Agregado Familiar</b>			
Pais e/ou irmãos		36	(24,3)
Cônjuge e/ou filho (s)		61	(41,2)
Sozinho		42	(28,4)
Outros familiares ou amigos		9	(6,1)
<b>Tipo de Habitação</b>			
Familiar clássico (vivenda, apartamento)		116	(78,3)
Familiar não clássico (barraca, casa rudimentar, improvisado, móvel)		16	(10,8)
Hotéis, pensões, centro de abrigo ou outro alojamento coletivo de convivência		11	(7,5)
Rua		5	(3,4)

Em relação à escolaridade, 34,4 % dos participantes tinham o 1ºCiclo, 30,4% o 2º Ciclo e 20,3% apresentavam o 3º Ciclo. O ensino secundário e o Grau universitário apresentaram uma representatividade de 9,5% e 5,4%, respetivamente. Relativamente à situação profissional, 72 participantes estavam desempregados (48,6%), 38 empregados (25,8%), 19 em outra situação, como por exemplo, doméstica ou trabalhos temporários e 19 encontravam-se reformados.

**Tabela 2 – Características socioprofissionais da amostra**

	N=148	
	N	(%)
<b>Escolaridade</b>		
EB/1ºCiclo	51	(34,4)
EB/2ºCiclo	45	(30,4)
EB/3ºCiclo	30	(20,3)
Ensino secundário	14	(9,5)
Grau Universitário	8	(5,4)
<b>Situação Laboral</b>		
Empregado	38	(25,8)
Desempregado	72	(48,6)
Reformado	19	(12,8)
Outra	19	(12,8)

Relativamente à caracterização do consumo de álcool, 37,2% dos participantes já tinham realizado tratamentos anteriores relacionados com o seu problema de consumo excessivo de álcool. A duração média do consumo de álcool é equivalente a  $25,1 \pm 11,3$  anos, variando entre 2 anos a um máximo de 55 anos de consumo.

**Tabela 3 – Caracterização do consumo de álcool**

	N=148	
	N	(%)
<b>Duração do consumo de álcool</b>		
Média (anos)	25,1	
DP	11,3	
Mínimo- Máximo	2-55	
<b>Tratamentos anteriores</b>		
Sim	55	37,2
Não	93	62,8

Quanto ao nível de dependência do álcool, avaliado pelo SADD, 5,4% dos participantes situam-se no nível de “dependência ligeira”, 36,5% em “dependência moderada” e 58,1% em “dependência grave”. A pontuação total do SADD varia entre 1 e 42 e apresenta a média  $22,2 \pm 7,90$ .

**Tabela 4 – Resultados do instrumento *Short Alcohol Dependence Data***

	N=148	
	N	(%)
<b>Pontuação total do SADD</b>		
Média	22,2	
DP	7,9	
Mínimo- Máximo	1-42	
<b>Grupos segundo SADD</b>		
Dependência Ligeira	8	(5,4)
Dependência Moderada	54	(36,5)
Dependência Grave	86	(58,1)

Relativamente aos resultados do MOHOST, as secções “Padrão de Ocupação” e “Ambiente” apresentaram valores médios no seu total mais baixos que 3. Podemos ainda observar que as secções “Competências Motoras” e “Competências de Processo” apresentam o valor médio mais elevado com uma média total de 3,5. Ao nível das “Competências de Comunicação e Interação”, apenas o item “Relações interpessoais” (item 4) apresentou valores mais baixos, tal como os “Grupos sociais” (item 3) e as “Exigências ocupacionais” (item 4) são itens com valores médios mais baixos no “Ambiente”.

**Tabela 5 – Resultados do Instrumento de rastreio do Modelo de Ocupação Humana**

Itens	1		2		3		4		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<b>Motivação</b>	2,8	0,7	3,1	0,8	3,2	0,6	3,2	0,7	3,0	0,6
<b>Padrão de ocupação</b>	2,7	0,9	3,1	0,7	3,2	0,7	2,8	0,8	2,9	0,5
<b>Competências de Comunicação e Interação</b>	3,8	0,4	3,4	0,7	3,3	0,7	3,0	0,7	3,4	0,5
<b>Competências de Processo</b>	3,5	0,6	3,2	0,7	3,2	0,8	2,9	0,7	3,5	0,5
<b>Competências Motoras</b>	3,8	0,5	3,5	0,7	3,4	0,8	3,2	0,7	3,5	0,6
<b>Ambiente</b>	3,3	0,9	3,1	0,8	2,4	0,9	2,7	1,8	2,9	0,8

Nota geral: os números de 1 a 4 correspondem aos itens constituintes de cada uma das secções.

