

QUESTIONÁRIO DE AUTO-REGULAÇÃO NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS: ESTUDO PSICOMÉTRICO

SELF-REGULATION QUESTIONNAIRE IN DRUG ADDICTION TREATMENT: PSYCHOMETRIC STUDY

ISABEL SILVA, CARLA FONTE,
MARIANA MATOS

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Universidade Fernando Pessoa
Praça 9 de Abril, 349
4249-004 Porto
Portugal

Endereço para correspondência,
incluindo e-mail:
Carla Fonte
Universidade Fernando Pessoa
Praça 9 de Abril, 349
4249-004 Porto
Portugal
cfonte@ufp.edu.pt
Telefone: +351 225071300

RESUMO

O presente estudo teve como objectivo a construção de um questionário de auto-regulação no tratamento da dependência de substâncias e o seu estudo psicométrico. Procedeu-se à construção do Questionário de Auto-Regulação no Tratamento da Dependência de Substâncias, cuja versão em estudo é constituída por 37 itens. O questionário foi administrado no contexto de uma entrevista pessoal a 321 utentes de instituições para tratamento por perturbações pela utilização de substâncias. Procedeu-se a uma análise em componentes principais, que sugere a organização dos itens em 3 factores, que explicam 44,19% da variância - Motivação, Relação com os Profissionais de Saúde e Competência Percebida. O instrumento revelou apresentar uma excelente fidelidade ($\alpha=0,93$) e a análise da correlação corrigida para sobreposição dos itens com as subescalas demonstra uma validade convergente-discriminante aceitável. O questionário revela-se, ainda, sensível no que respeita à Competência Percebida e existência de recaídas.

Palavras-chave: Auto-regulação, dependência de substâncias, tratamento, motivação, avaliação

INTRODUÇÃO

A auto-regulação tem vindo a ser valorizada pela Psicologia não só do ponto de vista teórico, mas também na sua vertente aplicada aos mais diversos domínios, tendo vindo a ser assumida como central ao bem-estar dos indivíduos e das comunidades e ao seu sucesso adaptativo (Boekaerts, Maes, & Karoly, 2005).

Esta variável tem sido identificada como um processo relevante, em particular, nas questões da saúde e da doença. De facto, em termos de intervenção na saúde, quando a auto-regulação é tida em conta, o indivíduo passa a ser percebido como tendo um papel ativo (e não passivo), no seu tratamento, aspecto que poderá ser particularmente importante na dependência de substâncias (Maes & Karoly, 2005).

Boekaerts et al. (2005) assumem a auto-regulação como implicando escolha, consistência e continuidade ao longo do tempo. De acordo com estes autores, os indivíduos que estão conscientes de quais são os seus objectivos e de como o seu sistema de objectivos funciona encontram-se numa melhor posição para orientar e dirigir os seus comportamentos. Boekaerts et al. (2005) defendem, ainda, que a auto-regulação pode ser aumentada consideravelmente a partir da reflexão sobre pistas ambientais que podem facilitar ou inibir a escolha de objectivos, a persistência e a conclusão desses objectivos.

ABSTRACT

The present study aimed to construct a questionnaire for self-regulation in the treatment of substance dependence and its psychometric study. It was developed the Self-Regulation Questionnaire in Treatment of Substance Dependence, whose version consists of 37 items. This questionnaire was administered in the context of a personal interview to 321 users who were being treated in institutions for substances dependence disorders. It was conducted a principal components analysis, which revealed the organization of the items on 3 factors, which explain 44.19% of the variance - Motivation, Relationship with Health Care Professionals and Perceived Competence. The instrument showed excellent fidelity ($\alpha=.93$) and correlation analysis, corrected for overlap, of items with subscales demonstrated acceptable convergent-discriminant validity. The questionnaire also revealed to be sensitive in what concerns to Perceived Competence and the existence of relapse.

Keywords: Self-regulation, drug addiction, treatment, motivation, assessment

Apesar de se encontrarem na literatura uma grande diversidade de definições de autoregulação, o termo é comumente definido como um processo sistemático do comportamento humano que envolve o estabelecimento de objetivos pessoais e ainda a orientação do seu comportamento para o atingir dos objetivos estabelecidos (Boekaerts et al., 2005; Carver, 2004; Maes & Karoly, 2005; Murtagh & Todd, 2004; Vohs & Baumeister, 2004). Destacamos a leitura teórica de Maes e Karoly (2005), que analisam a auto-regulação como um processo de orientação de objetivos de acordo com três fases, nas quais a finalidade é atingir e manter os objetivos pessoais que estão sujeitos simultaneamente a complexas forças internas e à influência das mudanças ambientais. A primeira fase refere-se à selecção do objectivo, setting e construção/representação; a segunda fase à procura activa do objectivo; e, por fim a terceira fase, na qual se pretende atingir e manter o objectivo ou, no momento oportuno, o abandono do objectivo.

