

MARIANA G. MATOS

CONTRIBUTO PARA A CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AUTO-
REGULAÇÃO NA TOXICODEPENDÊNCIA

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2010

MARIANA G. MATOS

CONTRIBUTO PARA A CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AUTO-
REGULAÇÃO NA TOXICODEPENDÊNCIA

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte integrante dos requisitos para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Silva e co-orientação da Mestre Carla Fonte.

MARIANA G. MATOS

PORTO, 2010

DEDICATÓRIA

À minha mãe e meus avós Adélia e Álvaro.

Por tudo...

*Or the waterfall, or music heard so deeply
That is not heard at all, but you are the music
While the music lasts. These are only hints and guesses,
Hints followed by guesses; and the rest
Is prayer, observance, discipline thought and action.
The hint half guessed, the gift half understood, is Incarnation.*

T. S. Eliot
excerto de “Dry Salvages” em *Four Quartets*

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não seria possível sem o apoio de algumas pessoas, às quais não posso deixar de agradecer.

À Prof. Dr.^a Isabel Silva obrigada pela orientação sábia e por toda a dedicação e paciência. Sem o seu apoio imprescindível, esta dissertação tornar-se-ia um caminho demasiado difícil para percorrer.

À Mestre Carla Fonte quero agradecer os conhecimentos que me transmitiu e um obrigada especial pelo carinho e compreensão nos momentos mais difíceis.

Ao Professor Dr. Júlio Machado Vaz, obrigada pela disponibilidade e prontidão em ajudar, quando parecia que os caminhos se fechavam!

Ao Dr. Júlio Roque, ao Dr. José Gonzalez, à Dr.^a Virgínia Fernandes, ao Dr. Pedro Fernandes que me receberam nas instituições e me deram a oportunidade de fazer esta investigação.

A todos os meus professores obrigada por me iluminarem...

Quero agradecer à minha mãe por me ter possibilitado realizar este sonho e por não me ter deixado desistir! Ao acreditar nas minhas capacidades fez-me acreditar em mim e fez com que este sonho se realizasse.

Em segundo lugar, muito obrigada aos meus avós Adélia e Álvaro, por estarem sempre presentes na minha vida. Não tenho palavras para agradecer o quanto fizeram por mim....

Ao Tony pelo amor e carinho que me deram força ao longo desta jornada. Graças a ti tornei-me numa pessoa melhor....

Ao Zé, por ter estado presente e me ter sempre apoiado quando precisei...

Aos meus amigos Cristóvão, Joana, Pedro, Vera, Cristina e todos os outros colegas por tornarem estes cinco anos memoráveis.

À Cátia que esteve comigo nos bons e maus momentos....

A todos os utentes quero agradecer a paciência, o carinho. Aprendi muito convosco!

A todos aqueles que de alguma forma estiveram presentes, muito muito obrigada.

OBRIGADA A TODOS!

ÍNDICE

Introdução	
I – O Modelo da Auto-Regulação	5
1) – Para uma definição de auto-regulação	5
2) - Auto-regulação na relação com outros construtos psicológicos	7
2.1) – Auto-regulação e auto-controlo	7
2.2) – Auto-regulação e autonomia	9
3) A teoria da autodeterminação	11
3.1) A Cognitive Evaluation Theory (CET)	16
3.2) A <i>Organismic Integration Theory</i> (OIT)	21
3.3) O modelo transteórico de Proschaska e Diclemente	23
3.4) A entrevista motivacional	29
4) Revisão da Investigação no modelo da auto-regulação	34
II – A Avaliação da Auto-Regulação	45
Estudo Empírico	
III – Pertinência do Estudo	50
IV – Objectivos do Estudo	50

V – Método	51
1. Participantes	51
2. Material	52
3. Procedimento	53
VI – Resultados	63
VII – Discussão	71
Conclusão	78
Referências	81

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Imagem explicativa da teoria da auto-determinação	11
Quadro 2 – Síntese de investigações realizadas com base na T.A.D	34
Quadro 3 – Caracterização da amostra em função das instituições de tratamento	51
Quadro 4 – Número de itens e sub-escalas a que pertencem	55
Quadro 5 – Análise em componentes principais	64
Quadro 6 – Número de itens em função da sub-escala a que pertencem e a sub-escala onde agruparam, após análise em componentes principais	66
Quadro 7 – Consistência interna das subescalas e escala total	67
Quadro 8 – Correlação de cada item com a sub-escala a que pertence e com as outras sub-escalas, corrigida para sobreposição ($N=321$)	68
Quadro 9 – Consistência interna das sub-escalas e escala total	70
Quadro 10 – Médias das sub-escalas do grupo que já tinha efectuado tratamentos anteriores e do grupo que se encontra pela primeira vez em tratamento	70

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A – Questionário Sócio – Demográfico

ANEXO B – Escala de Auto-Regulação na Toxicodependência (Matos, et al., versão em estudo)

ANEXO C – Autorizações dos Directores das Instituições

ANEXO D – Grelha de Análise Cognitiva

ANEXO E – Consentimento Informado

RESUMO

A auto-regulação é um processo de orientação de objectivos cuja finalidade é a de atingir e manter os objectivos pessoais (Károly, 2005; Maes & Károly, 2005).

A Teoria da Auto – Determinação (T.A.D.) é uma 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, et al., 1997; Ryan & Deci, 2000). A entrevista motivacional e suas estratégias que visam a mudança comportamental têm uma afinidade a T.A.D.. Esta última fornece à entrevista motivacional um paradigma para a compreensão dos seus processos e eficácia.

O objectivo deste estudo foi a construção de uma Escala de Auto-regulação na Toxicodependência (Matos, Silva & Fonte, 2008). Foram administrados um questionário sócio-demográfico e a Escala de Auto-Regulação na Toxicodependência (Matos, et al., versão em estudo) a 321 utentes de instituições para tratamento por perturbações pela utilização de substâncias (de acordo com os critérios definidos por DSM IV – TR – A.P.A., 2006). Destes, 90,7% ($n=291$) são do sexo masculino e 9,3% ($n=30$) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 e os 58 anos ($M = 36,75$; $DP = 7,26$).

Foi construída a Escala de Auto-Regulação na Toxicodependência (Matos, et al., versão em estudo), cuja versão final é composta por 4 sub-escalas: a de motivação autónoma, motivação controlada, relacionamento e competência percebida. Procedeu-se à sua análise psicométrica, em termos de validade, fidelidade e sensibilidade. Esta análise revelou que a escala possui uma boa consistência interna e uma validade e sensibilidade aceitáveis. De realçar, contudo, que o instrumento parece não permitir distinguir os três estilos regulatórios (motivação autónoma, controlada e amotivação).

A escala construída constitui-se como um importante orientador da intervenção terapêutica, permitindo uma selecção mais adequada das intervenções.

ABSTRACT

Self – regulation is a goal oriented process that aims the acquisition and maintenance of personal goals (Karoly, 2005; Maes & Karoly, 2005).

The Self – Determination Theory (S.D.T.) is a human motivation and personality approach that emphasizes the importance of the development of internal resources for the personality and self-regulation behavior development (Ryan, et al., 1997; Ryan & Deci, 2000). The motivational interview and its strategies that aims the behavioral change has an affinity with T.A.D.. The last one provides motivational interview a paradigm for the understanding of its processes and efficacy.

The goal of this study was the construction of the Self-Regulation Related to Drug Abuse (Matos, et al., version under construction). It was administered a social –demographic questionnaire and the Self-Regulation Related to Drug Abuse (Matos, et al., version in construction) to 321 individuals of institutions for substance abuse treatment (A.P.A., 2006). 90. 7% ($n=291$) of the participants are male and 9.3 % ($n=30$) female, with ages between 20 and 58 years old ($M = 36. 75$; $SD = 7. 26$).

It was constructed the Self-Regulation Related to Drug Abuse (Matos, et al., version in construction), the scale in its final version it's composed by 4 sub-scales: autonomous motivation, controlled motivation, relatedness and perceived competence and this instrument was analysed in terms of validity, fidelity and sensibility. This analysis revealed a good internal consistence and an acceptable validity and sensibility. However, the instrument revealed be able of not to distinguishing the three regulatory styles (autonomous, controlled motivation and amotivation).

The scale constructed in this study is an important guide for therapeutical intervention, allowing a more adequate selection and adjustment of interventions.

It would be an advantage in future studies to revise the items that composed each subscale, analyse its psychometric properties and administer this scale to a larger sample.

Introdução

Introdução

A avaliação é, sem dúvida, uma fase essencial no tratamento de qualquer perturbação. No que diz respeito à auto-regulação, existe carência de instrumentos desenvolvidos que se centrem na temática da(s) toxicod dependência (s). Deste modo, a importância do domínio do presente estudo reside no facto de este poder contribuir para a construção de um instrumento de avaliação que possa ser útil, não só na avaliação, mas também na intervenção do tratamento da(s) toxicod dependência(s), pela auto-regulação como prevenção das recaídas.

Primeiramente, é apresentada a revisão da literatura, onde são expostas várias definições do conceito de auto-regulação, bem como, os modelos psicológicos da auto-regulação.

No que diz respeito aos modelos psicológicos da auto-regulação, no capítulo I são explicados os pressupostos teóricos da Teoria da Auto-Determinação (Deci & Ryan, 1985, 2000; Ryan & Deci, 2000), bem como os estudos empíricos realizados tendo por base este modelo e que atestam a sua eficácia. De seguida, enfatiza-se a relação entre a Teoria da Auto-Determinação e a Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2001), explicando-se os princípios básicos da Entrevista Motivacional. Segue-se a apresentação do Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska & Diclemente), apresentando-se uma explicação deste modelo para um maior entendimento dos aspectos regulatórios nos consumos. Por último, efectua-se uma revisão da literatura acerca da auto-regulação e adicção, apresentando-se as investigações realizadas nesta problemática tendo como modelo teórico a Teoria da Auto-Determinação (Deci & Ryan, 1985, 2000; Ryan & Deci, 2000).

A segunda parte da presente tese diz respeito ao estudo empírico. Neste capítulo é descrito, em detalhe, o modo como a investigação foi conduzida, nomeadamente, apresenta-se a descrição dos participantes, o material utilizado no estudo, bem como o procedimento adoptado no mesmo.

Posteriormente, apresentam-se e discutem-se os resultados do estudo empírico e apresentam-se as principais conclusões finais desta investigação, procurando-se apresentar algumas indicações para futuras investigações.

Capítulo I

O Modelo da Auto-Regulação

I – O Modelo da Auto-Regulação

Neste capítulo pretende-se explicar as noções básicas para a compreensão do modelo da auto-regulação. Deste modo, apresentam-se as principais definições de auto-regulação, o modelo explicativo da auto-regulação, bem como, as investigações realizadas tendo por base este modelo e suas principais conclusões.

1) – Para uma definição de auto-regulação

Quando se realiza uma revisão bibliográfica acerca do tema da auto-regulação deparamo-nos com algumas dificuldades conceptuais e metodológicas devido à existência de diversas perspectivas, nem sempre consensuais.

O mesmo verificam Murtagh e Todd (2004) quando referem que existe uma necessidade de clarificação de aspectos relativos à definição deste conceito e problemas conceptuais.

Carver (2004) explica que o termo auto-regulação significa diferentes coisas para diferentes pessoas. Cada um dos autores enfatiza determinados aspectos da auto-regulação que considera serem os mais importantes para o comportamento, o que, conseqüentemente, origina diversas perspectivas distintas. Contudo, Carver acrescenta que a variedade de ideias existentes servem de complemento para a compreensão da auto-regulação humana.

Do mesmo modo, Murtagh e Todd (2004) afirmam que a auto-regulação é um constructo muito difícil de definir teoricamente. E acrescentam que a mesma dificuldade se observa na operacionalização empírica do mesmo. Os autores realçam a necessidade de que, em futuras investigações, se desenvolva uma estrutura básica esqueleto-teórica e nomenclatura de construtos comuns.

De um modo geral, a auto-regulação diz respeito aos vários processos através dos quais a psiqué humana exerce controlo sobre as suas funções, estados ou processos internos (Baumeister & Vohs, 2004). Esta engloba qualquer esforço do self para alterar os seus estados internos ou respostas, ou seja, a regulação dos pensamentos, emoções, impulsos ou desejos e

desempenho nas tarefas. Baumeister e Vohs (2004) realçam também os processos atencionais como respostas reguladas.

Por sua vez, Zeidner, Boekaerts e Pintrich (2000) conceptualizam a auto-regulação como um processo sistemático do comportamento humano que envolve o estabelecimento de objectivos pessoais e comportamento guiado em prol do alcance dos objectivos estabelecidos. Realçam o facto de todas as definições tenderem a incorporar os ingredientes básicos de estabelecimento de objectivos, processos e estratégias de orientação, feedback e auto-avaliação (Zeidner, Boekaerts & Pintrich, 2000, cit. in Maes & Karoly, 2005).

Maes e Karoly (2005) defendem que a auto-regulação pode ser definida como um processo de orientação de objectivos, ocorrido em fases iterativas. A finalidade é a de atingir e manter os objectivos pessoais que estão sujeitos a complexas forças internas e à influência das mudanças ambientais (Karoly, 2005; Maes & Karoly, 2005). Podem-se distinguir três fases neste processo: 1) a selecção do objectivo, setting e construção/representação; 2) procura activa do objectivo; e 3) atingir e manter o objectivo ou, no momento oportuno o abandono do objectivo.

Estas fases requerem a implementação auto-reflexiva de vários mecanismos de mudança e manutenção, necessários para a tarefa e resultados específicos no tempo. No que diz respeito aos objectivos, os autores referem que estes podem ser descritos como pensamentos sobre, ou representações mentais de, resultados ou estados desejados. Estes potenciam a pessoa a atingir (ou evitar) estes estados ou resultados, dependendo do modo como se encontram representados (de forma explícita ou implícita) e estruturados (Maes & Karoly, 2005).

Estas propriedades reflectem, respectivamente, os aspectos de conteúdo e processo dos objectivos (Maes & Karoly, 2005).

Os mecanismos (ou funções) de mudança e manutenção mais frequentemente observados, incluem a selecção de objectivos/representação, estabelecimento do nível de

objectivo (*goal-level setting*), monitorização do objectivo, planeamento, avaliação do progresso, resolução do problema e modulação da acção (Maes & Karoly, 2005).

Outra questão relativa à definição de auto-regulação é se esta deve ser restrita a processos conscientes. Baumeister e Vohs (2004) explicam, em relação a essa questão, que se evoluiu de uma tentativa de resposta “sim” para um “não” firme. Contudo, na auto-regulação continua-se a dar ênfase aos recursos conscientes, deliberativos. Por sua vez, as investigações desenvolvidas têm cada vez mais salientado a importância dos processos automáticos e não conscientes na auto-regulação. Concluem que, quando se pretende definir este construto, se deve reconhecer tanto os processos conscientes como os não conscientes, devendo-se, contudo, reconhecer que alguns estudiosos irão continuar a usar o termo auto-regulação para se referir primariamente, ou mesmo exclusivamente, aos processos conscientes (Baumeister & Vohs, 2004).

2) Auto-regulação na 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).

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).

2.1) – Auto-regulação e auto-controlo

Uma das áreas que necessita de clarificação é a relação entre auto-regulação e auto-controlo. Murtagh e Todd (2004) explicam que o auto-controlo pode ser concebido como uma forma de auto-regulação inicial. A auto-regulação, por sua vez, é definida como um

comportamento mais complexo que envolve planos gerados pelo próprio e adaptação flexível para as mudanças exigidas numa tarefa.