A Tabela 6 apresenta os resultados do ICAC, com uma média total de  $68,3 \pm 10,9$ . Quanto aos fatores apresentaram valores médios de 16,9 na aceitação/rejeição social (F1); 18,4 na autoeficácia (F2); 14,7 na maturidade psicológica (F3) e 11,3 na impulsividade-atividade (F4).

**Tabela 6 – Valores dos resultados do instrumento Inventário Clínico de Autoconceito**

	M	DP
<b>Aceitação/rejeição social (F1)</b>	16,9	3,3
<b>Autoeficácia (F2)</b>	18,4	4,5
<b>Maturidade Psicológica (F3)</b>	14,7	2,7
<b>Impulsividade-atividade (F4)</b>	11,3	1,9
<b>Total</b>	68,3	10,9

As tabelas que se seguem são referentes à relação entre as três variáveis em estudo. Podemos apurar que o grau de dependência apresenta correlações moderadas, negativas e estatisticamente significativas com o autoconceito total ( $R_s = -0,288$ ;  $p = 0,000$ ), a aceitação/rejeição social ( $R_s = -0,278$ ;  $p = 0,001$ ) e a autoeficácia ( $R_s = -0,271$ ;

$p=0,001$ ). Sendo que quanto maior a dependência, menores são os valores do autoconceito total, aceitação/rejeição social (F1) e autoeficácia (F2).

**Tabela 7 –** Relação entre o grau de dependência (SADD) e o ICAC

	ICAC total		F1		F2		F3		F4	
	$R_s$	$p$	$R_s$	$P$	$R_s$	$p$	$R_s$	$p$	$R_s$	$p$
<b>SADD</b>	<b>-0,288**</b>	<b>0,000</b>	<b>-0,278**</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,271**</b>	<b>0,001</b>	-0,094	0,256	-0,087	0,295

\*  $P<0,05$ . \*\*  $P<0,01$

Relativamente à relação entre o grau de dependência e as variáveis do MOHOST, podemos apurar que todas as variáveis apresentam correlações negativas e estatisticamente significativas. Sendo de sublinhar as correlações moderadas no “Padrão de Ocupação”, nas “Competências de Processo” e no “Ambiente” com o grau de dependência ( $R_s=-0,265$ ,  $p=0,001$ ;  $R_s=-0,223$ ,  $p=0,006$ ; e  $R_s=-0,281$ ;  $p=0,001$ , respetivamente).

**Tabela 8 –** Relação entre o grau de dependência (SADD) e o MOHOST

	Motivação		Padrão de ocupação		Competências de Comunicação e Interação		Competências de Processo		Competências Motoras		Ambiente	
	$R_s$	$P$	$R_s$	$p$	$R_s$	$p$	$R_s$	$p$	$R_s$	$p$	$R_s$	$p$
<b>SADD</b>	<b>-0,184*</b>	<b>0,025</b>	<b>-0,265**</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,177</b>	<b>0,032</b>	<b>-0,223**</b>	<b>0,006</b>	<b>-0,205*</b>	<b>0,013</b>	<b>-0,281**</b>	<b>0,001</b>

\*  $P<0,05$ . \*\*  $P<0,01$

Relativamente à relação entre os valores do MOHOST e o autoconceito podemos apurar que a “Motivação”, “Padrão de Ocupação”, “Competências de Comunicação e Interação”, “Competências de Processo” e “Competências Motoras” apresentam correlações moderadas, positivas e estatisticamente significativas com o ICAC total ( $R_s=0,312$  e  $p=0,000$ ,  $R_s=0,299$  e  $p=0,000$ ,  $R_s=0,253$  e  $p=0,002$ ,  $R_s=0,294$  e  $p=0,000$  e  $R_s=0,236$  e  $p=0,004$ , respetivamente). Verificamos ainda correlações moderadas, positivas e estatisticamente significativas entre as secções “Motivação”, “Padrão de Ocupação”, “Competências de Comunicação e Interação”, “Competências de Processo” e “Competências Motoras”, e a autoeficácia (F2). Observamos que a “Motivação” está correlacionada com a maturidade psicológica (F3), sendo esta correlação moderada, positiva e estatisticamente significativa ( $R_s= 0,292$  e  $p=0,000$ ).