Ainda de salientar que, do ponto de vista conceptual, a auto-regulação tem relação com outros construtos psicológicos. A investigação acerca da auto-regulação tem-se centrado na capacidade do indivíduo monitorizar e modificar o seu comportamento, cognição e afecto (e, por vezes, o seu ambiente) com a finalidade de atingir um objectivo (Efklides et al., 2002; Efklides, 2005). Os estudos mais recentes sublinham que a auto-regulação é conceptualizada na literatura como

sendo relevante para várias linhas de investigação, incluindo metacognição, aquisição de objectivos, motivação intrínseca, controlo da acção, processos de avaliação, autonomia e auto-determinação na organização do objectivo e uso de estratégias cognitivas e metacognitivas na implementação de objectivos (Murtagh & Todd, 2004).

A auto-regulação refere-se de forma geral a qualquer esforço de um ser humano para alterar as suas próprias respostas, sendo que, no domínio das adições, se refere frequentemente a uma tentativa para substituir um comportamento aprendido ou hábito de consumo de drogas com vista a alcançar um objectivo positivo a longo prazo (Sayette, 2004).

Brorson, Arnevik, Rand-Hendricksen e Duckert (2013) consideram que um dos factores que revela estar consistentemente relacionado com resultados favoráveis nos tratamentos de todas as adições é a conclusão do tratamento, sendo que esta revela estar associada com a abstinência e com recaídas menos frequentes. No entanto, uma das principais causas apontadas para o abandono de programas de tratamento, para o não cumprimento destes e para a ocorrência de recaídas é a motivação (Ryan, Plant, & O'Malley, 1995), domínio em relação ao qual a investigação não tem conduzido a resultados consensuais. Numa revisão sistemática, conduzida por Brorson, et al. (2013), sobre os factores de risco associados ao abandono de programas de tratamento para adições, em que foram analisadas publicações científicas do período compreendido entre 1992 e 2013, os autores confrontaram-se com estudos com resultados distintos, se não mesmo antagónicos – em alguns estudos uma baixa motivação aparece associada a abandono do tratamento mais elevado, mas noutros verifica-se o oposto, estando uma motivação mais elevada associada a um abandono do tratamento mais elevado. Por outro lado, uma motivação extrínseca elevada revela estar associada a maior probabilidade de abandono do tratamento, enquanto uma motivação intrínseca elevada não revelou estar associada a esse abandono. Entre os vários factores identificados como preditores do drop out por estes autores, destaca-se também a aliança terapêutica, sendo que os estudos revelam associações significativas entre a fraca aliança terapêutica e o risco de abandono de programas de tratamento.

No mesmo sentido parece ir o estudo desenvolvido por Kennedy e Gregoire (2009), que conclui que as pessoas que entram em tratamento para adições com elevados níveis de motivação interna têm maior probabilidade de se encontrarem nos estádios de contemplação (em que o indivíduo está a pensar em abordar o problema mas ainda não agiu) ou de acção (em que o indivíduo já iniciou alterações no seu comportamento de consumo de substâncias) do que no estádio de pré-contemplação (em que o indivíduo não apresenta nesse momento qualquer intenção para modificar o seu comportamento e pode não estar consciente que tem um problema).

Sayette (2004) divide o fracasso na auto-regulação de indivíduos com problemas de adição em dois tipos – o fracasso

para exercer controlo sobre si mesmo e o fracasso em exercer controlo de forma a alcançar o resultado desejado, isto é estabelecer os objectivos adequados; monitorizar-se a si mesmo em relação a esses objectivos; alterar o seu comportamento para se adequar a esses padrões definidos.

A teoria da auto-determinação constitui abordagem da motivação humana e da personalidade que enfatiza a importância do desenvolvimento de recursos internos para o desenvolvimento da personalidade e da auto-regulação do comportamento (Ryan & Deci, 2000, 2008) e que nos parece de suma importância para o domínio do tratamento das toxicodependências.

Ryan, Patrick, Deci, e Williams (2008), adoptando a perspectiva da teoria da auto-determinação, defendem que se atente mais cuidadosamente na experiência e motivação dos pacientes, acrescentando que a manutenção de comportamentos ao longo do tempo requer que os indivíduos internalizem valores e competências para a mudança, e experienciem auto-determinação.

A teoria da auto-determinação centra a sua investigação nas tendências inerentes de crescimento e necessidades psicológicas inatas que são a base para a sua auto-motivação e integração da personalidade. Com base em estudos empíricos, foram identificados três dessas necessidades: as necessidades de competência, relação e autonomia. Estas parecem ser essenciais na facilitação do funcionamento óptimo das tendências naturais para o crescimento e integração, bem como para um desenvolvimento social construtivo e bem-estar pessoal (Ryan & Deci, 2000, 2008).