Uma outra distinção foi efectuada por Baumeister et al. (1998). Estes autores sustentam que alguns recursos internos são utilizados pelo self para tomar decisões, responder activamente e desenvolver o auto-controlo. Neste sentido, auto-regulação é entendida como um recurso interno, que inclui o auto-controlo, bem como a resposta activa e a tomada de decisão. Contudo, no mesmo artigo, os autores utilizam ambos os termos não fazendo distinção entre estes, tal como acontece em outros estudos que centraram a sua atenção no *strenght model*.

De acordo com Baumeister e Mick (2002), tanto auto-regulação como auto-controlo se referem à capacidade individual de modificar os seus próprios estados e respostas.

Alguns investigadores fazem algumas distinções subtis entre ambos os conceitos, referindo-se o termo auto-regulação a objectivos direccionados ao comportamento ou a *feedback loops* e auto-controlo pode ser associado, especificamente, com controlo consciente do impulso (Baumeister & Vohs, 2004). O conceito de *feedback loop*, nas palavras de Carver (2004) é um sistema organizado de quatro elementos, que incluem um função de input, um valor de referência, um comparador e uma função de output. A função de input (equivalente à percepção) traz a informação de um sensor para o sistema. O valor de referência é a segunda fonte de informação. Carver (2004) refere-se a estes valores de referência como equivalentes a objectivos. Um comparador é um mecanismo que compara o input com o valor de referência, obtendo-se um de dois resultados. Os valores que são comparados podem ser ou não discriminantemente diferentes. O grau de discrepância detectado pelo comparador é, muitas vezes, referido como um “sinal de erro”. Maior discrepância implica um erro maior. A função de output é, segundo Carver (2004), equivalente ao comportamento. Se a comparação detecta a não existência de diferença, a função de output fica como estava. Por sua vez, se a comparação detecta uma discrepância, a função de output altera-se.

Existem dois tipos diferentes de *feedback loops*, que divergem no todo das suas funções. Numa *discrepancy-reducing loop* (também denominada de *negative feedback loop*), a função de output age para reduzir ou eliminar qualquer discrepância sentida entre o input e o valor de referência. Esta situação verifica-se no comportamento humano, na tentativa de atingir um objectivo valorizado ou para se conformar a um padrão (Carver, 2004).

O segundo tipo é a *discrepancy-enlarging loop* (também denominada de *positive feedback loop*). Neste caso, o valor de referência é aquele que se tenta evitar. Pode-se pensar neste valor como o “anti-objectivo”. Um exemplo deste “anti-objectivo” é o adolescente rebelde. Este avalia o seu comportamento, compara-o com o comportamento dos seus pais e tenta, de qualquer modo, ter um comportamento diferente dos seus pais (Carver, 2004).

A regulação contém o significado de controlo. Neste sentido, refere-se ao exercício do controlo com o intuito de conduzir o self para uma linha com padrões desejados (regulares). Os processos homeostáticos do corpo podem ser considerados uma forma de auto-regulação. O self psicológico não está, usualmente, envolvido na regulação da temperatura corporal, mas pode envolver-se nesta acção como forma de resistir a uma tentação ou para lidar com a ansiedade (Baumeister & Vohs, 2004).

2.2) – Auto-regulação e autonomia

Ryan, Kuhl e Deci (1997) referem que a auto-regulação e autonomia dizem respeito aos processos pelos quais um organismo inicia, coordena e gere o seu comportamento. Autonomia, neste sentido, significa o funcionamento holístico, integrado pelo qual a acção é centralmente regulada. Este construto diz respeito aos processos pelos quais acção e experiência são iniciados e geridos pelo self. Quanto maior a autonomia, mais a acção se encontra de acordo com os valores, necessidades e intenções adoptados. Assim, autonomia pode ser entendida como uma trajectória desenvolvimental crítica, que abrange não apenas a competência e controlo, mas também o movimento de uma regulação heterónima em direcção a uma auto-regulação.

Os fenómenos da auto-regulação e autonomia, o esforço para integrar e dirigir a acção é uma forma básica da actividade biológica, uma vez que os sistemas vivos possuem uma tendência interna para hierarquicamente organizarem as suas funções, e por vezes, dirigirem os seus comportamentos ao serviço das necessidades e objectivos (Ryan, 1995). Os organismos com percurso desenvolvimental apresentam uma motivação intrínseca para desenvolver e integrar a regulação do seu funcionamento (Deci & Ryan, 1985). A diferenciação e integração do funcionamento, isto é, a aquisição de capacidades auto-regulatórias é concebida como crítica para o funcionamento adaptativo. As tendências organizacionais que a natureza fornece, como o movimento para uma maior autonomia, para serem desenvolvidas necessitam de capacidades neurobiológicas específicas, estimulações sociais e motivação (Ryan et al., 1997). Perturbações na auto-regulação ou alterações na autonomia estão largamente implicadas como factores etiológicos em vários tipos de psicopatologia (Ryan et al., 1997). Assim sendo, unir os níveis de análise social, psicológica, neurobiológica e evolucionária na conceptualização da autonomia, pode ser de grande importância na explicação dos múltiplos níveis de suporte requeridos para o desenvolvimento óptimo da autonomia, bem como para a explicação dos caminhos pelos quais as perturbações na autonomia contribuem para a psicopatologia (Ryan et al., 1997). Algumas condições clínicas como a ansiedade, a depressão, o défice de atenção com hiperactividade podem ser percebidas como limitadoras da capacidade auto-regulatória individual e para lidar com os desafios do dia-a-dia (Murtagh & Todd, 2004).

A auto-regulação é central para o funcionamento eficaz. A título de exemplo, esta é fundamental no controlo dos impulsos, na gestão do tempo e para lidar com emoções ou stress (Murtagh & Todd, 2004).

Efklides (2005) refere que existe auto-regulação dos processos envolvidos na própria auto-regulação do comportamento, ou seja, auto-regulação da motivação, do afecto e da

cognição, bem como dos processos de auto-controlo. Estes processos em conjunto dirigem a acção em direcção aos objectivos.

Clarificar a natureza deste self activo é de extrema importância para compreender uma variedade de fenómenos relacionados com contextos clínicos e educacionais, bem como o funcionamento do dia-a-dia, tendo implicações nos níveis pessoais e sociais.

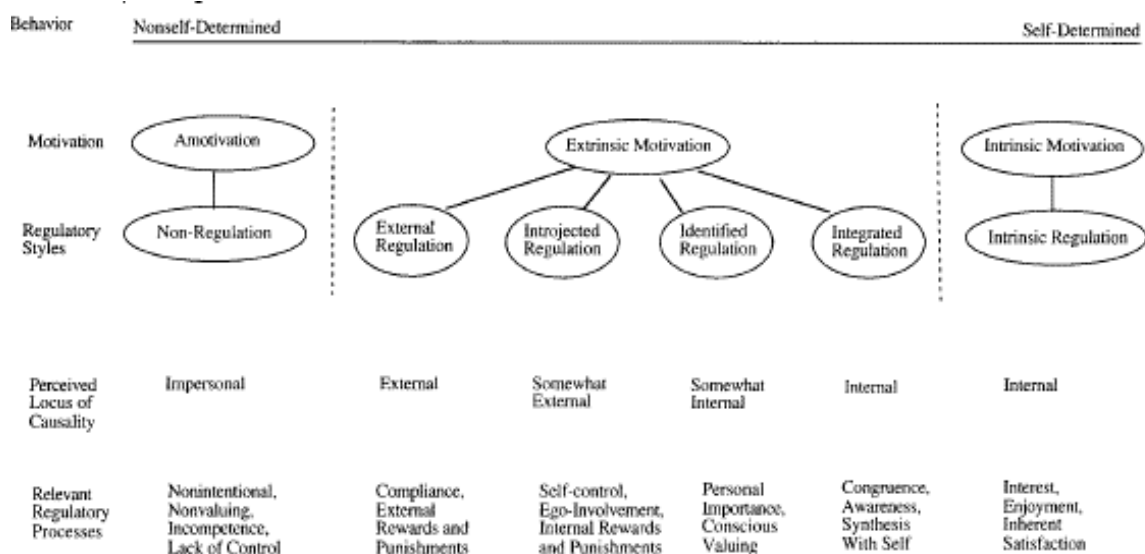
3) A teoria da autodeterminação

Após as considerações e clarificações realizadas anteriormente acerca do conceito de auto-regulação, optou-se por adoptar como modelo psicológico da auto-regulação a teoria da auto-determinação (Deci & Ryan, 1985, 2000; Ryan & Deci, 2000).

Quadro 1 – Imagem explicativa da teoria da auto-determinação, adaptado de Ryan e Deci (2000).

Fig. 1.

O continuum da auto-determinação, apresentando os tipos de motivação com os respectivos estilos regulatórios, loci de causalidade e processos correspondentes (adaptado de Ryan e Deci, 2000).



De seguida, vai-se proceder à explicação da teoria da auto-determinação, nomeadamente, à apresentação dos seus construtos e principais conclusões dos estudos efectuados que consolidam esta teoria.

A teoria da auto-determinação (T.A.D.) teve como pioneiro Edward Deci por volta de 1960.

A T.A.D. é uma 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, et al., 1997; Ryan & Deci, 2000).

Esta teoria 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, os autores identificaram três dessas necessidades: as necessidades de competência, relacionamento 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).

Reis et al. (2000) examinaram a satisfação das três necessidades psicológicas básicas no dia-a-dia das pessoas e concluíram que a satisfação destas necessidades contribui de forma independente para os índices de bem-estar.

Gagné, Ryan e Bargman (2003) sugerem os mesmos resultados. A satisfação destas necessidades nas experiências diárias de ginastas resulta em mudanças no bem-estar ao longo das quatro semanas do estudo .

No que diz respeito à competência, algumas considerações são efectuadas por Sheldon, Ryan e Reis (1996). Os autores conceptualizam esta necessidade como uma propensão básica organísmica relacionada com a auto-estima e auto-confiança e referem que os benefícios de

saúde ocorrem quando as pessoas sentem que estão a progredir de forma rápida o suficiente em relação aos objectivos ou quando os percebem com um sentimento de optimismo.

Bandura (2005) demonstrou que a auto-eficácia, o sentimento do indivíduo de que pode atingir os resultados esperados, é um factor determinante de saúde psicológica.

Em relação à autonomia, Ryan et al. (1997) referem que deCharms desenvolveu os trabalhos de Heider acerca do locus de causalidade percebido. Este último, defendia a existência de acções ou resultados pessoalmente ou impessoalmente causados. Quando a causa é pessoal fala-se de intencionalidade, tanto as capacidades como os esforços são dirigidos a um determinado fim. Por sua vez, causas impessoais (“*impersonal causation*”), são marcadas pela ausência de intencionalidade percebida. O autor defendeu que um comportamento causado pessoal ou intencionalmente não é sempre experimentado como auto-regulado, propondo uma distinção na categoria global de Heider “*personal causation*” (Ryan et al., 1997). A diferença entre atribuição interpessoal das causas e conhecimento destas causas do comportamento é a diferença que se encontra na base de todas as teorias motivacionais. Ou seja, o acesso que a pessoa tem aos seus estados internos (actor) *versus* a observação das condições externas para compreender o comportamento dos outros (Ryan & Connell, 1989). Este autor distinguiu “*psychological origins*” de “*pawns*”, referindo que, quando o locus de causalidade é percebido como interno, a pessoa sente que é a “origem” do seu próprio comportamento. Quando este é externo, a pessoa sente-se “manipulada” por forças externas. Estes indivíduos podem sentir relativa eficiência na tarefa sem se sentirem totalmente envolvidos na escolha das suas acções. Alguns actos intencionais são acompanhados por um locus de causalidade percebido interno, no qual o *self* é percebido como a origem da acção e assim esta é autónoma. Outros são caracterizados por um locus de causalidade percebido como externo, no qual forças exteriores ao *self* são percebidas como a causa da acção (Ryan & Connell, 1989; Ryan et al., 1997).

Ryan e Connell (1989) explicam que, na percepção interpessoal, o locus de causalidade percebido pode ser interno ou externo em relação à pessoa, que é uma entidade social. Pelo contrário, o locus de causalidade do auto-conhecimento pertence ao *self*, o centro das experiências e acções pessoais. Assim sendo, é pelo nível do *self* em que a acção é iniciada e executada que se define a autonomia do acto.

O construto de Heider de locus de causalidade percebido constituiu o caminho operacional para as futuras investigações, uma vez que, ao salientar a importância das forças externas ou razões para agir, criou as condições necessárias para o aprofundamento destas questões. As investigações experimentais tiveram início com Deci (Deci, 1971; Ryan, Kuhl & Deci, 1997).

As pessoas podem sentir-se controladas por compulsões, impulsos e *drives* internos, tal como podem sentir-se controladas por forças externas e constrangimentos. Ou seja, sentir autonomia é uma variável disposicional, que representa as características do indivíduo de se relacionar com as suas escolhas e resultados (Sheldon et al., 2003).

O facto das pessoas não se sentirem as autoras do seu próprio comportamento pode conduzir a experiências de menor satisfação e maior frustração nas suas vidas (Sheldon et al., 1996).

Sheldon e Kasser (1995) realçam a ideia de que, para que ocorra uma saúde psicológica óptima, o comportamento tem que ser decisivo e consistente com as necessidades inerentes e tendências de crescimento.

A teoria da auto-determinação estuda a natureza específica das tendências do desenvolvimento positivo, mas também examina ambientes sociais que são antagonistas a essas tendências.

A motivação é definida por esta teoria, de forma geral, como a energia, direcção, persistência, englobando todos os aspectos da activação ou intenção (Ryan & Deci, 2000).

As pessoas agem por diferentes tipos de factores. Podem ser motivadas porque valorizam a actividade ou porque existe uma forte coacção externa. Podem reagir por um sentimento de compromisso pessoal que querem ultrapassar, como por medo ao serem supervisionados. Estes exemplos ilustram casos de motivação interna e casos de pressão externa (Ryan & Deci, 2000).

Ao considerar as forças que levam a pessoas a agir, esta teoria identificou tipos distintos de motivação, cada um dos quais com consequências específicas para a aprendizagem, desempenho, experiência pessoal e bem-estar.

As pessoas que se encontram motivadas de forma autêntica experimentam mais interesse, excitação e confiança, o que, por consequência, conduz a um aumento do desempenho, persistência e criatividade (Sheldon et al., 1997), intensificação da vitalidade, auto-estima e bem-estar geral. Isto acontece mesmo quando as pessoas têm o mesmo nível de competência percebida ou de auto-eficácia para a actividade (Ryan & Deci, 2000).

Pela articulação de um conjunto de princípios que dizem respeito a como cada tipo de motivação é desenvolvida e mantida, esta teoria reconhece uma confiança positiva na natureza humana, dando uma explicação acerca da passividade, alienação e psicopatologia (Ryan & Deci, 2000). O conhecimento dos desenvolvimentistas mostram que desde que nascem as crianças nos seus estados mais saudáveis são activas, inquisitivas, curiosas mesmo na ausência de recompensas específicas. Segundo Ryan e Deci (2000), nenhum outro fenómeno reflecte o potencial positivo da natureza humana como a motivação intrínseca - a tendência inerente para procurar a novidade e desafios, para estimular e exercitar as nossas capacidades, para explorar e aprender. Este construto descreve a inclinação natural em direcção à assimilação, aperfeiçoamento, interesse espontâneo e exploração, que são essenciais para o desenvolvimento cognitivo e social, representando a principal fonte de prazer e vitalidade ao longo da vida (Ryan & Deci, 2000). Contudo, a manutenção e intensificação desta tendência inata, requer condições de promoção ou estimulação.

Esta teoria da motivação intrínseca examina as condições que estimulam ou diminuem esta tendência (Ryan & Deci, 2000).