**Tabela 9** – Relação entre os valores do MOHOST e do ICAC

	ICAC total		F1		F2		F3		F4	
	Rs	p	Rs	p	Rs	p	Rs	p	Rs	p
	<b>MOHOST</b>									
Motivação	<b>0,312**</b>	<b>0,000</b>	0,161	0,051	<b>0,255**</b>	<b>0,002</b>	<b>0,292**</b>	<b>0,000</b>	0,099	0,229
Padrão de Ocupação	<b>0,299**</b>	<b>0,000</b>	0,142	0,085	<b>0,268**</b>	<b>0,001</b>	<b>0,208*</b>	<b>0,011</b>	0,087	0,291
Competências de Comunicação e Interação	<b>0,253**</b>	<b>0,002</b>	<b>0,167*</b>	<b>0,042</b>	<b>0,223**</b>	<b>0,007</b>	0,149	0,071	0,052	0,530
Competências de Processo	<b>0,294**</b>	<b>0,000</b>	0,070	0,395	<b>0,297**</b>	<b>0,000</b>	0,150	0,068	0,140	0,090
Competências Motoras	<b>0,236**</b>	<b>0,004</b>	0,084	0,312	<b>0,234**</b>	<b>0,004</b>	0,051	0,535	0,073	0,375
Ambiente	<b>0,204*</b>	<b>0,011</b>	0,161	0,051	0,143	0,082	0,110	0,185	0,052	0,531

Quanto às diferenças entre o grau de dependência relativamente à relação entre a participação ocupacional e o autoconceito, o grupo de dependência moderada apresentou correlações muito fortes, positivas e estatisticamente significativas entre o “Padrão de Ocupação” e F1 (Rs=0,815 e p=0,014) e entre o “Padrão de Ocupação e F3 (Rs=0,803 e p=0,017). Este grupo apresentou ainda correlações fortes, positivas e estatisticamente significativa entre “Padrão de Ocupação” e o ICAC total (Rs=0,716 e p=0,046), “Competências de Comunicação e Interação” e F1 (Rs=0,744 e p=0,034) e “Competências de processo” e F1 (Rs=0,732 e p=0,039). Relativamente ao grupo da Dependência Grave (cf. Tabela 10) são várias as correlações estatisticamente significativas. Podemos verificar que existe correlações moderadas, positivas e estatisticamente significativas entre todas as secções do MOHOST e o ICAC total, excetuando as Competências Motoras. Verificamos ainda correlações moderadas, positivas e estatisticamente significativas entre as secções “Motivação”, “Padrão de Ocupação”, “Competências de Comunicação e Interação”, “Competências de Processo” e “Competências Motoras” e a Autoeficácia (F2).

**Tabela 10** – Relação entre os valores do MOHOST e do autoconceito, no grupo Dependência Grave

	ICAC total		F1		F2		F3		F4	
	Rs	p	Rs	p	Rs	p	Rs	p	Rs	p
	<b>MOHOST</b>									
Motivação	<b>0,39**</b>	<b>0,000</b>	0,14	0,185	<b>0,33**</b>	<b>0,002</b>	<b>0,38**</b>	<b>0,000</b>	0,19	0,085
Padrão de Ocupação	<b>0,38**</b>	<b>0,000</b>	0,09	0,402	<b>0,43**</b>	<b>0,000</b>	<b>0,26*</b>	<b>0,015</b>	0,14	0,178
Competências de Comunicação e Interação	<b>0,33**</b>	<b>0,002</b>	0,14	0,176	<b>0,34**</b>	<b>0,001</b>	<b>0,19</b>	0,081	0,12	0,272
Competências de Processo	<b>0,31**</b>	<b>0,004</b>	-0,28	0,799	<b>0,41**</b>	<b>0,000</b>	0,16	0,153	0,12	0,275
Competências Motoras	<b>0,24*</b>	<b>0,026</b>	0,08	0,488	<b>0,30**</b>	<b>0,005</b>	0,07	0,499	0,02	0,834
Ambiente	<b>0,34**</b>	<b>0,004</b>	<b>0,27*</b>	<b>0,012</b>	0,208	0,054	0,18	0,096	0,19	0,079