De acordo com Ryan, Patrick, et al. (2008), maximizando a experiência que o indivíduo tem de autonomia, competência e de relação com os contextos de cuidados de saúde, a regulação de comportamentos de saúde será mais provavelmente internalizada e integrada, e a mudança de comportamento será mais provavelmente mantida. Ryan, Patrick, et al. (2008) descrevem esses três pilares da teoria da auto-determinação do seguinte modo:

(a) Autonomia: muitos dos comportamentos de saúde que adoptamos não são intrinsecamente motivados por inerência, isto é, para serem mantidos fora dos contextos de tratamento e de ambientes controlados, os indivíduos têm de valorizar esses comportamentos e considerá-los importantes. A adopção de comportamentos de saúde e sua manutenção podem resultar de uma motivação controlada, de uma regulação externa, em que a pessoa age para receber uma recompensa externa, para evitar uma punição, porque se sente pressionada por outros, para receber a aprovação de outrém, para evitar a sua reprovação ou sentimentos de culpa. Mas também pode resultar de uma motivação autónoma, isto é do indivíduo valorizar e atribuir importância à adopção de determinado comportamento de saúde (regulação identificada) ou de, para além disso, esses objectivos se encontrarem alinhados com outros valores centrais e padrões de vida do indivíduo (regulação integrada).

b) Competência: Para além do sentido de autonomia, Ryan,

Patrick, et al. (2008) defendem que a internalização requer que o indivíduo se sinta confiante e competente para mudar. O objectivo não será desafiá-lo de forma extrema, mas ajudá-lo a desenvolver um sentido de mestria em termos do comportamento de saúde que precisa de ser implementado. O desenvolvimento dessa percepção de competência é facilitado pela autonomia, pois, quando o indivíduo está motivado para se envolver e tem muita vontade de agir, está mais apto a aprender e a aplicar novas estratégias e competências. Assim, Ryan, Patrick, et al. (2008) consideram que a autonomia e competência não devem ser percebidas como suficientes por si mesmas – não é suficiente o indivíduo sentir-se competente, é preciso que essa competência esteja acompanhada de vontade e de autonomia; mas a autonomia também é determinante para o desenvolvimento de um sentido de competência.

c) Relação: A percepção de que se é respeitado, compreendido e cuidado é fundamental para formar experiências de conexão e de confiança, e para que a internalização ocorra (Ryan, Patrick, et al., 2008).

Ryan, Patrick, et al. (2008) defendem que, quando as necessidades de autonomia, competência e relação são respondidas no processo dos cuidados de saúde, os indivíduos experimentam um maior envolvimento no tratamento em termos volitivos e melhor manutenção de resultados ao longo do tempo. Ryan e Deci (2006) afirmam mesmo que a investigação no domínio dos cuidados de saúde e da terapia atesta a importância dos profissionais apoiarem a autonomia, sendo que, quando existe esse apoio, ocorre maior envolvimento com os programas, maior adesão ao tratamento e manutenção das mudanças de comportamento.

Uma condição sine qua non para o desenvolvimento de programas de intervenção eficazes é o uso de medidas válidas e fiéis que nos permitam avaliar as mudanças na auto-regulação ao longo do tempo. No que diz respeito à auto-regulação, existem numerosos instrumentos de avaliação em domínios tão diversos quanto o académico, aprendizagem, exercício físico, religião, amizade, tratamentos em geral (testado no âmbito do tabagismo, de dietas e do exercício físico) (<http://www.selfdeterminationtheory.org/>), alguns dos quais adaptados à população portuguesa, como o Treatment Self-Regulation Questionnaire for Physical Activity (TSRQ-PA) (Marques, Gucht, Maes, Gouveia, & Leal, 2012), o Regulatory Focus Questionnaire (TFR), o Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ), a Perceived Competence Scale – Healthy Diet (PCS) e o Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) (Mestre, 2010). No entanto, existe carência de instrumentos desenvolvidos que se centrem especificamente na temática da dependência de substâncias, nomeadamente do álcool e de substâncias ilícitas. Urge, pois, a construção de um instrumento de avaliação que possa ser útil, não só na avaliação, mas também na intervenção no que respeita ao tratamento da dependência de substâncias, que integre a auto-regulação na prevenção de recaídas (Vansteem, Williams,

& Resnicow, 2012). Assim, o presente estudo tem como objectivo geral a construção de um Questionário de Auto-Regulação no Tratamento da Dependência de Substâncias e o seu estudo psicométrico no que respeita à sua validade, fidelidade e sensibilidade.