3.1) A Cognitive Evaluation Theory (CET)

A *Cognitive Evaluation Theory* (CET) de Deci and Ryan (1985) foi apresentada como uma sub-teoria da teoria da auto-determinação, e tem como principais objectivos especificar os factores que explicam a variabilidade na motivação intrínseca. Centra-se em factores sociais e ambientais que facilitam ou dificultam a motivação intrínseca, explicando que esta, sendo inata, pode ser catalizada quando os indivíduos se encontram em condições favoráveis à sua expressão (Ryan & Deci, 2000).

A C.E.T. centra a sua investigação nas necessidades fundamentais de autonomia e competência que são importantes para a motivação intrínseca . A este respeito, Sheldon, Ryan e Reis (1996) defendem que estas duas necessidades, quando satisfeitas resultam em dois tipos de recompensas psicológicas. A competência - o sentimento de que um individuo pode efectivamente agir e realizar objectivos; e a autonomia - o sentimento de que as actividades e objectivos são escolhidos por si e estão em congruência com interesses intrínsecos (Deci & Ryan, 1985; Sheldon, et al., 1996).

Um dos pressupostos desta teoria é a de que as pessoas precisam de se sentir autónomas e competentes. Assim, os factores socio-contextuais que promovem os sentimentos de autonomia e competência estimulam a motivação intrínseca, enquanto que os factores que diminuem estes sentimentos diminuem, conseqüentemente, a motivação intrínseca deixando as pessoas controladas por contingências e amotivadas (Gagné & Deci, 2005).

A teoria defende que eventos socio-contextuais (como *feedback*, recompensas) que conduzem a sentimentos de competência durante a tarefa podem estimular a motivação intrínseca para essa tarefa. O efeito da recompensa depende de como é experimentada pelo indivíduo e se a tarefa conduz à satisfação das necessidades inatas (Ryan & Deci, 2000).

A chave para a compreensão da motivação intrínseca é a “avaliação cognitiva” que a pessoa faz das recompensas, pressões e constrangimentos ambientais (Sheldon et al., 2003).

Alguns estudos demonstram que os sentimentos de competência não conduzem a uma motivação intrínseca se não forem acompanhados por um sentido de autonomia, isto é, por um locus de causalidade interno. As pessoas não devem experimentar somente competência ou eficácia, mas também perceber o seu comportamento como auto-determinado (Ryan & Deci, 2000). Várias investigações comprovam que a motivação intrínseca tende a ocorrer apenas quando a pessoa percebe um locus de causalidade interno, competência e relacionamento. Ou seja, quaisquer factores, quer pertençam ao ambiente externo ou à própria pessoa, se não forem experimentados com autonomia, competência e relacionamento diminuem o comportamento motivado intrinsecamente (Ryan, et al., 1997).

A C.E.T. sugere que os factores externos (como as recompensas, ameaças, pressões temporais, ordens, avaliações forçadas e objectivos impostos) diminuem os sentimentos de autonomia, conduzem a uma alteração do locus de causalidade percebido de interno para externo e diminuem a motivação intrínseca (Gagné & Deci, 2005). Pelo contrário, a escolha, o conhecimento dos sentimentos e oportunidades para a auto-direcção estimulam a motivação intrínseca porque permitem à pessoa, um maior sentimento de autonomia, pela mudança do locus de causalidade de externo para interno. Ao se sentirem autónomos e auto-determinados nas suas vidas, podem obter uma saúde psicológica óptima (Deci & Ryan, 1985, 2000; Sheldon, et al., 1996).

Ryan e Deci (2000) referem que alguns estudos demonstram que os professores que promovem a autonomia, catalizam nos seus alunos maior motivação intrínseca, curiosidade e desejo de desafios. Por sua vez, estudantes cuja aprendizagem é mais controlada, não só perdem a iniciativa como também aprendem menos, especialmente, quando a aprendizagem requer processamento conceptual criativo (Ryan & Deci, 2000).

Estilos parentais que promovem autonomia e envolvimento positivo estão associados positivamente a auto-regulação autónoma, competência e ajustamento no domínio académico. O envolvimento maternal está relacionado positivamente com maior aquisição, competência e melhor ajustamento comportamental (Grolnick & Ryan, 1989; Ryan & Connell, 1989).

Um outro factor importante é o relacionamento. Na infância, a motivação intrínseca é observável como comportamento exploratório e é mais evidente quando a criança apresenta uma vinculação segura relativamente aos pais. A segurança e o suporte de autonomia maternal traduz-se num aumento do comportamento exploratório por parte das crianças (Frodi, Bridges, & Grolnick, 1985). Quando as crianças trabalham numa tarefa interessante na presença de um adulto estranho que as ignora e que falha em responder às suas iniciações, a motivação intrínseca diminui claramente. O mesmo ocorre quando os estudantes percebem os seus professores como “frios” ou distantes (Ryan & Deci, 2000).

A teoria da auto-determinação hipotetiza que uma dinâmica semelhante ocorra nos contextos interpessoais. Ou seja, a motivação intrínseca é mais estimulada em contextos caracterizados por um sentimento de segurança e relacionamento.

Ao nível das relações, o preenchimento das necessidades básicas de autonomia, competência e relacionamento têm um papel fundamental na formação e manutenção de relações seguras/estáveis (La Guardia et al., 2000).

Ryan, Patrick, Deci e Williams (2008), reforçando a importância do relacionamento em relação aos cuidados de saúde, referem que muitos modelos de intervenção sugerem que a relação terapeuta-paciente é um importante veículo de mudança. Neste processo é essencial o paciente sentir-se respeitado, compreendido e cuidado. A formação de uma aliança e um ambiente de confiança são necessários para que a internalização ocorra.

Muitos comportamentos intrinsecamente motivados podem ser realizados de forma satisfatória no isolamento, o que sugere que pode não ser necessário um suporte relacional de proximidade para que ocorra a motivação intrínseca, contudo uma base relacional de

segurança parece ser importante para a expressão evidente da motivação intrínseca (Ryan & Deci, 2000).

Em resumo, os pressupostos da C.E.T defendem que os ambientes sociais podem facilitar a motivação intrínseca, promovendo as necessidades psicológicas inatas. Fortes ligações entre motivação intrínseca e satisfação das necessidades de autonomia e competência foram claramente demonstradas e alguns estudos sugerem que a satisfação da necessidade de relacionamento é, de igual modo, importante para a motivação intrínseca. Esta teoria defende que as recompensas (informação do ambiente) podem diminuir a motivação intrínseca quando são experimentadas como controladoras, reduzindo a autonomia, mas podem também ter um impacto positivo na motivação intrínseca quando são experimentadas como feedback (Gagné & Deci, 2005), num contexto de suporte satisfazendo a necessidade de competência (Ryan & Deci, 2000; Sheldon et al., 2003).

A motivação intrínseca ocorre quando as actividades apelam ao interesse, à novidade e ao desafio. Para as actividades que não têm estas características, os princípios da C.E.T não se aplicam. A motivação intrínseca é uma expressão da regulação autónoma em desenvolvimento. A segunda manifestação é um processo denominado internalização, que se caracteriza por ser uma tendência dos indivíduos para assimilar comportamentos e valores do contexto social e que são motivados externamente (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Connell, 1989). Quando se adoptam valores, atitudes ou estruturas regulatórias, a regulação externa do comportamento é transformada numa regulação interna e não mais precisa da presença de contingências externas (Gagné & Deci, 2005).

A principal questão acerca das práticas motivacionais não-intrínsecas é como os indivíduos adquirem a motivação para as levar a cabo e como esta motivação afecta a persistência, qualidade comportamental e bem-estar. De acordo com a teoria da auto-determinação, estes diferentes tipos de motivações reflectem diferentes níveis de como o valor e regulação do comportamento pedido foi internalizado e integrado (Ryan & Deci, 2000).

A internalização acontece quando as pessoas aderem a um valor ou regulação. Por sua vez, a integração refere-se à transformação posterior dessa regulação para si próprio, de maneira a que subsequentemente ela emane do self.

As gradações de causalidade percebida são explicadas pelas teorias de internalização, que descrevem um continuum no qual a pessoa adopta como seu ou identifica-se com um valor social ou regulação. Estas teorias constituem uma análise desenvolvimental da motivação extrínseca, explicando como comportamentos originalmente transmitidos socialmente se podem tornar mais ou menos assimilados pelo self, e assim tornar-se regulados de uma forma relativamente autónoma (Ryan & Connell, 1989; Ryan et al., 1997).

Quanto mais internalizado um valor ou regulação mais é experimentado como autónomo ou localizado como mais próximo do self (Ryan & Connell, 1989).

A internalização e integração são relevantes para a regulação do comportamento ao longo da vida. Em todos os contextos existem determinados comportamentos e valores que são impostos, comportamentos que podem não ser apelativos e valores que não são adoptados instantaneamente. A teoria da auto-determinação conceptualiza estes temas como os processos pelos quais os comportamentos motivados não intrinsecamente se podem tornar auto-determinados e os modos pelos quais os ambientes sociais influenciam esses processos (Ryan & Deci, 2000).

A motivação extrínseca refere-se à realização de uma actividade para atingir um resultado. Este comportamento visa conseguir uma recompensa externa, evitar a punição ou devido a pressões sociais. Tem por referência uma autoridade externa, medo ou punição (Ryan & Connel, 1989). Difere da motivação intrínseca que se carecteriza por realizar uma actividade pela satisfação inerente da própria actividade (Ryan & Deci, 2000).

Objectivos intrínsecos são aqueles que são geralmente congruentes com as necessidades psicológicas de relacionamento, autonomia e competência e são seguidos pela satisfação inerente (Grouzet et al., 2005; Ryan & Deci, 2000). Por sua vez, os objectivos extrínsecos são

primariamente relacionados com a obtenção de alguma recompensa ou aprovação social, porque servem de meio para outros fins ou para compensar problemas na satisfação das necessidades, são menos propensos a ser inerentemente satisfeitos. Deste modo, pessoas com aspirações extrínsecas tendem a ter mais dificuldade em preencher as suas necessidades de competência, relacionamento e autonomia (Grouzet et al., 2005).

3.2) A *Organismic Integration Theory* (OIT)

Deci e Ryan (1985) introduziram uma segunda subteoria denominada *Organismic Integration Theory* (OIT) para especificar os diferentes tipos de motivação, que vão desde a amotivação à motivação intrínseca, um continuum para descrever o grau em que uma regulação externa é internalizada (Gagné & Deci, 2005).

A amotivação é a falta de intenção para agir. Quando amotivadas as pessoas não agem ou agem sem intenção, agem por agir. A amotivação pode resultar da não valorização da actividade, de não se sentir competente para a executar (Ryan & Deci, 2000), da percepção de falta de controlo (Vallerand & Bissonnette, 1992) ou de não esperar atingir o resultado desejado com esta actividade (Ryan & Deci, 2000). Estes comportamentos não são motivados intrinsecamente, nem extrinsecamente, são não-motivados. Não existe qualquer tipo de recompensa (intrínseca ou extrínseca) e a participação na actividade terminará eventualmente. Estes comportamentos são os menos auto-determinados porque não existe um sentido de objectivo, nem expectativas de recompensa ou possibilidade de mudança no curso dos acontecimentos (Vallerand & Bissonnette, 1992).

A motivação intrínseca, fazer uma actividade pelas suas satisfações inerentes, é altamente autónoma e representa o protótipo da auto-determinação.

Comportamentos motivados extrinsecamente, pelo contrário, englobam o continuum entre a amotivação e a motivação intrínseca, podendo variar na sua autonomia relativa (Ryan & Deci, 2000).

Os comportamentos motivados extrinsecamente que são menos autónomos são referidos como regulados externamente. Estes comportamentos são executados para satisfazer uma necessidade externa ou condições de recompensa. Os indivíduos, frequentemente, experienciam este comportamento como controlado ou alienado e as suas acções têm um locus de causalidade percebido como externo (Ryan & Deci, 2000).

Outro tipo de motivação extrínseca é a regulação introjectada. Esta é uma forma de regulação externa ou um valor que foi adoptado e que é agora reforçado por pressões internas, como a culpa, ansiedade ou dinâmicas da auto-estima (Ryan & Connell, 1989; Ryan, et al., 1997).

A introjecção implica envolver-se na regulação, mas não a aceitar como sendo sua. É uma forma relativamente controlada de regulação em que os comportamentos são realizados para evitar a culpa ou ansiedade ou por orgulho. A introjecção representa a regulação condicionada pela auto-estima. Uma forma clássica de introjecção é a de envolvimento do ego na qual as pessoas são motivadas para demonstrar capacidade (ou evitar o fracasso) com o objectivo de manter sentimentos de valor. Mesmo sendo conduzidos internamente, os comportamentos introjectados continuam a ter um locus de causalidade externo e não são experimentados como parte do self (Ryan & Deci, 2000), sendo caracterizados pela pressão e conflito ou não total integração pelo self (Ryan & Connell, 1989).

A regulação pela identificação é uma forma de motivação extrínseca mais autónoma e auto-determinada. A identificação reflecte uma valorização consciente de um objectivo comportamental ou regulação. As razões para se envolver na acção resultam dos seus valores ou objectivos. O indivíduo conscientemente aceita os valores da actividade sendo a acção aceite como pessoalmente importante (Ryan & Connell, 1989; Ryan & Deci, 2000; Ryan, et al., 1997).

A regulação integrada, por sua vez, é a forma de regulação extrínseca mais autónoma. Ocorre quando as regulações identificadas são totalmente assimiladas pelo self, isto é, foram

avaliadas e estão congruentes com os outros valores, crenças e necessidades da pessoa. As acções partilham muitas qualidades com a motivação intrínseca, mas a motivação continua a ser considerada extrínseca porque são realizadas para atingir resultados (Ryan & Deci, 2000).

À medida que as pessoas vão internalizando as regulações e as assimilam, experimentam maior autonomia na acção. Quando uma regulação é integrada, a internalização fica completa como uma manifestação do processo desenvolvimental essencial da integração organísmica (Deci & Ryan, 1985).

Este processo pode ocorrer em estádios. De seguida apresentamos o modelo de Prochaska e DiClemente que aprofunda esta questão.

3.3) O modelo transteórico de Prochaska e DiClemente

Segundo Miller e Rollnick (2001), a motivação é um estado interno de prontidão para a mudança. Contudo, este estado pode sofrer oscilações, sendo também influenciado por factores externos. A motivação é concebida, nesta abordagem, como um estado de disposição para a mudança.

Assim sendo, e de acordo com Rosas e Baptista (2002), Prochaska e DiClemente desenvolveram um modelo caracterizado por estádios de mudança comportamental pelos quais as pessoas passam no processo de modificação de um problema.

A “roda da mudança”, baseada no modelo de Prochaska e DiClemente, pode então incluir quatro, cinco ou seis estádios. Pelo facto de ser uma roda, um círculo significa que a pessoa pode circular o processo de mudança várias vezes até atingir uma mudança estável. Por esta razão, a recaída caracteriza-se por ser um estádio normal deste processo (Miller & Rollnick, 2001).

Os diferentes estádios do processo de mudança pressupõem também que exista uma discriminação das intervenções do terapeuta consoante o estádio em que se encontre o paciente (Miller & Rollnick, 2001).

Prochaska e DiClemente criaram um método baseado nos aspectos cognitivos e emocionais - o Modelo Transteórico, que concebe cinco fases de mudança de comportamento, e que foi validado em variados comportamentos (Miller & Rollnick, 2001).

Em termos teóricos, o modelo da auto-determinação e os estádios de mudança comportamental coincidem no pressuposto de gradação e continuidade dos processos motivacionais. Em cada um dos estádios de mudança encontra-se presente cada um dos tipos de motivação defendidos pela *Organismic Integration Theory* (OIT), bem como, o continuum em que uma regulação externa é internalizada, ou seja, o processo pelo qual a pessoa passa de um estágio de pré-contemplação para a acção/manutenção de mudança comportamental (Miller & Rollnick, 2001).