\* P&lt;0,05. \*\* P&lt;0,01

## Discussão

Relativamente à caracterização da nossa amostra, esta é maioritariamente masculina (66,9%). Este dado está em concordância com os dados revelados pela OMS (WHO, 2014) de que a prevalência de transtornos decorrentes do uso de álcool é superior nos homens do que nas mulheres. A idade da nossa amostra varia dos 23 aos 72 anos, sendo a média de idade de 45,9 anos. Estes dados são semelhantes ao do estudo realizado por Valentim, Santos e Pais-Ribeiro (2014), onde participaram 444 pessoas com o diagnóstico de dependência alcoólica de diferentes sub-regiões, que documentou indivíduos com uma média de idades de 45,35 anos. Na investigação referida anteriormente, os participantes eram maioritariamente casados ou em união de facto (42,3%) (Valentim et al., 2014), na nossa investigação ao mesmo grupo correspondiam 45,9% da amostra. No que respeita a situação laboral dos indivíduos, 48,6% encontravam-se desempregados. Esta percentagem de desempregados é semelhante ao do estudo de Valentim, Santos e Pais-Ribeiro (2014). Estes dados associam-se com os descritos na literatura ao nível da área de ocupação trabalho, em que esta população apresenta dificuldades na manutenção do emprego devido ao absentismo, diminuição de produtividade, entre outros (Cardoso et al., 2006; Crouch, 2007). Na análise descritiva do SADD, verificamos que a amostra é constituída maioritariamente por dependência moderada e grave, sendo que nenhum dos participantes apresentou ausência de dependência. Estes resultados eram expectáveis tendo em conta que o estudo foi realizado numa amostra já identificada pelo código F10 do CID-10 e internada para tratamento de desabitação na UDN. Sublinhamos assim que a caracterização da nossa amostra está em conformidade com a literatura sobre esta população.

Este estudo produziu evidência preliminar que vem sugerir alterações ao nível da participação ocupacional destes indivíduos, tal como é referido em estudos no campo das adições (Helbig & McKay, 2003; Rojo Mota, 2008). Os resultados do MOHOST revelam que a motivação, o padrão de ocupação e o ambiente são os fatores que interferem mais com a participação ocupacional. Segundo Rojo (2008), tendo por base o MOH, todos estes conceitos estão interrelacionados entre si. Durante o processo de tratamento, a motivação apresenta flutuações e conflitos sobre a cessação do consumo e a adoção de estilos de vida diferentes (Rodrigues & Teixeira, 2010), o que poderá explicar os resultados inferiores na motivação. Relativamente ao padrão de ocupação, estes dados são concordantes com estudos que revelaram que a perda de hábitos,

rotina e papéis - componentes do padrão de ocupação - estão afetados nesta população, influenciando negativamente o seu desempenho nas várias áreas de ocupação, devido à substituição destes por novos padrões centrados na aquisição e uso do álcool (Martin et al., 2008; Rodríguez et al., 2013; Rojo Mota, 2008). É de salientar que esta alteração ao nível do padrão de ocupação influencia ainda o ambiente em que o indivíduo se insere e as suas relações, podendo justificar a afetação desta variável na amostra em estudo (Helbig & McKay, 2003; Martin et al., 2008; Rodríguez et al., 2013). Analisando as correlações entre a pontuação total do SADD e as várias secções do MOHOST, verificamos correlações entre o grau de dependência e todas as componentes do MOHOST. Olhando para os valores das correlações, sugere-nos que quanto maior é o grau de dependência, menor é a pontuação das várias componentes. Quanto aos resultados obtidos neste estudo da correlação entre a dependência e as competências vão de encontro a estudos anteriores. A propósito a literatura descreve que estes indivíduos apresentam frequentemente problemas nas competências de comunicação e interação, nas competências de processo, por deterioração mental, ou ainda nas competências motoras por diminuição da resistência e tolerância ao exercício (Reed, 1991; Teixeira & Ricou, 2008). No padrão de ocupação, um desequilíbrio ocupacional é, normalmente, o que acontece com as pessoas dependentes de substâncias, podendo atingir um estado de privação ocupacional na medida em que a organização da sua rotina diária não lhes permite a realização de qualquer outro tipo de atividades. Ou seja, o consumo de álcool é de tal forma forte que constituiu um fator externo que lhe impede de ter um desempenho ocupacional desejável. (Caniglia, 2000; Teixeira & Ricou, 2008).