MATERIAL E MÉTODOS

PARTICIPANTES

Estudou-se uma amostra de conveniência constituída por 321 utentes de instituições para tratamento por perturbações pela utilização de substâncias (de acordo com os critérios definidos por DSM-IVTR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, American Psychiatric Association, 2002).

Relativamente aos participantes, 90,7% (n=291) eram do sexo masculino; tinham idades compreendidas entre os 20 e os 58 anos (M = 36,75; DP = 7,26); 62,9% (n=202) eram solteiros, 19,3% (n=62) separados/divorciados, 16,8% (n=54) casados ou viviam em união de facto e 0,9% (n=3) viúvos. No que diz respeito às habilitações literárias, 60,4% (n = 194) dos utentes possuía o 2.º ciclo de estudos do ensino básico, 20,2% (n=65) o 1.º ciclo de estudos do ensino básico, 17,1% (n=55) o 3.º ciclo de estudos do ensino básico e 2,2% (n=7) o ensino superior.

Em relação à idade de início de consumo, esta variou entre os 6 e os 42 anos (M=17,49; DP=5,04); 63,9% (n=205) dos participantes referiram ter efectuado tratamentos anteriores, variando o número destes entre 0 e 21 (M=1,89; DP=3,22), tendo 28,3% (n=91) realizado tratamento anterior em Comunidades Terapêuticas, 20,6% (n=66) em Hospitais, 18,1% (n=58) em Clínicas, 13,7% (n=44) em casa, 10,3% (n=33) em Associações e 5,3% (n=17) em Centros de Respostas Integradas; 16,5% (n=53) dos utentes referem ter realizado outro tipo de tratamentos.

Relativamente ao tempo a que actualmente se encontram a realizar tratamento, podemos identificar diferentes grupos de participantes: 6,5% (n=21) encontram-se em tratamento há menos de 1 mês; 13,7% (n=44) entre 1 e 6 meses; 10,0% (n=32) entre 7 e menos de 12 meses; 16,8% (n=54) entre 12 e 24 meses; e 52,6% (n=169) há mais de 24 meses.

Na sua maioria, os utentes referem a heroína como sendo a substância de abuso (87,2%; n=280), seguindo-se a cocaína (79,8%; n=256), os canabinóides (43,6%; n=140), o álcool (19,3%; n=62), o L.S.D. (11,8%; n=38), o ecstasy (8,1%; n=26), medicação sem receita médica (7,5%; n=24), anfetaminas (5,6%; n=18), ketamina (3,1%; n=10) e ópio (1,6%; n=5).

MATERIAL

Questionário sócio-demográfico e clínico: Criou-se um questionário sócio-demográfico e clínico para recolha de dados no presente estudo, tendo este avaliado as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, idade aquando do início do consumo, substância(s)

de abuso, existência de tratamentos anteriores e sua quantificação e tratamento actual, incluindo informação sobre o tipo de instituição onde o está a realizar e há quanto tempo iniciou este tratamento que se encontra a frequentar.

Questionário de Auto-Regulação no Tratamento da Dependência de Substâncias: questionário cuja estrutura e processo de construção se apresentam descritos detalhadamente na secção Procedimento.

PROCEDIMENTO

Procedeu-se a uma revisão da literatura sobre auto-regulação, procurando-se aprofundar os conhecimentos sobre esta variável e sobre a forma como tem vindo a ser avaliada. Realizou-se uma análise do Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) (Levesque, et al., 2007), do Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) e do Perceived Competence Scales (PCS) (disponíveis em: <http://www.selfdeterminationtheory.org/questionnaires/>), instrumentos que têm precisamente como objectivos avaliar os três pilares da auto-regulação e que têm vindo a ser utilizados em diversos contextos de cuidados de saúde, com participantes com distintas doenças crónicas.

Estes instrumentos foram ajustados à problemática da dependência de substâncias por três psicólogos, chegando-se a uma versão inicial de consenso constituída por 40 itens, numa escala tipo Likert de 5 opções de resposta, que se pretendia avaliasse 5 subescalas teóricas: (a) Motivação Autónoma: que pretendia analisar a extensão em que o indivíduo está intrinsecamente motivado para o tratamento da dependência de substâncias e, consequentemente, auto-determinado; (b) Motivação Controlada: que pretendia avaliar a extensão com que os comportamentos do indivíduo no âmbito do tratamento para a dependência de substâncias são extrinsecamente motivados e, logo, mais controlados e menos autónomos; (c) Amotivação: que pretendia avaliar a extensão com que o indivíduo percebe não ter motivação para adotar os comportamentos implicados no tratamento da dependência de substâncias; (d) Relação com os Profissionais de Saúde: subescala que pretendia avaliar a percepção que o indivíduo tem do grau com que os profissionais de saúde apoiam a sua autonomia relativamente ao tratamento para a dependência de substâncias; (e) Competência Percebida: que pretendia avaliar o grau com que cada respondente se sente confiante para iniciar ou manter o tratamento para a dependência de substâncias.