Os estádios do modelo para a mudança comportamental são: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Acção e Manutenção (DiClemente et al., 1991; Ferreira-Borges & Filho, 2007).

Miller e Rollnick (2001) adoptaram o modelo da roda de cinco partes, acrescentando um sexto estágio, a pré-contemplação situada no exterior da roda. A recaída é reconhecida nesta roda como um estágio normal da mudança.

Genericamente, os estádios de mudança podem ser conceptualizados da seguinte forma (DiClemente, 2001; Ferreira-Borges & Filho, 2007; Lawson, 2001; Miller & Rollnick, 2001; Rosas & Baptista, 2002):

1. Pré-contemplação – este estágio marca o ponto inicial do processo de controlo do consumo. A pessoa que se encontra neste estágio, não considera ainda a possibilidade de mudança, não se preocupa com o seu comportamento e nega a intenção de mudar nos próximos seis meses. O actual estilo de vida não representa problema para o próprio. As razões para a pessoa se encontrar em pré-contemplação podem ser resumidas como os “quatro R`s”: relutância, rebeldia, resignação e racionalização. Muitas das vezes, adopta uma postura defensiva e evita todo o tipo de informação, preservando a sua liberdade e independência, não

considerando ter um problema. Muitas vezes, encontram-se sob coerção, uma vez que o problema foi identificado por outra pessoa. Contudo, necessita de informação e feedback para se consciencializar do seu problema. Prochaska et al. referem que existem três medidas que marcam este estágio: as pessoas que se encontram neste estágio, envolvem-se menos frequentemente em vários processos de mudança, o seu balanço decisional favorece os prós da manutenção do comportamento actual e a existência de um padrão de baixa auto-eficácia e elevados níveis de tentação (Lawson, 2001).

Os motivos apontados para este comportamento são: desmotivação para fazer qualquer alteração do seu comportamento, sentimento de desmoralização relativamente às suas capacidades para lidar com a situação e, em alguns casos, as pessoas podem não estar verdadeiramente conscientes dos riscos que correm, achando que não apresentam risco elevado de adquirirem alguma doença. No caso das dependências, estas pessoas, não se percebem como sendo dependentes e acham que podem parar o comportamento (por exemplo, parar de fumar) no momento que realmente o decidirem (Rosas & Baptista, 2002).

Como se pode verificar, neste estágio a pessoa encontra-se amotivada, sem intenção para agir. Como Ryan e Deci (2000) explicam, a não valorização do problema, o não se sentir competente para executar as mudanças comportamentais necessárias, a falta de controlo ou o não esperar atingir o resultado desejado com essas mudanças, podem ser algumas das razões que originam comportamentos não-motivados, onde não existe um sentido de objectivo nem expectativas de recompensa ou possibilidade de mudança, caso a pessoa se mantenha neste estágio.

Miller e Rollnick (2001) apontam como a principal tarefa motivacional a ser desenvolvida no estágio de pré-contemplação a de levantar dúvidas, com o objectivo de aumentar a percepção dos riscos do seu problema. O psicólogo deve auxiliar o indivíduo a

começar a identificar e questionar o seu problema e comportamentos, dando informação sobre os riscos e potenciais danos de continuar a usar a substância (Ferreira-Borges & Filho, 2007).

2. Contemplação – Neste estágio, existe alguma consciência do problema, a pessoa preocupa-se com o seu comportamento, mas encontra-se numa postura ambivalente em relação a este. Considerando o acto de fumar, quando questionado, o indivíduo responde que gostaria de deixar de fumar nos próximos seis meses. Contudo, sente-se ambivalente em relação ao cigarro, com sentimentos de perda intensa, medo dos sintomas de abstinência e do fracasso, frequentemente, referindo-se como sem força de vontade. O indivíduo encontra-se dividido entre motivos de preocupação e justificativas para a despreocupação, entre razões para mudar (motivação para a mudança) e razões para permanecer na mesma situação. Assim sendo, os comportamentos são regulados externamente. Estes comportamentos são executados para satisfazer uma necessidade externa ou condições de recompensa. Os indivíduos, frequentemente, experimentam este comportamento como controlado ou alienado e as suas acções têm um locus de causalidade percebido como externo

As razões para permanecer neste estágio prendem-se sobretudo com as dificuldades de auto-controlo e as dúvidas acerca dos ganhos que podem obter com a mudança (Rosas & Baptista, 2002). O objectivo nesta fase é apoiar a pessoa para que este tome a decisão de mudar. O psicólogo deve, por isso, realçar as vantagens da mudança e de estabelecer objectivos precisos, fornecer informação e argumentar os riscos de adiar a decisão, fortalecendo a sua auto-eficácia (Ferreira-Borges & Filho, 2007). Assim sendo, a tarefa motivacional a ser desenvolvida é a de “inclinarmos a balança”, o que significa que o psicólogo deve evocar as razões para a mudança e salientar os riscos de não mudar. Deve ser fortalecida a auto-eficácia para a mudança comportamental (Miller & Rollnick, 2001).

3. Preparação/ Determinação – neste estágio, a pessoa adopta, por um certo tempo, afirmações que denotam alguma “motivação”, passa a tomar atitudes para tentar mudar e pode

já ter procurado algum tipo de ajuda, isto é, faz tentativas para modificar o seu comportamento (Rosas & Baptista, 2002). Se a pessoa mantiver a atitude de mudança, passa para o próximo estágio, senão pode voltar ao estágio de contemplação.

Este constitui um momento crítico do processo de mudança desenvolvimental, sendo que os indivíduos, neste estágio, se podem reger por estilos regulatórios de introjecção, identificação ou mesmo de regulação integrada. Se os comportamentos são reforçados por pressões internas (como a culpa, ansiedade ou dinâmicas da auto-estima), estamos perante um tipo de regulação introjectada. A pessoa envolve-se na regulação do comportamento, mas não a aceita como sendo sua, sendo uma forma relativamente controlada de regulação (Ryan & Connell, 1989).

Outro tipo de regulação que pode estar presente no estágio da preparação é a de regulação pela identificação, se a pessoa reflecte uma valorização consciente de um objectivo comportamental ou regulação. Nesse caso, as razões para se envolver na acção resultam dos seus valores ou objectivos. O indivíduo conscientemente aceita os valores da actividade, sendo a acção reconhecida por este como sendo pessoalmente importante (Ryan & Connell, 1989; Ryan & Deci, 2000; Ryan, Kuhl & Deci, 1997).

No caso da regulação integrada, se a pessoa possuir este tipo de regulação encontrar-se-á mais preparada para passar para o próximo estágio, uma vez que é a forma de regulação extrínseca mais autónoma. Este tipo de motivação ocorre quando as regulações identificadas são totalmente assimiladas pelo self, isto é, foram avaliadas e estão congruentes com os outros valores, crenças e necessidades da pessoa. As acções partilham muitas qualidades com a motivação intrínseca, mas continua a ser considerada extrínseca, porque são realizadas para atingir resultados (Ryan & Deci, 2000).

A pessoa pode realizar um processo gradativo, passando de uma regulação introjectada para uma regulação mais integrada, ou pode, simplesmente, adoptar um destes tipos de estilos

regulatórios e fixar-se neles. Cada um destes processos vai ter consequências no processo desenvolvimental ao nível da acção, manutenção e recaída.

O objectivo principal neste estágio é o de ajudar a planear uma estratégia adequada, aceitável, eficaz; discutir as opções, tendo como base a experiência anterior do sujeito; fazer o levantamento de obstáculos que possam dificultar o processo e de estratégias que pode utilizar para lidar com estes (Ferreira-Borges & Filho, 2007; Miller & Rollnick, 2001).

4. Acção – É a fase em que a pessoa toma decisões e implementa acções específicas para atingir a mudança pretendida (Miller & Rollnick, 2001; Rosas & Baptista, 2002). Contudo, estas acções podem não ser auto-determinadas, mas motivadas extrinsecamente. Se o locus de causalidade for percebido com externo as acções são reguladas extrinsecamente pela introjecção e identificação, o que dificulta a passagem para o estágio de manutenção. Se por outro lado, o locus de causalidade for percebido como interno e a regulação das acções for integrada ou intrínseca, mais facilmente a pessoa passará para o estágio de manutenção e é menos provável que a recaída aconteça.

Assim, se a pessoa se encontra neste estágio, o principal objectivo é ajudá-la a prosseguir com o novo comportamento, revendo e reforçando as acções de mudança comportamental (Ferreira-Borges & Filho, 2007).

5. Manutenção – o sucesso no estágio da acção significa que a pessoa conseguiu atingir o seu objectivo de controlo. O desafio neste estágio é manter a mudança conseguida anteriormente e evitar recaídas (Miller & Rollnick, 2001). O indivíduo ainda está num processo de adaptação comportamental, estando a aprender a viver com estas mudanças. Por essa razão, torna-se necessário um conjunto de capacidades e estratégias diferentes das anteriores para atingir o objectivo (Rosas & Baptista, 2002). Em termos de intervenção, o psicólogo deve ajudar o indivíduo na manutenção das mudanças realizadas, reforçando o novo

comportamento. Para que este se mantenha deve rever os objectivos estabelecidos. A principal tarefa motivacional neste estágio é apoiar o indivíduo na identificação e adopção de estratégias de prevenção da recaída (Ferreira-Borges & Filho, 2007; Miller & Rollnick, 2001). Assim, deve ser estimulada a motivação intrínseca da pessoa para que esta mantenha as acções já desenvolvidas pelo seu próprio interesse, esforço e satisfação inerente das mudanças comportamentais reduzindo, conseqüentemente o risco de ocorrer um lapso ou recaída.

6. Recaída – se a recaída ocorre, o indivíduo terá que recomeçar a percorrer o círculo. Os lapsos e recaídas fazem parte deste processo e são esperados quando a pessoa procura atingir a mudança de qualquer padrão de longa duração. Relativamente à intervenção, é suposto o psicólogo auxiliar a pessoa a continuar a mudança e a evitar o desânimo e desmoralização, para que não se imobilize e concentre recursos para renovar a sua determinação e retomar a acção e manutenção neste processo (Miller & Rollnick, 2001).

Para concluir, o objectivo final das estratégias motivacionais é a mudança comportamental. Contudo, os motivos e motivações são necessários para se passar de um estágio para o outro e em todos os estádios, e não simplesmente no da acção. Assim sendo, as considerações motivacionais têm que ser específicas dependendo do estágio em que a pessoa se encontra (Miller & Rollnick, 2001).

3.4) A entrevista motivacional

Ryan e Deci (2008) afirmam que existe uma afinidade entre a T.A.D. e a abordagem da entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2001), no que diz respeito à iniciação do tratamento e na elicitação de volição.

A T.A.D. fornece orientações e princípios para motivar as pessoas a explorarem experiências e dessa base reflectiva a fazerem mudanças adaptativas nos objectivos, comportamentos e relações. Os temas da motivação e da criação de um clima que conduza à volição e por sua vez à mudança são centrais para todas as psicoterapias. Assim sendo, a

T.A.D. é útil não apenas por fornecer informações de conteúdo terapêutico mas também tem relevância entre as mais variadas intervenções e técnicas.

A entrevista motivacional começou por ser conhecida por promover a mudança comportamental na área do álcool e outras substâncias de abuso, contudo, recentemente, tem sido utilizada nos mais variados temas (Markland, Ryan, Tobin & Rollnick, 2005; Ryan & Deci, 2008).

Markland et al. (2005) realçam que a T.A.D. fornece à entrevista motivacional um paradigma para a compreensão dos seus processos e eficácia.

Os princípios da entrevista motivacional e a T.A.D seguem a mesma linha. Ambos se baseiam na assumpção de que os humanos têm uma tendência inata para o crescimento pessoal em direcção à integração psicológica. A entrevista motivacional fornece os factores sócio-ambientais facilitadores sugeridos pela T.A.D para promover essa tendência. Proporcionando uma atmosfera de promoção da autonomia conduz os clientes a encontrar a fonte interna de motivação. Estes autores propõem que a adopção da perspectiva da T.A.D pode ajudar no entendimento dos processos psicológicos envolvidos na entrevista motivacional.

Em termos de estratégia, a entrevista motivacional pode promover cada uma das três necessidades básicas especificadas pela T.A.D. : autonomia (através de questionamento não-directivo e reflexão); competência (pelo fornecimento de informação) e relacionamento (pela relação caracterizada como aceitação positiva e incondicional) (Ryan & Deci, 2008).

A entrevista motivacional é uma abordagem de aconselhamento directivo, centrada no cliente, cujo objectivo é o de estimular o reconhecimento dos seus problemas presentes ou potenciais e a mudança de comportamento, sendo útil quando o indivíduo se encontra nas fases de pré-contemplação e contemplação, ajudando a pessoa a resolver a relutância ou ambivalência em que se encontra, bem como, as motivações conflituosas, para se poder

movimentar em relação à mudança e assim utilizar capacidades e recursos para que esta se torne duradoura.

Pode ser utilizada nos outros estádios isoladamente ou associada a outras técnicas de intervenção (Ferreira-Borges & Filho, 2007; Miller & Rollnick, 2001).

As estratégias da entrevista motivacional caracterizam-se por ser persuasivas, encorajadoras, procurando a criação de uma atmosfera positiva que conduza à mudança. O objectivo é estimular a motivação intrínseca do indivíduo. Se esta abordagem é utilizada de forma correcta é o indivíduo que apresenta os seus próprios argumentos para a mudança.

São várias as estratégias utilizadas pelo terapeuta na entrevista motivacional, sendo que algumas derivam da terapia centrada no cliente. O terapeuta devido à não adopção de um estilo agressivo pode parecer, por vezes, que se encontra pouco activo, contudo, este tem que ter sempre presente a noção do objectivo e estratégias e capacidades precisas, bem como do timing para intervir em momentos decisivos.

A entrevista motivacional tem por base cinco princípios gerais:

1) Expressar empatia: esta característica é definidora da entrevista motivacional. A aceitação empática e escuta reflexiva encontra-se presente em todo o processo. O terapeuta procura entender os sentimentos e perspectivas do indivíduo sem julgar ou criticar, ouvindo-o de forma respeitosa. É esta aceitação e respeito que conduz as pessoas à mudança, pois permite que estas se libertem criando-se uma aliança terapêutica e estimulando a sua auto-estima. Condições estas necessárias à mudança. As perspectivas do indivíduo são percebidas como válidas e compreensíveis e as resistências ou ambivalências à mudança como parte integrante deste processo. Estas resistências são percebidas como imobilidade, por princípios psicológicos compreensíveis, não reduzindo o indivíduo a traços patológicos ou incapacidades (Miller & Rollnick, 2001).

2) Estimular a discrepância entre o seu comportamento actual e o(s) seu(s) objectivo(s) mais amplos. Miller (1983) adoptou o termo de Festinger (1975), “dissonância cognitiva” como explicativa deste processo. Quando um comportamento é sentido como estando em conflito com objectivos pessoais importantes (saúde, a felicidade da família, sucesso, entre outros), a mudança torna-se provável, através da consciencialização dos custos e consequências em manter esse comportamento. Quando as pessoas se deparam com determinados acontecimentos de vida ou realidades desagradáveis sobre si próprios mudam a percepção que tinham de um hábito. Este facto é frequente em consumidores de álcool, tabaco ou outras drogas. Estas pessoas encontram-se em conflito de aproximação-evitamento, pela discrepância entre a situação em que se encontram e onde gostariam de estar. O terapeuta deve por isso ampliar estas discrepâncias, estimulando motivadores internos, pelo conflito entre as metas que gostaria de atingir e as consequências do seu comportamento presente (Miller & Rollnick, 2001).