Quanto às competências de processo, denominadas como competências cognitivas no novo Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional (Marques & Trigueiro, 2011), vários estudos descrevem défices nestas competências (Evert & Oscar-Berman, 1995; Helbig & McKay, 2003; Nowakowska, Jabłowska, Adamiak & Borkowska, 2009). Estes défices cognitivos são explicados pelas alterações estruturais e processuais induzidas pelo álcool, sendo que estes estão associados principalmente a níveis de consumos crónicos e graves (Nowakowska et al., 2009; Pastor, Serecigni, Gómez & García, 2007). Estas consequências poderão explicar a relação entre estas competências e o grau de dependência (cf. Tabela 8). Relativamente ao ambiente, existe uma relação proporcional entre os níveis de consumo e o aparecimento de consequências sociais (Pastor et al., 2007), como problemas familiares e no trabalho. Uma forma de compreender esta relação poderá ser a redistribuição na eleição de atividades e contextos que estão relacionadas com o consumo de álcool, levando à diminuição do

suporte por parte dos familiares (Cervantes & Ortiz, 2002). Silvestre e Manita (2008) falam também de uma bi-direcionalidade entre o consumo e o que à área de ocupação trabalho diz respeito, e a influência que a mesma tem no autoconceito dos indivíduos. Estes autores referem que o trabalho pode ser a contingência inicial, isto é, a precaridade do trabalho, os baixos salários, as condições físicas do exercício profissional e as questões psicossociais associadas à situação de desemprego, entre outras, influenciam negativamente o autoconceito e são fatores que favorecem o consumo de álcool (Silvestre & Manita, 2008).

Nos resultados do autoconceito, verificamos que esta amostra apresenta valores inferiores aos resultados da população em geral descritos por Vaz-Serra (1986b). No entanto, estão em concordância com os encontrados por Almeida e colaboradores (1999) numa amostra de 170 doentes alcoólicos. Estas diferenças com a população em geral podem ser explicadas pelas consequências ocupacionais e funcionais descritas na literatura, nomeadamente dificuldades no desempenho nas várias áreas de ocupação e no cumprimento dos papéis ocupacionais (Bazzani, 2013; Helbig & McKay, 2003; Martin et al., 2008; Stoffel & Moyers, 2004), devido à criação de novos padrões relacionados com a substância (Rojo Mota, 2008), que poderão alterar o seu autoconceito. Tendo por base que este fator corresponde às perceções que o indivíduo tem de si próprio, construídas a partir da experiência e das interpretações que realiza do seu contexto (Reigal Garrido, García, Tamayo & Mier, 2013; Vaz-Serra, 1986b). As correlações entre o grau de dependência e o autoconceito revelam que o autoconceito diminui quando a dependência é mais grave. Estes dados corroboram com o estudo referido anteriormente que descreve uma possível influência entre estas duas variáveis (Almeida et al., 1999). A perda do controlo perante a necessidade de beber aumenta na dependência grave, tal como a necessidade de satisfazer as carências físicas, psicológicas e sociais provenientes do álcool, resultando assim destruturação pessoal e social com implicações no autoconceito (Cervantes & Ortiz, 2002). É de relevar o papel que o autoconceito apresenta no comportamento ocupacional dos alcoólicos.