De seguida, foi efectuada a análise dos itens por dois especialistas (psicólogos) para saber se: cada item parecia medir o construto que se propunha medir (validade facial); se haveria outra forma mais simples ou adequada de apresentar o item; se o formato do conjunto de itens era o mais adequado e avaliar se o tipo de resposta pedido era adequado.

Foi, ainda, realizada a análise cognitiva (cognitive debriefing)

individualmente com 6 utentes da população-alvo, que se encontravam em atendimento em diferentes instituições, com o objectivo de identificar se existiam itens de difícil compreensão ou que pudessem gerar desconforto aos participantes. Três utentes eram do sexo masculino, com média de idades de 31 anos e encontravam-se em tratamento em ambulatório. Os restantes utentes eram dois do sexo masculino e uma do sexo feminino, com média de idades de 30 anos, encontrando-se institucionalizados.

O questionário sofreu algumas alterações resultantes destas duas análises realizadas – análise realizada pelos especialistas e análise cognitiva.

Finalmente, após uma análise psicométrica preliminar, optou-se por eliminar a subescala da Amotivação, dado todos os participantes no estudo já se encontrarem integrados em programas de tratamento para a dependência de substâncias. A versão final do questionário (Anexo) passou, assim, a incluir 37 itens, distribuídos por 4 dimensões (Tabela 1):

Tabela 1. Estrutura do Questionário de Auto-Regulação no Tratamento da Dependência de Substâncias

Subescala	Itens	Valor máximo e valor mínimo
Motivação Autónoma	3, 4, 9, 13, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 27	Mínimo: 11 Máximo: 55
Motivação Controlada	1, 2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 22, 24, 26, 28, 29	Mínimo: 18 Máximo: 80
Relação com os Profissionais de Saúde	30, 31, 32, 33	Mínimo: 4 Máximo: 20
Competência Percebida	34, 35, 36, 37	Mínimo: 4 Máximo: 20

O valor mínimo que é possível obter em cada item é 1 e o valor máximo é 5. O valor de cada subescala resulta do somatório dos valores obtidos nos itens que a constituem. Desta forma quanto maior o valor total obtido em cada subescala, maior o nível de motivação autónoma e controlada, melhor relação com os profissionais e maior competência percebida.

Após a construção do questionário foram contactadas instituições associadas ao tratamento da dependência de substâncias, tendo sido explicados os objectivos do presente estudo, foram apresentados os questionários que iriam ser administrados, esclareceu-se o número de utentes que se pretendia que participassem, bem como a duração estimada do preenchimento dos instrumentos. De realçar que foi

salientada a vantagem que esta investigação poderia ter para as instituições de acolhimento: o instrumento em construção poderá constituir-se como um material de avaliação na área do tratamento da dependência de substâncias.

Assim sendo, foi solicitada a autorização por escrito aos Directores de cada instituição, acompanhada pelo Projecto de Investigação, pelo Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, e pelo Questionário de Auto-Regulação no Tratamento da Dependência de Substâncias.

A inclusão dos participantes obedeceu aos seguintes critérios: 1) serem indivíduos que apresentassem perturbações pela utilização de substâncias; 2) que se encontrassem em tratamento nas instituições referidas anteriormente; 3) com idade igual ou superior a 18 anos; e 4) que assinassem o consentimento informado para participarem no estudo.

O questionário foi administrado a cada participante individualmente num gabinete das instituições, onde se pretendeu proporcionar um espaço acolhedor que garantisse a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos e, consequentemente, diminuir o constrangimento social. As questões éticas subjacentes a qualquer processo de investigação foram salvaguardadas, de modo a que os direitos dos participantes e a entidade acolhedora fossem protegidos. Os participantes foram informados sobre os objectivos do estudo, os métodos que seriam adoptados, de que não se previam riscos/custos da sua participação, bem como de que tinham o direito de recusar a todo o tempo a sua participação, sem que dessa opção decorresse qualquer prejuízo pessoal. Relativamente à análise dos dados recolhidos, recorreu-se aos seguintes procedimentos estatísticos: análise em componentes principais, alfa de Cronbach, correlação de cada item com a subescala a que pertence e com as outras subescalas, corrigida para sobreposição; teste t de Student; e One-Way Anova.

RESULTADOS

Com o objectivo de testar a validade do instrumento, procedeu-se a uma análise em componentes principais (Tabela 2).