A entrevista motivacional permite a mudança de percepção do indivíduo sem pressão ou coerção, fazendo com que seja este a argumentar e apresentar as suas preocupações e razões para mudar (Miller & Rollnick, 2001).

3) Evitar a argumentação e confrontação: a argumentação e confrontação directas levam o indivíduo a afirmar a sua liberdade e a reatar os seus comportamentos, pelo desencadear de oposição e atitudes de defesa. O objectivo é o de estimular a consciencialização do problema e a necessidade de tomar atitudes em relação a esse problema. O estilo de intervenção terapêutico deve ser “gentilmente” persuasivo evitando a argumentação directa que origina resistências no indivíduo (Miller & Rollnick, 2001).

Nos comportamentos adictivos, frequentemente, se valoriza a disposição de um paciente na aceitação de um rótulo como por exemplo de “alcoólico”. Contudo, tentar forçar esta aceitação é contraproducente, pois não existem evidências de que a recuperação passe pela persuasão em admitir este diagnóstico. A recuperação deve centrar-se no auto-

reconhecimento e não na admissão forçada. Acusar os indivíduos de se encontrarem presos à negação ou resistência ou de serem dependentes poderá levar ao aumento destas resistências, estando-se a lutar contra os indivíduos, em vez de se estimular a motivação para a mudança (Miller & Rollnick, 2001). Deve-se, por isso, perceber o momento do processo em que os pacientes se encontram e alterar as suas próprias percepções.

4) Acompanhar a resistência do cliente: este princípio baseia-se na ideia de que a força pode ser usada em benefício próprio. As afirmações do paciente podem ser reformuladas e criar-se uma nova força para que a mudança ocorra. O respeito pelas decisões do indivíduo é fundamental. As resistências são reconhecidas como compreensivas pelo terapeuta que oferece novas perspectivas e soluções devolvendo –lhe a questão ou problema, ou seja, não esgotando as soluções e levando o indivíduo a considerar estas novas informações. O indivíduo é percebido como sendo capaz, tendo *insight* e recursos importantes para solucionar os seus próprios problemas.

Assim, este princípio implica que o indivíduo deva estar envolvido activamente no processo

5) Promover a auto-eficácia: esta diz respeito à crença de que se tem capacidade para realizar uma tarefa específica e ter sucesso, sendo uma ideia fundamental para a motivação para a mudança e um bom indicador do tratamento de comportamentos adictivos (Miller & Rollnick, 2001).

Nesta fase do processo, devem estimular-se as percepções do indivíduo em relação à sua capacidade de enfrentar os obstáculos e ter sucesso na mudança. Se a pessoa não tiver esta percepção de auto-eficácia não terá esperança de mudança e todo o trabalho desenvolvido até este momento não será produtivo, pois nenhum esforço será feito. A auto-estima tem uma importância considerável. A auto-eficácia pode ser influenciada por esta como um todo, contudo esta é mais específica, significa confiança de que se é capaz de enfrentar os desafios. Na promoção da auto-eficácia alguns aspectos são importantes como a responsabilidade

pessoal e o encorajamento do sucesso dos outros (Ferreira-Borges & Filho, 2007; Miller & Rollnick, 2001).

A motivação é considerada como uma componente crítica para a prontidão e para as intervenções na mudança de comportamento (Deci & Ryan, 1985; Ryan et al., 1995).

4) Revisão da Investigação no modelo da auto-regulação

Alguns estudos defendem que o conjunto de comportamentos que podem ser assimilados pelo self aumenta ao longo do tempo com o aumento de capacidades cognitivas e desenvolvimento do ego (Ryan & Deci, 2000).

Muitos estudos foram realizados acerca dos estilos motivacionais em vários domínios, predominantemente no domínio académico. De seguida, apresenta-se um quadro síntese desses estudos e as suas principais conclusões (Quadro 2).

Quadro 2. Síntese de investigações realizadas com base na T.A.D.

Contexto	Autor, (Data)	Principais Conclusões
Escolar	Ryan e Connell (1989)	<ul style="list-style-type: none">- Os estilos regulatórios externos, introjectados, identificados e intrínsecos estão inter-correlacionados de acordo com um padrão <i>quasi-simplex</i>, dando evidências da existência de um continuum.- Quanto mais os alunos eram regulados externamente, menos interesse, valor e esforço em relação à aquisição demonstravam e tendiam mais a desresponsabilizarem-se pelos resultados negativos, culpando os outros, como o professor.- A regulação introjectada foi relacionada positivamente com o maior esforço, mas também com maior ansiedade e com uma forma de lidar com o fracasso mais pobre . Em contraste, a regulação identificada foi associada com um maior interesse e satisfação na escola e com estilos de <i>coping</i> mais adaptativos, bem como a percepção de dispender menos esforço.
Escolar	Vallerand e Bissonnette (1992)	<ul style="list-style-type: none">- Os resultados demonstram que os indivíduos que permaneceram no curso tinham demonstrado, no início

		do semestre, estar mais motivados intrinsecamente, mais identificados e integrados e menos amotivados em actividades académicas do que os que desistiram do curso.
Escolar	(Edmunds, Ntoumanis & Duda, 2008).	- A condição da teoria da auto-determinação demonstrou um aumento significativo no envolvimento interpessoal, relacionamento e satisfação da necessidade de competência e afecto positivo. As taxas de presença nas aulas eram significativamente maiores nesta condição. A condição de controlo demonstrou uma diminuição significativa no suporte de autonomia, amotivação e um aumento significativo na competência e regulação introjectada.
Escolar	Filak e Sheldon (2003)	- As necessidades psicológicas de autonomia, competência e relacionamento de estudantes foram relacionadas positivamente com as avaliações do professor e/ou as notas do curso. Os sentimentos de competência e autonomia dos alunos são preditores significativos das avaliações que fazem do professor e do curso, enquanto que o relacionamento prediz apenas as avaliações dos professores.
Escolar	Sheldon (2005)	- Os alunos que apresentam maiores valores intrinsecamente motivados são aqueles que demonstram maior bem-estar psicológico ao longo do percurso académico e maior desenvolvimento no seu sentido de auto-determinação ao longo da vida.
Escolar	Sheldon e Krieger (2004)	- Estudantes que, no início do curso de Direito, tinham níveis de bem-estar subjectivo mais elevados por comparação a uma amostra de não licenciados, no final do primeiro ano o seu bem-estar psicológico desceu abruptamente. Estas alterações foram correlacionadas com uma diminuição da motivação intrínseca no último ano e com maior valorização da aparência e diminuição da valorização de serviços comunitários. Os estudantes que possuíam maior motivação intrínseca obtiveram as melhores notas, mas, ironicamente, estes resultados elevados, por sua vez conduziram, à preferência por carreiras de direito lucrativas e mais-stressadas e ao afastamento de carreiras orientadas para os serviços e potencialmente mais satisfatórias. Este decréscimo persistiu nos segundo e terceiros anos do curso.

Escolar	Grolnick e Ryan, (1989)	- Maior internalização de valores relacionados com a escola entre crianças cujos pais promovem mais a autonomia e relacionamento. Verificando-se uma auto-regulação autónoma, maior competência e ajustamento escolar, bem como, melhores notas.
Escolar	Williams e Deci (1996),	- Demonstraram maior internalização de valores e práticas bio-psicossociais entre estudantes de Medicina quando os seus instrutores promoviam autonomia.
Escolar	Sheldon e Kasser (1998)	- Os estudantes com maiores capacidades sociais e auto-regulatórias progredem mais nos seus objectivos ao longo do curso. Por sua vez, o progresso nestes objectivos aumenta o bem-estar psicológico. O aumento do bem-estar psicológico depende da congruência orgânica dos objectivos dos participantes. Ou seja, os participantes beneficiam mais da aquisição dos objectivos quando os objectivos que seguem são consistentes com as necessidades psicológicas inerentes.
Escolar	Sheldon, et al., (2002)	- Os participantes que já se encontravam bem-integrados no início do estudo perceberam o programa de treino de objectivos como mais útil e benéfico para o funcionamento dos objectivos, e como resultado tornaram-se mais integrados e aumentaram os seus níveis de bem estar psicológico e vitalidade.
Saúde	Williams, et al. (1998)	- Maior internalização foi associada a melhor adesão à medicação em doentes crónicos.
Saúde	Williams, et al. (1996)	- Os indivíduos com obesidade mórbida cuja motivação para perda de peso era mais autónoma, observou-se uma maior adesão ao programa, maior perda de peso e maior manutenção de perda de peso no <i>follow-up</i> . A motivação autónoma para perda de peso foi estimulada pela sua orientação para a autonomia e pelo suporte de autonomia percebido pelo clima interpessoal criado pela equipa dos cuidados de saúde.
Saúde	Williams, Freedman e Deci (1998)	- A melhor adesão e envolvimento no tratamento estão associados a melhor controlo da glicemia.
Saúde	Williams, et al., (2004)	- A mudança na motivação autónoma e na competência percebida predizem melhorias no controlo glicémico. A mudança na competência percebida está associada à adopção de mais comportamentos de cuidado na diabetes e à manutenção dos comportamentos de controlo da glicemia num período de seis a doze meses.

Cognição	Sheldon, (1995)	- Concluiu que uma disposição geral para ser auto-determinado pode permitir às pessoas criativas aprofundar recursos cognitivos e capacidades.
Social	Sheldon e Elliot (2000)	- Na avaliação da importância de objectivos pessoais em papéis sociais concluíram que embora teoricamente se observem diferenças nos cinco papéis sociais importantes (filhos, emprego, parceiro romântico, amizade, estudantes), ao longo do tempo, as pessoas tendem a obter maior satisfação nos objectivos relacionados com a amizade e o romance, considerando-os mais intrinsecamente motivados. Por sua vez, os objectivos relacionados com o emprego parecem ser percebidos como possuindo algum tipo de pressão externa ou interna, sendo por essa razão acompanhados de menor satisfação. Este resultado vai de encontro às problemáticas que as recompensas externas podem ter na motivação.

Deci et al. (1994) comprovaram que existem factores específicos contextuais que promovem a internalização e integração: um racional significativo para a pessoa (pode ajudar a compreender porque a auto-regulação da actividade tem utilidade pessoal), conhecimento dos sentimentos e baixo controle (proporcionar escolha). Um ambiente onde se encontram presentes dois ou três destes factores facilitadores conduz a uma maior internalização do que um ambiente onde apenas existe um ou nenhum destes factores.

Ao nível terapêutico, Pelletier, Tuson e Haddad (1997) referem que quando os pacientes percebem a sua motivação para a terapia como mais auto-determinada, experimentam, menos tensão, menos distração e estados de humor mais positivos durante a terapia. Estes consideram a terapia como sendo mais importante, revelam maior satisfação com a terapia e fortes intenções de a continuar. Quanto mais auto-determinados se encontram, maior é a auto-estima e a satisfação com a vida e conseqüentemente menor são os níveis de depressão.

As pessoas que agem por razões mais intrinsecamente motivadas ou identificadas na religião, exercício físico, actividade política e relações íntimas (Ryan & Deci, 2000; Sheldon, et al., 1996) demonstram ser mais ajustadas do que as que agem por razões mais externas ou

introjectadas (controladas) nestes domínios. No dia-a-dia, as pessoas que não se sentem autónomas nas suas actividades estão mais predispostas a emoções negativas (Sheldon, et al., 1996).

As vantagens de maior internalização parecem resultar de um conjunto de vários factores (Ryan et al., 1997), incluindo maior eficácia comportamental, maior persistência volitiva, aumento do bem-estar subjectivo e maior assimilação do indivíduo com o seu grupo social.

Deci e Ryan (1985; 2000) referem que as motivações não-autónomas podem ser transformadas em autónomas a qualquer momento. Estes autores defendem que este processo tende a acontecer automaticamente, como resultado de um processo de integração orgânico. Isto é, as pessoas são naturalmente motivadas para se dirigirem a comportamentos que assumem como seus.

Porque os comportamentos extrinsecamente motivados não são por natureza apelativos, a razão primária pelas quais as pessoas inicialmente realizam essas acções é porque os comportamentos são modelados ou valorizados pelos outros significativos aos quais se sentem (ou querem sentir) relacionados. Isto sugere que o relacionamento, a necessidade de sentimento de pertença e ligação com os outros é central para a internalização. A Organismic Integration Theory propõe que a internalização se pode tornar mais evidente quando são promovidos sentimentos de relacionamento. Ryan e Deci (2000) demonstram que as crianças que possuem uma regulação mais profundamente internalizada para comportamentos positivos relacionados com a escola eram aqueles que se sentiam mais seguramente ligados e cuidados pelos pais e professores.

Os contextos podem produzir regulação externa se existem recompensas ou ameaças e a pessoa se sente competente o suficiente para cumprir; os contextos podem produzir regulação introjectada se o grupo de referência relevante valoriza a actividade e a pessoa se sente competente envolvida na relação; mas só podem produzir regulação autónoma se existir

suporte de autonomia, permitindo à pessoa sentir-se competente, relacionada e autónoma. Para integrar a regulação, as pessoas devem abraçar o seu significado e sintetizar esse significado em relação aos seus outros objectivos e valores. Este processamento é facilitado por um sentimento de escolha, volição e libertação de uma excessiva pressão externa. Neste sentido, a promoção da autonomia permite aos indivíduos activamente transformarem os valores em seus (Ryan & Deci, 2000).

Deci, Eghrari, Patrick e Leone (1994) demonstraram que providenciar um racional significativo para um comportamento desinteressante, no qual se promove a autonomia e um bom relacionamento promovem a internalização e integração.

Ryan e Deci (2000) clarificam que o conceito de autonomia é, em algumas teorias, conceptualizada como antagonista do relacionamento e competência. Na T.A.D., este conceito não se refere a ser independente ou egoísta, mas ao sentimento de volição que acompanha qualquer acto, quer este seja dependente ou independente, colectivista ou individualista.

Em relação à alienação e sua prevenção Ryan e Deci (2000) explicam que uma abordagem positiva não pode ignorar a psicopatologia ou fechar os olhos à alienação e não autenticidade que são prevalentes na nossa sociedade. Assim sendo, investigaram trajectórias desenvolvimentais não-óptimas.

Para explicar as causas desse funcionamento diminuído, a T.A.D. sugere que, primeiro, é necessário compreender os contextos sociais imediatos do indivíduo e, depois, os seus ambientes desenvolvimentais, para examinar os níveis em que se encontram as necessidades de competência, autonomia e relacionamento. Defendem que o fracasso em providenciar promoção para autonomia, competência e relacionamento, não apenas nas crianças, mas também em estudantes, empregados, doentes e atletas, agentes de socialização e organizações estão a contribuir para a alienação, psicopatologia e mal-estar (Ryan & Deci, 2000).

A maioria da investigação actual foca-se na ligação entre a satisfação das necessidades básicas e a experiência de bem-estar.

A título de exemplo Sheldon, Ryan e Reis (1996) estudaram a relação entre a satisfação de necessidades psicológicas de autonomia e competência e o bem-estar diário. Os resultados indicam que os participantes com mais competência e autonomia tendem a ter em média “melhores” dias. Estes dias “bons” são aqueles nos quais os participantes se sentem mais autónomos e competentes nas suas actividades diárias.