A análise estatística dos dados demonstrou relações entre a participação ocupacional e o autoconceito. Todas as componentes do MOHOST apresentaram relações positivas e significativas com o autoconceito em geral. Segundo o MOH, um indivíduo tende a repetir o que deu prazer ou sentido de eficácia, evitando as situações contrárias (escolhas ocupacionais). A relação entre estas variáveis pode ser explicada pela influência destas nas escolhas ocupacionais e ao estudar estas com os alcoólicos apuramos que existe uma relação positiva e significativa entre a motivação e a

autoeficácia, sendo que, segundo Kielhofner (2008), a motivação para a ocupação ou denominada por volição pelo MOH pode-se conceptualizar pela causalidade pessoal (competência e eficácia), valores e interesses. A inclusão da eficácia como constituinte da motivação pode justificar a relação entre estas duas variáveis no nosso estudo, ou seja, quanto maior for a autoeficácia relativamente a uma determinada atividade, maior será a motivação do indivíduo para o envolvimento nesta. A autoeficácia é caracterizada como um mecanismo cognitivo para mediar a motivação e o comportamento, para um determinado objetivo (Bandura, Azzi & Polydoro, 2008.). A autoeficácia apresentou ainda relação com o padrão de ocupação e as competências de processo e com as motoras. Estes resultados podem ser devidos à limitação da eficácia provocada pelos défices temporais ou permanente nas competências físicas e mentais provocadas pelos efeitos da adição (Helbig & McKay, 2003). Assim sendo, se não existirem alterações nestas duas competências, a autoeficácia não vai ser afetada por estas. Quanto ao ambiente, esta relação com autoeficácia pode ser entendida devido à influência das oportunidades e restrições do ambiente no desempenho, sendo que pode provocar uma disrupção na volição e conduzir a escolhas que encerram estes indivíduos num ciclo de ineficácia e incapacidade de mudança perante as circunstâncias (Helbig & McKay, 2003). Demonstra-se assim a importância da avaliação do contexto em que o indivíduo se insere e de que forma suporta/restringe a participação ocupacional. Quanto ao padrão de ocupação e a autoeficácia, vários estudos referem a alteração do padrão de ocupação destes indivíduos por um padrão resultante da adição o que pode influenciar negativamente o seu sentido de autoeficácia, devido à perda de hábitos, rotinas e papéis significativos para estes (Helbig & McKay, 2003; Martin et al., 2008; Rodríguez et al., 2013).

Importa por último sublinhar que, o facto de a amostra ser apenas recolhida por conveniência numa instituição, pode limitar os resultados. Seria interessante, por exemplo, ter-se implementado o estudo também na consulta externa por forma a realizar uma comparação na fase de tratamento de dados. Ou a influência cultural que a zona geográfica pode ter e que não foi contemplada no estudo. Consideramos que a existência de pouca bibliografia sobre o estudo destas variáveis nesta população é um aspeto de investigação na área.

## Conclusão

Tendo em conta a caracterização da participação ocupacional e do autoconceito, principal objetivo deste trabalho, verificamos que existem diferenças na amostra de doentes alcoólicos estudados em ambas as dimensões, em função do grau de dependência. O alcoólico com dependência grave apresenta níveis de autoconceito mais baixos e a sua participação ocupacional é influenciada maioritariamente pela motivação, padrão de ocupação, competências cognitivas e ambiente. Este estudo sugere ainda existir, no grupo estudado, uma relação entre os conceitos que influenciam a participação ocupacional e o autoconceito em geral. Estas relações são mais evidentes no grupo de dependência grave, comparativamente com os outros grupos com menor grau de dependência, nomeadamente entre as várias componentes que influenciam a participação ocupacional e o autoconceito em geral e a autoeficácia. Estas componentes (e.g.: autoconceito/padrão de ocupação; autoeficácia/competências cognitivas; ...) interrelacionadas poderiam ser um novo foco das intervenções atualmente realizadas nos doentes com problemas ligados ao álcool.

Um aspeto a exigir numa investigação mais aprofundada prende-se com um número que se desejaria mais elevado de indivíduos e uma avaliação mais complexa das variáveis estudadas. Uma das possibilidades para uma futura investigação na área do alcoolismo e da terapia ocupacional seria um estudo longitudinal de forma a estudar e compreender de que forma estas duas variáveis evoluem ao longo do processo de reabilitação. Esperamos que a nossa investigação desperte o estudo da população alcoólica naquilo que está além dos seus comportamentos, muitas vezes analisados e criticados pelo senso comum.

Nos doentes com problemas ligados ao álcool, a Ocupação pode desempenhar o papel de catalisador, facilitando o processo de reconhecimento de comportamentos inadaptados, com vista a uma melhoria da participação ocupacional.