Tabela 2: Análise em componentes principais

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1	0,64		
2	0,57		
3	0,46		
4	0,42		
5	0,49		
6	0,56		
7	0,60		
8	0,54		
9	0,49		
10	0,70		
11	0,67		
12	0,52		
13	0,48		
14	0,45		
15	0,67		
16	0,65		
17	0,47		
18	0,56		
19	0,55		
20	0,74		
21	0,65		
22	0,62		
23	0,53		
24	0,70		
25	0,63		
26	0,08		
27	0,59		
28	0,61		
29	0,56		
30			0,61
31			0,54
32			0,55
33			0,53
34		0,55	
35		0,54	
36	0,34	0,20	
37		0,49	

A análise em componentes principais aponta, de forma geral, para a existência de 3 factores, que explicam 44,19% da variância: motivação, relação com os profissionais e competência percebida. Apenas um dos itens (Item 36 - “Sou capaz de me manter abstinente para sempre”) não satura no factor a que teoricamente deveriam pertencer. No entanto, a diferença nas cargas factorial deste item no 1º e 2º factores é muito pequena.

Calculou-se o alfa de Cronbach como medida de consistência interna do instrumento (Tabela 3). Apesar de, na análise em componentes principais, a subescala motivação aparentar ser uma, procedeu-se a uma análise da consistência interna desta subescala considerando-se dois domínios teoricamente definidos - Motivação Autónoma e Motivação Controlada -, por um lado, porque se optou por respeitar os pressupostos teóricos subjacentes à construção do instrumento e, por outro, por se considerar esta distinção de grande importância para o planeamento e implementação de programas de intervenção.

Tabela 3: Consistência interna das subescalas e do questionário total

	Alfa de Cronbach
Motivação Autónoma (11 itens)	0,87
Motivação Controlada (18 itens)	0,91
Relação com os Profissionais de Saúde (4 itens)	0,83
Competência Percebida (4 itens)	0,75
Questionário Total	0,93

No que diz respeito à análise da fidelidade deste instrumento, a avaliação do alfa de Cronbach revelou uma excelente consistência interna para o instrumento globalmente considerado e boa consistência interna para as quatro subescalas teoricamente definidas.

Em relação à validade dos itens foi efectuada uma análise da correlação de cada item com a subescala a que pertence (validade convergente), corrigida para sobreposição, e de cada item com as outras subescalas (validade discriminante) e com o score total (Tabela 4).

Tabela 4: Correlação de cada item com a subescala a que pertence e com as outras subescalas, corrigida para sobreposição (N=321).

	Motivação Autónoma	Motivação Controlada	Relação com os Profissionais	Competência	Score Total
1	0,48	0,59	0,31	0,26	0,64
2	0,39	0,60	0,24	0,17	0,58
3	0,57	0,37	0,19	0,26	0,42
4	0,51	0,29	0,21	0,23	0,38
5	0,30	0,50	0,22	0,20	0,50
6	0,32	0,66	0,15	0,16	0,61
7	0,52	0,52	0,21	0,32	0,57
8	0,31	0,63	0,19	0,11	0,59
9	0,65	0,30	0,23	0,25	0,42
10	0,45	0,72	0,31	0,29	0,72
11	0,44	0,62	0,36	0,33	0,67
12	0,42	0,55	0,22	0,16	0,55
13	0,43	0,41	0,22	0,23	0,46
14	0,24	0,50	0,21	0,13	0,51
15	0,48	0,64	0,31	0,29	0,66
16	0,46	0,65	0,33	0,28	0,74
17	0,49	0,31	0,32	0,38	0,43
18	0,62	0,39	0,29	0,35	0,51
19	0,56	0,39	0,30	0,39	0,50
20	0,52	0,70	0,30	0,32	0,72
21	0,71	0,46	0,31	0,34	0,58
22	0,40	0,67	0,23	0,20	0,64
23	0,59	0,32	0,28	0,39	0,45
24	0,58	0,56	0,35	0,37	0,66
25	0,73	0,40	0,28	0,42	0,54
26	-0,003	0,20	-0,04	-0,09	0,18
27	0,60	0,41	0,36	0,36	0,53
28	0,42	0,61	0,24	0,22	0,64
29	0,36	0,57	0,28	0,20	0,59
30	0,27	0,24	0,69	0,23	0,37
31	0,33	0,31	0,56	0,43	0,44
32	0,38	0,31	0,72	0,28	0,44
33	0,31	0,23	0,66	0,23	0,36
34	0,47	0,20	0,32	0,70	0,39
35	0,47	0,24	0,36	0,70	0,41
36	0,28	0,25	0,23	0,39	0,34
37	0,38	0,19	0,32	0,58	0,34

A análise da correlação dos itens de cada subescala com o questionário total mostrou que os itens das 5 subescalas apresentam correlação igual ou superior a 0,40 pontos, com excepção dos itens 3, 26, 30, 33, 34, 36 e 37, confirmando, globalmente, a validade do instrumento.