Alguns estudos centraram a sua investigação nas mudanças nas escolhas dos objectivos das pessoas ao longo do tempo. Sheldon e Elliot (1998) concluíram que, mesmo quando os objectivos são gerados pelo próprio, podem não ser sentidos como verdadeiramente pessoais, autónomos e integrados. Através de três estudos descobriram que a autonomia dos objectivos pessoais prediz a aquisição dos objectivos, ao contrário da motivação controlada. Sheldon e Elliot (1999), tendo por base o self-concordance model, enfatizam a capacidade humana de estabelecer e seguir objectivos pessoais cujos processos conativos envolvem esforços proactivos do indivíduo para atingir resultados e satisfazer as necessidades de autonomia, competência e relacionamento. Por sua vez, Sheldon, Arndt e Houser-Marko (2003) tentaram avaliar estas mudanças na escolha dos objectivos tendo por base o conceito de “Organismic Valuing Process” de Rogers (1951), que se caracteriza pela capacidade inata que as pessoas possuem de saberem o que é importante para si. Colocaram a hipótese de que as pessoas se dirigem a objectivos “benéficos” ao longo do tempo, objectivos intrínsecos ou autónomos e se afastam de objectivos problemáticos. Objectivos “benéficos” são definidos como aqueles mais tipicamente associados ao bem-estar subjectivo e comportamento pró-social. Concluíram que parece haver uma inclinação positiva na mudança de objectivos em direcção a objectivos que conduzem ao bem-estar psicológico.

Contudo, um aspecto que não foi muito investigado pela teoria da auto-determinação é o processo pelo qual as pessoas proactivamente seleccionam novas direcções para si próprios numa variedade de escolhas possíveis. Sheldon (2000) procurou saber se os indivíduos de facto geram objectivos inapropriados mesmo na ausência de controlos contextuais. Assim

sendo, chegou à conclusão que, algumas vezes, as pessoas falham na selecção de objectivos apropriados para as suas verdadeiras e actuais necessidades, valores e interesses o que por sua vez pode ter profundos custos para o ajustamento e desenvolvimento.

Sheldon et al. (2003) desenvolveram uma investigação em que defendem que a T.A.D providencia um instrumento conceptual útil para as organizações. Esta teoria pode ser aplicada para a compreensão de construtos utilizados na investigação organizacional, como o verdadeiro envolvimento nos objectivos e motivação para aprender, o fenómeno de liderança transformacional e estratégias/práticas ao nível de recursos humanos. A T.A.D permite uma meta-teoria compreensiva destes vários aspectos.

Para concluir, a T.A.D conceptualiza a motivação como um continuum desde a amotivação até à motivação intrínseca, sendo esta que é mais auto-determinada. Mais tarde esta teoria propõe uma tendência natural do individuo para a internalização de aspectos externos, que são dependentes de factores intrapessoais, tal como a orientação causal e factores contextuais, como o suporte de autonomia (Sheldon et al., 2003).

Alguns estudos demonstram que nos comportamentos aditivos, os indivíduos, frequentemente, se encontram pouco motivados para o tratamento. Assim sendo, faz sentido uma abordagem motivacional em programas de reabilitação (Ryan, Plant & O'Malley, 1995).

A seguir, encontram-se alguns desses estudos que comprovam a eficácia do modelo da T.A.D. nos comportamentos aditivos.

Na sua maioria, estes tratamentos que utilizam elementos motivacionais têm sido conduzidos com intervenções individuais.

No entanto, Foote et al. (1999) desenvolveram uma intervenção de grupo motivacional de quatro sessões e concluíram que as pessoas valorizam e persistem durante mais tempo em comportamentos que são percebidos como motivados autonomamente. Os processos motivacionais são afectados por esta intervenção, o ambiente desta intervenção grupal e o

líder de grupos são percebidos como mais promotores de autonomia do que o tratamento usual.

Num ensaio clínico para testar um modelo terapêutico de tratamento para a desabituação tabágica baseado na T.A.D., a motivação autónoma para o tratamento e competência percebida para a mudança dos indivíduos, foi avaliada antes do tratamento e seis meses depois. As suas percepções no suporte de autonomia por parte do terapeuta foram avaliadas durante um mês de tratamento. Os resultados demonstraram que a intervenção da T.A.D foi experimentada como promovendo mais a autonomia do que os cuidados de saúde alternativos, e conduziu a um aumento significativo da desabituação tabágica em seis meses. O suporte percebido de autonomia conduziu ao aumento da motivação autónoma e também da competência percebida. Estas variáveis motivacionais conduziam a maior desabituação. Demonstravam também por comparação ao grupo de controlo, maior adesão à medicação e, por consequência, maior abstinência. No follow-up aos 18 e 32 meses mostraram que a melhoria do grupo tratamento com T.A.D foi mantida em cada um destes momentos (Williams et al., 2006).

Do mesmo modo, Williams, Gagné, Ryan e Deci (2002) defendem que uma intervenção em que se promove autonomia está associada a motivação autónoma e desabituação tabágica pelo aumento do envolvimento activo no tratamento, que, por sua vez, aumenta a abstinência continuada (Williams & Deci, 2000).

Fumadores adultos que foram aconselhados a deixar de fumar tiveram melhores taxas de desabituação se relataram mais razões autónomas para a cessação tabágica (William et al., 2002).

Williams, Cox, Kouides e Deci (1999) testaram o modelo da auto-determinação ao examinarem em que medida apelar a adolescentes, de forma autónoma, para não fumarem iria afectar a sua motivação autónoma e, por sua vez, o seu comportamento de não fumar ou fumar menos. Concluíram que, quando os adolescentes percebiam as mensagens sobre não

fumar como promotoras de autonomia, tinham maior motivação autónoma para não fumar, e por sua vez reduziam o comportamento aditivo.

Ryan, Plant e O`Malley (1995) referem que uma motivação internalizada está associada a maior envolvimento e manutenção de indivíduos alcoólicos no tratamento. Os indivíduos com maior motivação interna e externa demonstraram a melhor frequência e manutenção no tratamento, enquanto que os que tinham baixa motivação interna demonstraram menos sucesso no tratamento. A gravidade do problema foi também relacionada com maior nível de motivação internalizada.

A motivação global prediz razões extrínsecas para beber, que prediz percepções de pressão, que por sua vez, levam ao consumo de álcool. Assim sendo, o acto de beber por razões extrínsecas está associado à maior percepção de pressões para beber. Esta relação entre as percepções de pressão e o comportamento de beber é mais evidente para os indivíduos onde se verifica uma orientação motivacional menos auto-determinada (controlada) (Knee & Neighbors, 2002).

Os indivíduos que se percebem como livres na escolha da entrada no tratamento e terapeutas que são percebidos como estando genuinamente interessados no aconselhamento, possuem maiores expectativas de eficácia em relação ao tratamento. Níveis menores de expectativas de eficácia do tratamento foram observados em indivíduos que entraram no tratamento apenas para causar impressões ou quando os terapeutas exibiam uma motivação controlada (Wild, Cunningham & Hobdon, 1998).

Zeldman, Ryan e Fiscella (2004) num estudo com toxicod dependentes, concluíram que a motivação interna e um suporte de autonomia percebido está associado a uma melhor adesão ao tratamento e ao facto de conseguirem aceder à toma das doses de metadona em casa. Quando os indivíduos sentem que são escutados, que lhes são dadas opções, que são aceites e não julgados, obtêm melhores resultados no tratamento. Valores elevados de motivação

externa juntamente com baixos níveis de motivação interna, dão origem a insucesso no tratamento.

Rigotto e Gomes (2002) examinaram os contextos de abstinência e de recaída no tratamento com toxicodependentes. Os autores concluíram que o facto de se encontrarem abstinentes estava relacionado com a consciência do problema aditivo por parte do dependente, a recuperação de vínculos familiares, a auto-estima, o afastamento de ambientes favorecedores da adição, e o envolvimento em práticas religiosas. Os elos considerados como essenciais à experiência de abstinência foram as redes interpessoais de relacionamento (profissionais, familiares, novos amigos e o envolvimento como colaboradores na recuperação de outros dependentes químicos). A recuperação, entre outros aspectos, parece estar associada à definição de novos objectivos pessoais e à percepção de auto-eficácia diante de situações de risco para recaída.

Para concluir, nos comportamentos aditivos a grande problemática com que os profissionais de saúde se deparam é a falta de motivação para a mudança do comportamento-problema. O *dropout* continua a ser um problema significativo em psicoterapia, abuso de substâncias e cuidados de saúde. O entendimento das dinâmicas motivacionais é importante para delinear intervenções que estimulem a motivação, retenção no tratamento e a manutenção do mesmo.

Os estudos realizados tendo como base a T.A.D. comprovam que, quando a motivação intrínseca se encontra presente nos indivíduos, a eficácia do tratamento é maior, bem como o envolvimento no tratamento e, conseqüentemente, a manutenção do mesmo.

II – A avaliação da auto-regulação

A auto-regulação tem sido avaliada em vários domínios. Neste capítulo são apresentados os instrumentos que permitem avaliar a auto-regulação, bem como, os contextos em que foram utilizados.

O formato destes instrumentos de avaliação foi introduzido por Ryan e Connell (1989). Estes autores desenvolveram inicialmente o Academic Self-Regulation Questionnaire (SRQ-A) e o Prosocial Self-Regulation Questionnaire (SRQ-P). Existem duas versões do SRQ-A, uma vez que foi modificado por Deci, Hodges, Pierson e Tomassone (1992) com o objectivo de avaliar dificuldades de aprendizagem. A SRQ-A avalia quatro estilos regulatórios: a regulação externa, introjectada, identificada e motivação intrínseca. Por sua vez, o SRQ-P é constituído por três sub-escalas: regulação externa, introjectada e identificada.

Ryan, Plant e O'Malley (1995) foram pioneiros ao utilizar o modelo da teoria da auto-determinação para estudar a motivação para iniciar um tratamento. Desenvolveram o Treatment Motivation Questionnaire (TMQ), que contém dois factores motivacionais, um interno e outro externo e duas sub-escalas – “Procura de Ajuda” (*Help Seeking subscale*) e “Confiança no Tratamento” (*Confidence in treatment subscale*), derivando deste o Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ).

O TSRQ foi utilizado pela primeira vez em 1998 por Williams, Grow, Freedman, Ryan e Deci (1996), tendo sido administrado numa investigação com pacientes com diabetes (Williams, Freedman & Deci, 1998), bem como em outros comportamentos de saúde, como não fumar (Williams, Cox, Kouides & Deci, 1999). As versões desta escala são, na sua maioria, constituídas por duas sub-escalas – a da regulação autónoma e regulação controlada. Em alguns destes instrumentos, foi incluída uma sub-escala para a amotivação, contudo esta sub-escala foi utilizada em poucos estudos.

O Learning Self-Regulation Questionnaire (SRQ-L) tem duas versões ligeiramente diferentes. Este avalia as razões porque as pessoas aprendem em determinados *settings*, como

no liceu ou num curso. A primeira foi desenvolvida e utilizada por Williams e Deci (1996) numa investigação conduzida com estudantes de Medicina, na qual se pretendia avaliar as razões que levavam estes estudantes a participarem em turmas de Sistemas Orgânicos (Organ Systems), onde aprendiam como realizar a entrevista médica, sendo depois adaptada por Black e Deci (2000) para estudantes do liceu que aprendiam Química Orgânica para avaliar as razões que levavam estes estudantes a participar activamente na disciplina de Química Orgânica. O questionário é essencialmente o mesmo, sendo que apenas dois itens foram eliminados por razões de brevidade. Este apresenta duas sub-escalas: regulação controlada e regulação autónoma e pode ser adaptado a um determinado curso ou programa que possa estar a ser alvo de estudo.

O Exercise Self-Regulation Questionnaire (SRQ-E) diz respeito às razões pelas quais as pessoas praticam exercício regularmente ou se envolvem em outro tipo de actividades físicas. Existem três versões deste questionário: um para exercício físico, fazer exercício regularmente e fazer ginástica. Apesar destas versões terem sido desenvolvidas por diferentes investigadores e possuírem algumas diferenças em termos das perguntas realizadas e dos itens, são consideradas semelhantes no seu conjunto. Estes questionários avaliam quatro estilos regulatórios (regulação externa, introjectada, identificada e motivação intrínseca). Apesar de terem sido conduzidos, recentemente, diversos estudos com estes questionários, não existe ainda literatura publicada acerca dos resultados destas investigações. As informações até ao momento disponíveis encontram-se no site da Universidade de Rochester: <http://www.psych.rochester.edu/SDT/questionnaires.php>, que inclui todas as investigações realizadas no âmbito da Teoria da Auto-Determinação, bem como, faculta os questionários que avaliam os diferentes construtos desta teoria. O Religion Self-Regulation Questionnaire (SRQ-R) foi desenvolvido e validado por Ryan, Rigby e King (1993) e avalia as razões que levam as pessoas a envolverem-se em comportamentos religiosos. Foi desenvolvido para um estudo com uma população cristã, podendo ser adaptada a outras religiões. Este questionário

possui uma versão longa, constituída por 48 itens e uma versão de 12 itens. É constituído por duas sub-escalas: regulação introjectada e regulação identificada.

O Friendship Self-Regulation Questionnaire (SRQ-F) avalia as razões pelas quais as pessoas se empenham numa determinada amizade. Contém respostas que representam a regulação externa, introjectada, identificada e motivação intrínseca.

O Health Care Self-Determination Theory Packet é constituído por três questionários desenvolvidos para avaliar construtos da Teoria da Auto-Determinação relacionada com comportamentos de cuidados de saúde (Deci & Ryan, 1985; Williams, Deci & Ryan, 1999). Estes questionários são: Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ), a Perceived Competence Scale (PCS) e o Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) e foram agrupados para facilitar a investigação em cuidados de saúde. Existem quatro versões para cada um dos questionários que dizem respeito a quatro comportamentos de saúde: cessação tabágica, dieta saudável, praticar exercício regularmente e beber de forma responsável. O TSRQ avalia a motivação autónoma, a motivação controlada e amotivação. Por sua vez, o PCS é um questionário curto, constituído por 4 itens onde se avaliam os sentimentos das pessoas em relação a comportamentos saudáveis, nomeadamente em que medida os participantes se sentem confiantes em serem capazes de realizar ou manter mudanças de comportamentos de saúde ou participar em programas ou tratamentos de cuidados de saúde. Por último, o HCCQ é um questionário constituído por 15 itens que avalia as percepções dos pacientes em relação aos seus cuidadores, mais especificamente em que medida estes os percebem como cuidadores que dão um apoio autónomo ou controlado, no tratamento em termos gerais ou em relação a um aspecto específico dos cuidados de saúde. Existe também uma versão reduzida que inclui 6 dos 15 itens. Esta versão é apresentada para os mesmos quatro comportamentos de saúde utilizados para o TSRQ e o PCS.

Os instrumentos apresentados permitem a avaliação da auto-regulação, tendo por base a Teoria da Auto-Determinação e como se pode observar existe uma panóplia de questionários que permitem a avaliação deste construto nos mais variados contextos.

Estudo Empírico

III – Pertinência do estudo

A avaliação é, sem dúvida, uma fase essencial no tratamento de qualquer perturbação. É através de uma avaliação adequada que melhor se podem delinear as estratégias de intervenção. Deste modo, os instrumentos de avaliação impõem-se como um recurso indispensável.

No que diz respeito à auto-regulação, existe carência de instrumentos desenvolvidos que se centrem na temática da(s) toxicodependência (s). Assim, a pertinência deste estudo reside no facto de poder contribuir para a construção de um instrumento de avaliação que possa ser útil, não só na avaliação, mas também na intervenção no tratamento da(s) toxicodependência(s), pela auto-regulação como prevenção das recaídas.

IV – Objectivos do estudo

O presente estudo tem como objectivo geral a construção de uma Escala de Auto-Regulação na Toxicodependência (Matos, Silva & Fonte, 2008).

Como objectivos específicos, pretende-se realizar uma análise psicométrica do instrumento, em termos de validade, fidelidade e sensibilidade.

Em termos da validade, pretende-se avaliar a validade de conteúdo através do julgamento realizado por especialistas; a validade de construto pela fidelidade e validade convergente-discriminante; a validade de critério; a validade dos itens; e análise dos componentes principais.

Em relação à fidelidade, pretende-se avaliar a mesma pela consistência interna, recorrendo-se ao alfa de Cronbach.