## Bibliografia

Almeida, A., Gomes, A., Breda, J., & Lameiras, R. (1999). Avaliação do auto-conceito nos doentes alcoólicos. *Psiquiatria Clínica*, 20 (4), 307-316.

Alves, H., Kessler, F., & Retto, L.R.C. (2004). Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Suplemento 1), 51-53.

Bandura, A., Azzi, R. G., & Polydoro, S. (2008). Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed.

Bazzani, L. C. (2013). La terapia ocupacional en el abordage de las adicciones: una revisión actualizada. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13 (2), 57-64.

Cardoso, J. M. N., Barbosa, A., Ismail, F., & Pombo, S. (2006). Neter alcoholic typology (nat). *Alcohol and Alcoholism*, 41 (2), 133-139. doi: 10.1093/alcalc/agh247.

Caniglia, M. (2000). Terapia Ocupacional, Saúde Prática e Pós-Modernidade. Belo Horizonte: Ed. Cuatiara.

Castiñeira, E. (2013). Exploración da identidade ocupacional con dependencia ao alcohol. (Grao), Universidade da Coruña, Coruña.

Cervantes, G., & Ortiz, A. (2002). Análisis psicológico conductual de las estrategias de autocontrol implicadas en el consumo de alcohol. *Adicciones*, 14 (4), 443-454.

Chaudhury, S., Das, S. K., & Ukill, B. (2006). Psychological assessment of alcoholism in males. *Indian J Psychiatry*, 48 (2), 114–117.

Crouch, R. (2007). Substance Abuse. In Z. Weideman (Ed.), *Occupational Therapy Prescribed Minimum Benefits-Occupational Therapy Guidelines Mental Health* (pp. 185-193). South African: South African Society of Psychiatrists.

Cunha, G., Martins, M. d. R., Sousa, R., & Oliveira, F. (2007). Estatística aplicada às ciências e tecnologias da saúde. Lisboa: Lidel.

Evert, D. L., & Oscar-Berman, M. (1995). Alcohol-related cognitive impairments: An overview of how alcoholism may affect the workings of the brain. *Alcohol Health Res World*, 19 (2), 89-96.

Fonte, A. (2004). *Questionários de Avaliação Clínica e Epidemiológica do Alcoolismo*. Lisboa: Merck.

Forsyth, K., Parkinson, S., Kielhofner, G., Kramer, J., Mann, L. S., & Duncan, E. (2011). The measurement properties of the model of human occupation screening tool and implications for practice. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 58 (2), 5-13.

Fortin, M., Coté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fuentes, M. C., García, F., Gracia, E., & Lila, M. (2011). Autoconcepto y consumo de sustancias en la adolescencia. *Adicciones*, 23 (3), 237-248.

Gallassi, A. D., Alvarenga, P. G. D., Andrade, A. G. D., & Couttolenc, B. F. (2008). The Cost of problems caused by alcohol abuse. *Rev. Psiquiatr. Clin.*, 35, 6.

Giancola, P. R., & Moss, H. B. (1999). Executive cognitive functioning in alcohol use disorders. *Recent Developments in Alcoholism*, 14, 227-251.

Gravato, J. (2007). *Manual do utilizador do instrumento de rastreio do modelo de ocupação humana (MOHOST/IRMOH)*. Porto: Centro de estudos de ocupação humana.

Gravato, J., & Martins, S. (2005). Contributo para a Adaptação e Validação do "The Model of Human Occupation Screening Tool"- MOHOST.

Graña, J., Muñoz-Rivas, M., Andreu, J., & Peña, M. (2000). Variables psicológicas relacionadas con el consumo de drogas en adolescentes: depresión y autoconcepto. *Revista de Drogodependencia*, 25 (1), 170-181.

Helbig, K., & McKay, E. (2003). An Exploration of Addictive Behaviours from an Occupational Perspective. *Journal of Occupational Science*, 10 (3), 140-145.

Johnson, B. A. (2010). Medication Treatment of Different Types of Alcoholism. *Am J Psychiatry*, 167 (6), 630-639.