A análise da correlação de cada item com as subescalas a que pertencem demonstrou que, à excepção dos itens 5 e 36, os itens apresentam correlações superiores a 0,40, sendo que estas são superiores em 10 pontos à correlação com as outras subescalas (à excepção dos itens 7, 24, 26), corroborando a validade convergente/discriminante do questionário.

Procurou-se, ainda, testar a sensibilidade do instrumento analisando se existem diferenças entre indivíduos que fizeram tentativas prévias de tratamento para a dependência de substâncias e indivíduos que procuram pela primeira vez o tratamento. Verificou-se que os dois grupos se distinguem ao nível da Competência Percebida ($t=0,022$; $p<0,01$), mas não no que respeita à Motivação Autónoma ($t=-0,76$; $p>0,05$), Motivação Controlada ($t=-0,41$; $p>0,05$), nem no que respeita à Relação com os Profissionais ($t=-1,37$; $p>0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5: Médias e desvios-padrão das subescalas do grupo que já tinha efectuado tratamentos anteriores e do grupo que se encontra pela primeira vez em tratamento.

	Tratamento anterior para a dependência de substâncias	M	DP
Motivação Autónoma	Sim	45,15	4,96
	Não	45,56	4,16
Motivação Controlada	Sim	63,11	12,12
	Não	63,68	11,90
Relação com Profissionais de Saúde	Sim	13,08	2,25
	Não	13,44	2,24
Competência Percebida	Sim	12,60	2,03
	Não	13,14	2,06

A sensibilidade foi, também, testada, analisando-se se existiam diferenças estatisticamente significativas entre participantes que se encontravam em distintas fases de tratamento - Acolhimento, Comunidade Terapêutica e Reinserção Social. Procedeu-se à análise com One-Way Anova, seguido do teste pos-hoc de Bonferroni, tendo os resultados revelado que existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível da subescala Motivação Autónoma, $F(2,78)=3,59$; $p<0,05$, entre os participantes que se encontram na fase de Acolhimento ($M=46,91$; $DP=3,79$) e na fase de

Reinserção Social ($M=46,82$; $DP=2,71$). No entanto, esses dois grupos não se distinguem de forma estatisticamente significativa dos participantes que se encontram na fase de Comunidade Terapêutica ($M=44,03$; $DP=5,05$). Relativamente às restantes subescalas, não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que se encontravam em diferentes etapas do processo: Motivação Controlada ($F(2,78)=2,01$; $p>0,05$); Relação com os Profissionais de Saúde ($F(2,78)=2,10$; $p>0,05$) e Competência Percebida ($F(2,78)=0,50$; $p>0,05$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Pretendeu-se com este estudo desenvolver o Questionário de Auto-Regulação no Tratamento da Dependência de Substâncias.

Para a construção deste instrumento realizou-se uma revisão da literatura, uma revisão de instrumentos desenvolvidos no domínio da auto-regulação e foi solicitado o parecer de especialistas, bem como houve o cuidado de se conduzir uma análise cognitiva com elementos da população alvo. No seu formato final, o questionário é constituído por 4 subescalas - motivação autónoma, motivação controlada, relação com os profissionais e competência percebida -, com uma escala tipo Likert, oferecendo 5 opções de resposta.

O questionário evidenciou possuir uma excelente consistência interna e globalmente uma boa validade. No entanto a análise em componentes principais sugere a organização do questionário em três factores (Motivação; Relação com os Profissionais e Competência Percebida), não distinguindo Motivação Autónoma da Motivação Controlada. Ainda assim, na estrutura final, foram mantidas as quatro subescalas, por dois motivos: em primeiro lugar pela robustez teórica do modelo de auto-regulação, e, em segundo lugar, pela pertinência do ponto de vista do tratamento, uma vez que, desta forma, poderá fornecer informações importantes do ponto de vista clínico. No entanto, considera-se essencial uma análise mais aprofundada da estrutura do instrumento em estudos futuros.

O questionário apresenta também uma razoável sensibilidade, permitindo distinguir indivíduos que já tenham feito tentativas prévias de tratamento para a dependência de substâncias dos indivíduos que se encontram a fazer uma primeira tentativa de tratamento relativamente à competência percebida, bem como distinguir indivíduos em diferentes etapas de tratamento - acolhimento, comunidade terapêutica e reinserção social - relativamente à motivação autónoma. Os resultados parecem sugerir que os indivíduos que fizeram tratamentos anteriores e, conseqüentemente, fracassaram apresentam uma auto-eficácia diminuída, aspecto que será importante ter em conta ao nível da intervenção.