Na análise da sensibilidade dos resultados, pretende-se verificar se existem diferenças entre indivíduos em diferentes etapas do tratamento, recorrendo-se ao teste t de Student e à discriminação de grupos pela One-Way Anova.

V – Método

Neste capítulo é descrito, em detalhe, o modo como a investigação foi conduzida, nomeadamente, a descrição dos participantes, o material utilizado no estudo, bem como, o procedimento adoptado.

1. Participantes

A amostra analisada no presente estudo é constituída por 321 utentes de instituições para tratamento por perturbações pela utilização de substâncias (de acordo com os critérios definidos por DSM IV – TR- A.P.A., 2006). Destes, 25,2% ($n=81$) encontra-se em tratamento no Projecto Homem (Braga); 24,9% ($n=80$) no Centro de Respostas Integradas (C.R.I.) Ocidental; 24,9% ($n=80$) no C.R.I de Cedofeita; 21,8% ($n=70$) no C.R.I Porto Ocidental - unidade de Matosinhos; e 3,1% ($n=10$) no “Sempre a Crescer”. (Quadro 3)

Quadro 3: Caracterização da amostra em função das instituições de tratamento

	%	n
Projecto Homem	25,2%	81
C.R.I. Ocidental	24,9%	80
C.R.I. Cedofeita	24,9%	80
C.R.I. Ocid. Matosinhos	21,8%	70
Sempre a Crescer	3,1%	10
Total (N)		321

Recorreu-se a uma amostra não probabilística, também designada de amostra de conveniência (Ribeiro, 1999), dado que os participantes foram incluídos na investigação conforme iam aparecendo, desde que cumprissem os critérios definidos previamente.

Dos 321 utentes, 90,7% ($n=291$) são do sexo masculino e 9,3% ($n=30$) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 e os 58 anos ($M = 36,75$; $DP = 7,26$), 62,9% ($n=202$) são solteiros, 19,3% ($n=62$) separados / divorciados, 16,8% ($n=54$) casados / união de facto e 0,9% ($n=3$) são viúvos. No que diz respeito às habilitações literárias, 60,4% ($n = 194$) dos utentes possui o 2.º ciclo de estudos, 20,2% ($n=65$) o 1.º ciclo, 17,1% ($n=55$) o 3.º ciclo e 2,2% ($n=7$) o ensino superior.

Em relação à idade de início de consumo, esta varia entre os 6 e os 42 anos ($M = 17,49$; $DP = 5,04$); 63,9 % ($n=205$) dos participantes referem ter efectuado tratamentos anteriores, variando o número destes entre 0 e 21 ($M = 1,89$; $DP = 3,22$), 28,3% ($n=91$) 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 C.R.I.'s; 16,5 % ($n=53$) dos utentes referem ter realizado outro tipo de tratamentos que não os referidos anteriormente.

O tempo de tratamento actual varia entre 1 mês e mais de 2 anos, existindo 6,5% ($n=21$) até 1 mês; 13,7% ($n=44$) entre 2 e 6 meses; 10,0% ($n=32$) entre 7 e 12 meses; 16,8% ($n=54$) entre 1 e 2 anos; e 52,6% ($n=169$) mais de 2 anos.

Na sua maioria, os utentes referem a heroína como 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%; $n=5$).

2. *Material*

Para a concretização prática do estudo foram elaborados um questionário sócio-demográfico e a Escala de Auto-Regulação na Toxicodependência (Matos, Silva & Fonte, 2008).

A) Questionário sócio-demográfico

Os itens que compõem este questionário dizem respeito ao sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, idade de consumo inicial, substância(s) de abuso, tratamentos anteriores e actual.

B) Escala de Auto-Regulação na Toxicodependência (Matos, et al., 2008): versão em estudo.

3. *Procedimento*

Na construção de instrumentos estão envolvidas diversas etapas.

A primeira diz respeito à definição da variável. A este respeito, Ribeiro (2007) refere que a variável deverá ser uma variável natural, que todas as pessoas têm e que ninguém possui mais do que um nível dessa variável num dado momento.

O passo seguinte consiste em relacionar a variável com um construto que lhe dá origem. Pela clarificação do construto é permitido o desenvolvimento de indicadores observáveis dessa variável. É importante a identificação das medidas ou realizações existentes ou outros critérios com os quais o construto se relaciona e clarificar com quais medidas e critérios este se contrasta. Esta identificação facilita a exploração psicométrica da validade convergente e discriminante.

A pesquisa da literatura é um passo importante na construção do instrumento. Esta pesquisa passa por saber se existem outras escalas para avaliar a variável definida. Caso exista deve-se recorrer às escalas existentes se estas possuem as características psicométricas adequadas (validade, fidelidade, utilidade, apropriabilidade) (Ribeiro, 2007).

Da pesquisa resultou o contacto com instrumentos que avaliam o construto da auto-regulação em diversos domínios (instrumentos estes que foram apresentados e descritos no

capítulo anterior), ainda que nenhum deles se referisse especificamente ao tratamento de toxicodependência(s).

No decurso da fase de pesquisa, foram ainda contactados especialistas de reconhecido mérito a nível internacional, no domínio da auto-regulação, dos quais se destaca o Professor Stan Maes, da Universidade de Leiden. Este contacto teve como objectivo o pedido de informação e de autorização para a tradução do Self-Regulation Questionnaire e sua adequação a uma nova problemática – a toxicodependência. Também foi solicitado parecer ao Professor Edward Deci acerca dos resultados obtidos, nomeadamente, na sub-escala da amotivação, tendo sido por ele sugerida a eliminação desta sub-escala. (E Deci, comunicação pessoal, 29 de Abril, 2009).

Como ponto de partida, recorreu-se às escalas existentes, nomeadamente, ao Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ), retirando-se os itens que compõem as subescalas da regulação autónoma (11 itens), regulação controlada (18 itens) e amotivação (3 itens). Para avaliar o relacionamento, recorreu-se aos 4 itens que compõem o Health Care Climate Questionnaire (HCCQ). Na avaliação da competência, retirou-se do Perceived Competence Scales (PCS), os 4 itens que dizem respeito a esta escala.

No processo de geração de itens, teve-se em consideração as regras apontadas por Ribeiro (2007): o uso de frases simples e curtas; uso da voz activa em vez da passiva; repetição dos substantivos em vez da utilização de pronomes; evitar metáforas, formas verbais complexas, advérbios e preposições; uso de termos específicos em vez de genéricos; evitar palavras vagas e; evitar frases com dois verbos que indiquem acções diferentes.

Assim, o desenvolvimento dos itens foi realizado tendo por base os modelos teóricos do construto da auto-regulação e os instrumentos referidos anteriormente, desenvolvidos para outros domínios. Na construção da versão de consenso estiveram envolvidos dois psicólogos conhecedores de ambas as problemáticas.

Estes instrumentos foram ajustados à problemática da toxicodependência, chegando-se a uma versão de consenso, constituída por 40 itens (Quadro 4).

Quadro 4: Número de itens e sub-escalas a que pertencem

Sub-escalas	Itens
Sub-escala motivação autónoma (11 itens)	A3, A4, B9, C13, D17, D18, E1, E3, E6, E8, E11
Sub-escala motivação controlada (18 itens)	A1, A2, B5, B6, B7, B8, C10, C11, C12, D14, D15 D16, E2, E4, E7, E9, E12, E13
Sub-escala amotivação (3 itens)	E5, E10, E14
Sub-escala relação profissionais (4 itens)	F, G, H, I
Sub-escala competência percebida (4 itens)	J, K, L, M

A selecção dos itens que compõem as subescalas obedeceu a dois critérios, como sugere Comrey (1988, cit. in Ribeiro, 2007): terem sido desenvolvidos para avaliar o mesmo construto e relacionarem-se estatisticamente uns com os outros com uma magnitude suficiente de modo a poderem agregar-se na escala pretendida.

Em relação ao tipo de agrupamento dos itens por subescalas deve pensar-se qual a magnitude da relação entre os itens. Esta expressa-se pela consistência interna. A este respeito, Rotter (1990) afirma que alfas muito elevados, como um alfa de 0,90 podem ser encontrados se fizermos a mesma pergunta muitas vezes, podendo estar a medir o estilo de resposta em vez de fornecer uma mostra representativa do comportamento e de situações que se desejam prever ou serem itens redundantes. Assim, defende que a correlação entre tais itens deve ser positiva mas baixa, sendo esta questão dependente da teoria que sustenta o construto. A consistência interna do item pode significar uma elevada correlação entre o item e o critério externo ou uma elevada correlação com a nota da escala a que pertence. Se a primeira hipótese for a definida, a correlação do item com a nota da escala a que pertence

pode ser (ou não) baixa, ficando a homogeneidade da escala diminuída. Isto não significa, porém que a qualidade do item ou a qualidade da escala seja igualmente diminuída, pois encontra-se dependente do critério definido *à priori*.

Neste processo, optou-se pela construção de uma escala segundo o modelo aditivo (ou escala de Likert). Foram seleccionados itens que respeitassem a condição de que seria possível estabelecer uma relação estatística monótona entre as respostas dos indivíduos ao item e as suas posições na variável que se pretende medir.

Este modelo apresenta a vantagem de possibilitar a utilização de diferentes formatos de resposta aos itens, permitindo assim uma recolha mais eficaz da informação.

O modelo aditivo pressupõe que existe uma correlação entre os diferentes itens e a variável que se pretende medir, pressupondo também que existe uma certa correlação dos itens entre si, que decorre do facto de todos eles medirem, em certo grau a mesma variável (Moreira, 2004).

Um pressuposto importante é o de que se se elaborar um número relativamente elevado de itens cujo conteúdo se refira à variável pretendida e se se somar os resultados obtidos em todos esses itens, se obterá um índice bastante adequado da posição dos indivíduos na dimensão considerada. Por outras palavras, isto significa que a resposta a cada item, individualmente, depende da posição do indivíduo na variável que se pretende medir e de factores que nada têm a ver com essa variável. Uma escala de Likert com mais itens é geralmente mais rigorosa do que uma com menos itens. Contudo, o uso de escalas muito longas levanta problemas práticos, sendo prudente um número que raramente ultrapassa os 25 itens (Moreira, 2004).

No que respeita ao número de alternativas de resposta, segundo Moreira (2004), em princípio, não existe limite, a informação fornecida pelo item será tanto maior quanto maior o número de alternativas fornecidas.

No formato da escala consta uma parte que representa o estímulo (afirmação) que desencadeia a resposta e uma parte que constitui a resposta. A escala de resposta utilizada é uma escala tipo Likert, indo as opções de resposta de 1 a 5, em que: 1 corresponde a “discordo totalmente”, 2 “discordo”, 3 “nem discordo nem concordo”, 4 “concordo” e 5 “concordo totalmente”. Esta foi seleccionada, tendo em consideração a avaliação dos itens, bem como, a população alvo a que se destina. Foram seleccionadas 5 opções de resposta por parecerem ser as de mais fácil compreensão e adequabilidade para os sujeitos avaliados e também pelo facto de parecerem abranger todas as possíveis opções de respostas dadas.

Um aspecto relevante no processo de construção do instrumento diz respeito à disposição gráfica do mesmo. Teve-se o cuidado de obter uma apresentação agradável em termos estéticos e com uma disposição lógica e coerente. As partes que o compõem encontram-se individualizadas e com indicação do seu início, dando a impressão imediata da facilidade no preenchimento. O uso de linhas e rectângulos a separar os principais elementos gráficos ajudam também a criar a ideia de organização e facilidade. Na primeira página, consta o título do estudo, o nome da instituição que o promove e dos investigadores.

Em relação ao tipo e tamanho de letra, estes são facilmente legíveis. Uma forma de facilitar a verificação rápida de respostas omissas no momento de recepção do instrumento é a separação horizontal das zonas correspondentes ao conteúdo do item e às escalas de avaliação. Realizou-se também a pré-codificação das questões, ou seja, incluiu-se no próprio instrumento os valores numéricos que representam cada uma das alternativas de resposta. Para além disso, todos os itens se encontram numerados.

Após a construção da escala foram contactadas as instituições, 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 toxicod dependência.

Assim sendo, foi solicitada a autorização por escrito a cada uma das instituições (Anexo C), acompanhada pelo Projecto de Investigação e a versão da escala em estudo “Escala de Auto-Regulação na Toxicod dependência” (Matos, et al., versão em estudo).

O passo seguinte diz respeito à verificação se a população-alvo compreende os itens do modo que é esperado. Este processo passa por uma entrevista em que o participante (ou vários) responde ao instrumento de forma aberta, conversando com o investigador de modo a identificar se está a entender as questões como é suposto e se o modo de resposta é acessível.

A grelha de análise cognitiva (“*thinking aloud*”/ *cognitive debriefing*) é um método consiste na aplicação individual e no registo de todas as verbalizações dos sujeitos, devendo-se registar minuciosamente todos os acontecimentos ocorridos desde o primeiro contacto com a população-alvo, a eventuais incidentes no preenchimento, a questões relacionadas com a análise de dados, como as impressões em relação a cada item, a forma como o abordam e executam, os processos utilizados e facilidades ou dificuldades que encontram e sugestões de alterações feitas (Almeida & Freire, 2003; Ribeiro, 1999) com o objectivo de identificar ambiguidades nos itens (formato e conteúdo), processos e estratégias utilizadas pelos sujeitos, avaliar a adequabilidade das alternativas de resposta, conhecer as atitudes gerais dos sujeitos face aos itens apresentados, bem como, padrões específicos de realização nalguns itens, detectar itens mal construídos e obter uma primeira impressão da estimativa de tempo requerido para a execução da escala (Almeida & Freire, 2003) (Anexo D).

Foi realizada a análise cognitiva (“*thinking aloud*”/ *cognitive debriefing*) individualmente com 6 utentes da população-alvo, nomeadamente, 3 utentes do C.R.I. Porto Ocidental - Unidade de Matosinhos e 3 utentes do “Sempre a Crescer”. Os utentes do C.R.I. Porto Ocidental Unidade de Matosinhos eram do sexo masculino, com média de idades de 31 anos e encontravam-se em tratamento em ambulatório. Por sua vez, os utentes do “Sempre a

Crescer” eram dois do sexo masculino e uma do sexo feminino, com média de idades de 30 anos, encontrando-se institucionalizados.

De acordo com as recomendações de Ribeiro (1994), foi também efectuada a análise dos itens por dois especialistas (psicólogos) para saber se: cada item parece medir o construto que se propõe medir; se há outra forma mais simples ou adequada de apresentar o item; se o formato do conjunto de itens é o mais adequado e avaliar se o tipo de resposta pedido é adequado.

A escala sofreu algumas alterações resultantes das análises realizadas – *cognitive debriefing* e análise realizada pelos especialistas. Estas alterações foram ao nível do formato da própria escala, que inicialmente continha numa única tabela quatro subescalas, optando-se, na versão definitiva, por quatro tabelas para melhor diferenciação e compreensão destas afirmações. A frase inicial de cada grupo de itens foi destacada, passando para o exterior de cada uma das grelhas. Nas análises realizadas não foi sugerido acrescentar, nem eliminar itens. A redacção dos itens não foi revista, uma vez que pareceu adequada e de fácil compreensão para os respondentes.

No que respeita à extensão do instrumento, Moreira (2004) salienta que quanto mais longo for o instrumento, melhor, sobretudo quando as sub-escalas são compostas por um número reduzido de itens. A extensão deve, no entanto, ser limitada devido à importância de assegurar a motivação dos participantes. A complexidade das questões deve ser reduzida ao mínimo compatível com as utilizações pretendidas para os resultados.