- Jorge, M. R., & Masur, J. (1985). The Use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients. *British Journal of Addiction*, 80, 301-305.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., Fan, C.-W., Morley, M., Garnham, M., Heasman, D., Forsyth, K., & Taylor, R. R. (2010). A Psychometric Study of the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 20 (2), 63-70.
- Kim, J. S., Park, B. K., Kim, G. J., Kim, S. S., Jung, J. G., Oh, M. K., & Oh, J. K. (2007). The Role of Alcoholics' Insight in Abstinence from Alcohol in Male Korean Alcohol Dependents. *J Korean Med Sci*, 22 (1), 132-137.
- Laranjeira, R. (2010). Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (3), 231-41.
- Marques, A., & Trigueiro, M. J. (2011). *Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo (2ª ed.)*. Porto: Livpsic.
- Martin, L., Bliven, M., & Boisvert, R. (2008). Occupational Performance, Self-Esteem, and Quality of Life in Substance Addictions. *Recovery. OTJR: Occupation, Participation and Health*, 28 (2), 81-88.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com SPSS Statistic (5th ed.)*. Pero Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- McMurrin, M., & Hollin, C. (1989). The Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire: Norms and reliability data for male young offenders. *British Journal of Addiction*, 84, 315-317.
- Mello, M. L., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Nowakowska, K., Jabłkowska, K., Adamiak, G., & Borkowska, A. (2009). P01-58 Cognitive dysfunctions in patients with alcohol dependence. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 24, S446.

Organização Mundial de Saúde (1993). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: ARTMED Editora SA.

Parkinson, S. (2002). A user`s Manual for The Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST): Research Version.

Pastor, F. P., Serecigni, J. G., Gómez, C. P., & García, J. B. (2007). Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol (3ª ed.). Madrid: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías.

Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, D. (1983). Development of a questionnaire to measure Alcohol Dependence. *British Journal of Addiction*, 78 (1), 89-95.

Reed, K. L. (1991). *Quick Reference to Occupational Therapy*. Maryland: Aspen, 493-502.

Reigal Garrido, R., García, A. V., Tamayo, I. M., & Mier, R. J. R. d. (2013). Importancia del autoconcepto físico y la autoeficacia general en la predicción de la conducta de práctica física. *Apunts. Educación física y deportes*, 2 (112), 46-51.

Rodrigues, M., & Teixeira, Z. (2010). Da “falta de força de vontade” ao empowerment na dependência de álcool. *Revista Toxicodependências*, 16 (1), 57-64.

Rodríguez, D., Garlito, P., & Baños, M. (2013). Desempeño ocupacional y calidad de vida en personas con adicción a substancias. *TOG (A Coruña)*, 10 (18).

Rojo Mota, G. (2008). Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. *Trastornos Adictivos*, 10 (02), 88-97.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). (2013). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020

Shand, F., Gates, J., Fawcett, J., & Mattick, R. (2003). *Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems*. Australia: National Drug and Alcohol Research Centre.

Silvestre, A. R., & Manita, C. (2008). Relação drogas-trabalho na construção de carreiras desviantes. *Toxicodependências*, 14 (2), 3-14.

Stoffel, V. C., & Moyers, P. A. (2004). An Evidence-Based and Occupational Perspective of Interventions for Persons With Substance-Use Disorders. *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(5).

Teixeira, C., & Ricou, M. (2008). Volição em Toxicodependentes que frequentam a Unidade de Desabilitação Norte pela primeira vez e em indivíduos reincidentes. *Toxicodependência*, 14 (2), 25-35.

Valentim, O. S., Santos, C., & Pais-Ribeiro, J. U. (2014). Vulnerabilidade ao Stress em Pessoas com Alcoolismo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 76-81.

Vasconcelos-Raposo, J., Gonçalves, O., Teixeira, C., & Fernandes, H. M. (2009). Relação entre dimensões do autoconceito e consumo de álcool em alunos. *Motricidade*, 5 (1), 51-76.

Vaz-Serra, A. (1986a). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.

Vaz-Serra, A. (1986b). O inventário clínico do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.

World Health Organization. (2014). Global Status report on alcohol and health. Switzerland: Who Library.

Zeigler-Hill, V., Stubbs, W. J., & Madson, M. B. (2013). Fragile Self-Esteem and Alcohol-Related Negative Consequences Among College Student Drinkers. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32 (5), 546-567.