A análise da discriminação de grupos sugere que existem

diferenças ao nível da subescala da motivação autónoma nas fases de acolhimento e na de reinserção social. Estes resultados indicam que nas fases inicial (acolhimento) e final (reinserção social) do tratamento, a motivação autónoma é superior. O decréscimo da motivação autónoma na fase de comunidade terapêutica pode dever-se ao facto de, neste contexto, os participantes, ainda que possam situar-se em estádios de acção, se encontrarem mais isolados e sujeitos a regras comportamentais mais rigorosas, podendo experimentar maior controlo.

Em síntese, o Questionário de Auto-Regulação para o Tratamento da Dependência de Substâncias revelou-se um instrumento fiel, válido e sensível, bem aceite pelos respondentes e de rápida resposta. Cremos que poderá constituir uma ferramenta útil para a avaliação e o tratamento da dependência de substâncias.

Um estudo aprofundado da temática da auto-regulação na dependência de substâncias parece ser de extrema importância na orientação e intervenção terapêutica. Este questionário poderá constituir um contributo para a orientação da intervenção terapêutica, quer no início do tratamento, quer ao longo do processo, permitindo uma selecção mais adequada destas intervenções, que tenha em conta a motivação do utente, relação com os profissionais e competência percebida. Sugere-se a realização de estudos futuros para uma análise mais aprofundada relativamente à estrutura factorial do instrumento, nomeadamente com amostras mais alargadas, bem como o seu teste em estudos de natureza longitudinal, que permitam acompanhar o mesmo grupo de indivíduos ao longo das distintas etapas do tratamento.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Lisboa: Climepsi.

Boekaerts, M., Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-regulation across domains of applied psychology: Is there an emerging consensus? *Applied Psychology*, 54, 149-154. doi: 10.1111/j.1464-0597.2005.00201.x

Brorson, H.H., Arnevik, E.A., Rand-Hendriksen, R., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33, 1010-1024. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.007

Carver, C. (2004). Self-regulation of action and affect. In R.F. Baumeister, & K.D. Vohs, *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 13-39). New York: The Guilford Press.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

Efklides, A. (2005). Motivation and affect in the self-regulation of behavior. *European Psychologist*, 10, 173-174. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.10.3.173>

Efklides, A., Niemivirta, M., & Yamauchi, H. (2002). Introduction: Some issues on self-regulation to consider. *Psychologia*, 45, 207-210. <http://dx.doi.org/10.2117/psysoc.2002.207>

Kennedy, K., & Gregoire, T.K. (2009). Theories of motivation in addiction treatment: Testing the relationship of the transtheoretical model of change and self-determination theory. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 9, 163-183. doi: 10.1080/15332560902852052

Levesque, C. S., Williams, G. C., Elliot D., Pickering, M. A., Bodenhamer, B., & Finley, P. J. (2007). Validating the theoretical structure of the treatment self-regulation questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *Health Education Research*, 21, 691-702. doi: 10.1093/her/cyl148

Maes, S. & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: A review. *Applied Psychology*, 54, 267-299. doi: 10.1111/j.1464-0597.2005.00210.x

Marques, M., Gucht, V.D., Maes, S., Gouveia, M.J., & Leal, I. (2012). Psychometric properties of the Portuguese version of the Treatment Self-Regulation Questionnaire for Physical Activity (TSRQ - PA). *Psychology, Community & Health*, 1, 212-220. <http://dx.doi.org/10.5964/pch.v1i2.32>

Mestre, S. (2010). A importância da motivação no tratamento da obesidade em jovens adultos (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.

Murtagh, A. & Todd, S. (2004). Self-regulation: A challenge to the strength model. *Journal of Articles in Support of the Null Hypothesis*, 3, 19-51.

Ryan, R. & Deci, L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Ryan, R. & Deci, L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, 49, 186-193. <http://dx.doi.org/10.1037/a0012753>

Ryan, R., Plant, R. & O`Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patients characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297. doi:10.1016/0306-4603(94)00072-7

Ryan, R.M., & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of Personality*, 74, 1557-1586. doi: 10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x

Ryan, R.M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2-5.

Sayette, M.A. (2004). Self-regulation failure and addiction. In R.F. Baumeister, & K.D. Vohs, *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 447-465). New York: The Guilford Press.

Vansteen, M.; Williams, & Resnicow, K. (2012). Toward systematic integration between self-determination theory and motivational interviewing as examples of top-down and bottom-up intervention development: autonomy or volition as a fundamental theoretical principle. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 1-11. doi:10.1186/1479-5868-9-23

Vohs, K. & Baumeister, R.F. (2004). Understanding self-regulation: an introduction. In R.F. Baumeister, & K.D. Vohs, *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 1-9). New York: The Guilford Press.