O passo seguinte, disse respeito à administração do questionário sócio-demográfico e da Escala de Auto-Regulação na Toxicodpendência (Matos, et al., versão em estudo). Estes foram administrados individualmente num gabinete das instituições, onde se pretendeu proporcionar um espaço acolhedor que garantisse a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos e, conseqüentemente, diminuir o constrangimento social. As questões éticas

subjacentes a qualquer processo de investigação foram salvaguardadas, de modo a que os direitos dos utentes e a entidade acolhedora fossem protegidos.

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) e, que assinassem o consentimento informado para participarem no estudo.

No que respeita às instruções, estas foram formuladas de acordo com indicações de Moreira (2004). Encontram-se divididas em dois grandes blocos. O primeiro bloco foi apresentado oralmente pelo investigador. E teve como objectivo motivar os participantes para uma participação conscienciosa e fornecer linhas de orientação gerais para as suas respostas. Foram também enfatizados alguns aspectos relativamente ao preenchimento do instrumento. O segundo bloco foi incluído no próprio instrumento. Este último diz respeito a indicações mais específicas sobre a forma de responder aos itens. As instruções dadas foram relativamente breves e incidiram nos aspectos concretos do procedimento a seguir na resposta.

Antes de proceder ao preenchimento dos questionários, o utente teve conhecimento, por escrito, do contexto em que é desenvolvida a investigação e os objectivos da mesma, através da carta de apresentação do investigador e da investigação. Seguiu-se o consentimento informado (Anexo D), em que o utente declarou que foi esclarecido em relação a todos os aspectos da investigação, nomeadamente, objectivo, duração esperada e procedimento do estudo, anonimato e confidencialidade dos dados e de que tinha o direito de recusar participar ou cessar a sua participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para si. Deste modo, o utente declara a concordância em participar no estudo, ao colocar uma cruz no quadrado que se encontra no final da declaração.

Como referido anteriormente, as instruções dos questionários foram explicadas oralmente pelo investigador, com o objectivo de reforçar e simplificar o bom entendimento destas, ressaltando quaisquer dúvidas ou viéses na interpretação das mesmas.

Após a recolha de dados, seguiu-se a etapa de análise das propriedades métricas da escala. Para proceder a esta análise foi tido em conta o seguinte enquadramento teórico: podem-se distinguir dois tipos de propriedades psicométricas nos testes psicológicos, a validade e a fidelidade.

Validade

A validade refere-se ao que o teste mede e quão bem o faz, isto é, um teste válido deve medir o que se pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido (Anastasi & Urbina, 2000; Ribeiro, 1999; 2007).

A validade de conteúdo realiza-se através da evidência de que os atributos incluídos no teste são uma amostra representativa do que se pretende medir (Ribeiro, 1999). Consiste no grau de adequação dos itens em relação à dimensão do comportamento avaliada pelo teste, onde se procura avaliar em que medida o conteúdo do teste (itens) cobre os aspectos mais relevantes do construto (Almeida & Freire, 2003). É, basicamente, um julgamento cujo modo mais frequente é o realizado por vários juízes especialistas no conteúdo do domínio em avaliação. Os procedimentos para avaliar a validade de conteúdo passam pela descrição do conteúdo do domínio, determinação das áreas do conteúdo do domínio que são avaliadas por cada item e a comparação da estrutura do teste com a estrutura do conteúdo do domínio (Ribeiro, 1999).

No que respeita à validade de um construto, em Psicologia podem-se distinguir três fases neste processo: a identificação dos comportamentos relacionados com o construto a medir, a identificação de outros construtos e sua relação com o construto a medir e a identificação de comportamentos que estão relacionados com estes outros construtos. Existem vários métodos de determinação deste tipo de validade. Anastasi e Urbina (2000) refere os seguintes: correlação com outros instrumentos de avaliação, análise factorial, consistência interna, efeitos de variáveis experimentais da nota do teste e validade convergente e discriminante. Trata-se de um processo contínuo de busca de informações que ajudem a

entender melhor o que o teste está a medir. O objectivo são os de melhoria dos conhecimentos teóricos e práticos sobre os próprios construtos (Almeida & Freire, 2003).

A análise dos componentes principais é um método que permite transformar um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, num outro conjunto menor de variáveis amplamente não correlacionadas ou em combinação de itens que se correlacionam mais entre si do que com os itens de outros grupos, que são denominados de componentes principais (Pestana & Gageiro, 2000).

No que diz respeito à validade dos itens, todos os critérios utilizados para validar os questionários são adequados para validar os itens (Ribeiro, 2007).

Consistência Interna

A validade convergente refere-se à extensão em que a correlação do instrumento com instrumentos que medem as mesmas subescalas é maior do que a correlação com os que medem subescalas diferentes (Ribeiro, 1999). Esta deve ser de pelo menos 0,40. A validade divergente, diz respeito à extensão em que a correlação do instrumento com instrumentos que medem diferentes subescalas é menor do que a correlação com os que medem as mesmas, sendo que esta distinção deve ser de pelo menos 0,10 (Ribeiro, 1999). A validade convergente-discriminante do item é um bom indicador de que o item mede o mesmo construto da escala a que pertence e não outro. Uma boa validade convergente-discriminante do item mostrará que a correlação do item com a escala a que pertence é substancialmente mais elevada do que a correlação do item com as escalas a que não pertence.

A distribuição das respostas está relacionada com o pressuposto de que um bom item deve garantir que existem respostas em todas as alternativas de resposta que cada item oferece e esta distribuição faz-se de modo que a hipótese nula seja rejeitada. Todas as alternativas de resposta devem ter sido assinaladas por algum dos participantes e a maioria das respostas devem estar nas alternativas intermédias.

A correlação do item com a nota total do teste pressupõe que quanto mais elevado o valor da correlação do item com a nota total do teste melhor o item discrimina entre os que têm bom resultado no teste e os que têm pior resultado. A correlação elevada indica também que o item mede o mesmo construto que a nota total do teste (Anastasi & Urbina, 2000).

Fidelidade

A fidelidade de um teste diz respeito à precisão e consistência com que um instrumento mede o que deve medir. Uma forma de avaliar a fidelidade é a análise do teste-reteste - o testes é passado aos mesmos indivíduos num momento e de novo passado algum tempo. Pode ainda recorrer-se ao *alpha de Cronbach* como medida de consistência interna do instrumento. Este diz respeito ao grau de uniformidade existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens da escala. A consistência interna é encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste. Uma boa consistência interna deve exceder um *alpha de Cronbach* de 0,80, sendo no entanto, aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número de itens relativamente baixos (Ribeiro, 1999).

Sensibilidade

A sensibilidade dos resultados diz respeito ao grau em que os resultados nela obtidos aparecem distribuídos, diferenciando os sujeitos entre si nos seus níveis de realização (Almeida & Freire, 2003).

Este processo de construção de instrumentos fica concluído com a produção do relatório do instrumento com todas as informações relativas ao procedimento, resultados e análises realizadas.

VI - Resultados

Podem-se distinguir dois tipos de propriedades psicométricas nos testes psicológicos, a fidelidade e a validade.

A análise da validade foi realizada pela análise dos componentes principais. Com o objectivo de reduzir um grande número de variáveis a um pequeno número de componentes recorreu-se a uma análise em componentes principais, que permitiu extrair 5 factores.

(Quadro 5)

Quadro 5 : Análise em componentes principais

	Sub-escala Motivação controlada	Sub-escala Amotivação	Sub-escala Relacionamento	Sub-escala Competência percebida	Sub-escala Motivação autónoma
Item A1	0,645	0,058	-0,041	0,082	-0,293
Item A2	0,571	0,269	-0,054	0,049	-0,203
Item A3	0,456	-0,134	-0,427	-0,253	-0,039
Item A4	0,421	-0,126	-0,323	-0,231	-0,015
Item B5	0,493	0,085	-0,003	0,352	-0,537
Item B6	0,567	0,445	-0,049	0,192	0,151
Item B7	0,601	-0,085	-0,206	0,222	-0,339
Item B8	0,541	0,464	0,029	0,052	-0,051
Item B9	0,486	-0,231	-0,408	-0,284	-0,005
Item C10	0,706	0,264	0,081	0,047	0,064
Item C11	0,671	0,047	0,155	0,047	-0,131
Item C12	0,527	0,347	-0,049	-0,221	0,151
Item C13	0,475	0,033	-0,103	-0,229	0,073
Item D14	0,452	0,386	0,179	0,102	0,087
Item D15	0,673	0,099	0,025	0,038	-0,203
Item D16	0,655	0,259	0,110	-0,123	0,268
Item D17	0,466	-0,231	0,004	-0,171	0,365
Item D18	0,561	-0,175	-0,198	-0,158	0,205
Item E1	0,533	-0,207	-0,145	0,098	0,016
Item E2	0,743	0,107	-0,024	0,117	-0,122
Item E3	0,646	-0,192	-0,256	-0,181	0,112
Item E4	0,624	0,381	-0,001	0,001	0,097
Item E5	-0,258	0,081	-0,021	0,134	0,221
Item E6	0,525	-0,381	-0,204	-0,038	-0,066
Item E7	0,701	-0,114	-0,054	0,059	-0,185
Item E8	0,618	-0,351	-0,303	-0,069	0,077
Item E9	0,089	0,493	0,001	-0,026	0,143
Item E10	0,339	0,396	0,038	0,074	0,184
Item E11	0,592	-0,281	-0,104	-0,025	-0,023
Item E12	0,615	0,349	0,049	0,019	0,321
Item E13	0,564	0,375	0,132	-0,055	0,392
Item E14	0,018	0,349	0,121	0,232	0,005
Item F	0,359	-0,201	0,607	-0,344	-0,154
Item G	0,445	-0,235	0,546	-0,029	0,093
Item H	0,454	-0,243	0,544	-0,368	-0,130
Item I	0,371	-0,279	0,531	-0,311	-0,246
Item J	0,431	-0,522	0,092	0,447	0,295
Item K	0,449	-0,514	0,141	0,432	0,219
Item L	0,337	-0,192	0,134	0,241	0,311
Item M	0,381	-0,466	0,146	0,401	0,115

A análise em componentes principais aponta para a existência de 3 factores ou 3 subescalas: motivação (itens A1 a E14), relacionamento (itens F, G, H e I) e competência percebida (itens J, K, L e M). Contudo, nesta primeira análise optou-se pela distinção teórica das sub-escalas do modelo da auto-determinação (Deci & Ryan, 1985, 2000; Ryan & Deci, 2000), distinguindo-se as subescalas da motivação controlada, amotivação, motivação autónoma, relacionamento e competência percebida. Esta opção deve-se ao facto de ser pertinente, continuar a analisar os resultados destas sub-escalas, uma vez que as mesmas se encontram devidamente fundamentadas na literatura e presentes em instrumentos que avaliam a auto-regulação.

Verifica-se que os itens A1, A2, B5, B6, B7, B8, C10, C11, C12, D14, D15, D16, E2, E4, E7, E9, E12, E13 se agrupam num único factor, o qual foi denominado de subescala de motivação controlada. No que respeita ao item E5, este apresenta valores $\leq 0,40$ e deveria ter agrupado num factor juntamente com os itens E10 e E14, tal não se verifica. Os itens F, G, H e I agrupam num mesmo factor, designado por subescala da relação com os profissionais. Os itens A3, A4, B9, C13, D17, D18, E1, E3, E6, E8 e E11 saturam na subescala motivação controlada, o que não seria de esperar. Por último, os itens J, K, e M encontram-se agrupados, saturando na subescala denominada por competência percebida, sendo que o item L satura no primeiro factor, motivação controlada.

De seguida, apresenta-se um quadro com o número de itens e a sub-escala a que pertencem, bem como, a sub-escala onde o item agrupou, de acordo com a análise em componentes principais (Quadro 6).

Quadro 6: Número de itens em função da sub-escala a que pertencem e a sub-escala onde agruparam, após análise em componentes principais.

Itens	Sub-escala que pertence	Sub-escala onde agrupou
A1	Motivação controlada	Motivação controlada
A2	Motivação controlada	Motivação controlada
A3	Motivação autônoma	Motivação controlada
A4	Motivação autônoma	Motivação controlada
B5	Motivação controlada	Motivação controlada
B6	Motivação controlada	Motivação controlada
B7	Motivação controlada	Motivação controlada
B8	Motivação controlada	Motivação controlada
B9	Motivação autônoma	Motivação controlada
C10	Motivação controlada	Motivação controlada
C11	Motivação controlada	Motivação controlada
C12	Motivação controlada	Motivação controlada
C13	Motivação autônoma	Motivação controlada
D14	Motivação controlada	Motivação controlada
D15	Motivação controlada	Motivação controlada
D16	Motivação controlada	Motivação controlada
D17	Motivação autônoma	Motivação controlada
D18	Motivação autônoma	Motivação controlada
E1	Motivação autônoma	Motivação controlada
E2	Motivação controlada	Motivação controlada
E3	Motivação autônoma	Motivação controlada
E4	Motivação controlada	Motivação controlada
E5	Amotivação	Motivação autônoma
E6	Motivação autônoma	Motivação controlada
E7	Motivação controlada	Motivação controlada
E8	Motivação autônoma	Motivação controlada
E9	Motivação controlada	Amotivação
E10	Amotivação	Amotivação
E11	Motivação autônoma	Motivação controlada
E12	Motivação controlada	Motivação controlada
E13	Motivação controlada	Motivação controlada
E14	Amotivação	Amotivação
F	Relacionamento	Relacionamento
G	Relacionamento	Relacionamento
H	Relacionamento	Relacionamento
I	Relacionamento	Relacionamento
J	Competência	Competência
K	Competência	Competência
L	Competência	Competência
M	Competência	Competência

Apesar dos resultados obtidos, optou-se por manter todos os itens das sub-escalas, uma vez que, estes itens se encontram agrupados desta forma nos instrumentos desenvolvidos no âmbito do modelo teórico da auto-determinação (Deci & Ryan, 1985, 2000; Ryan & Deci, 2000), e pretende-se continuar a investigar as qualidades psicométricas dos mesmos.

Recorreu-se ao *alpha de Cronbach* como medida de consistência interna do instrumento.

Quadro 7: Consistência interna das subescalas e escala total

	Alpha de Cronbach
Sub-escala motivação autónoma (11 itens)	0,873
Sub-escala motivação controlada (18 itens)	0,913
Sub-escala amotivação (3 itens)	0,275
Sub-escala relação profissionais (4 itens)	0,829
Sub-escala competência percebida (4 itens)	0,747
Escala Total (40 itens)	0,917

No que diz respeito à análise da fidelidade deste instrumento, a avaliação do Alpha de Cronbach revelou uma boa consistência interna, excepto na subescala da amotivação (Quadro 7).

Em relação à validade dos itens foi efectuada uma análise da correlação de cada sub-escala com a escala total, da correlação de cada item com a sub-escala a que pertence (validade convergente), corrigida para sobreposição, e de cada item com as outras sub-escalas (validade discriminante)(Quadro 8).

Quadro 8: Correlação de cada item com a sub-escala a que pertence e com as outras sub-escalas, corrigida para sobreposição ($N=321$).

	Sub-escala Motivação controlada	Sub-escala Relacionamento	Sub-escala Competência percebida	Sub-escala Motivação autónoma	Escala Total
Item A1	0,594	0,312	0,259	0,478	0,609
Item A2	0,595	0,243	0,171	0,392	0,549
Item A3	0,365	0,186	0,261	0,574	0,396
Item A4	0,294	0,216	0,234	0,506	0,366
Item B5	0,496	0,221	0,202	0,301	0,461
Item B6	0,655	0,149	0,158	0,322	0,558
Item B7	0,517	0,209	0,317	0,517	0,549
Item B8	0,627	0,194	0,111	0,306	0,535
Item B9	0,302	0,233	0,246	0,653	0,417
Item C10	0,723	0,312	0,289	0,448	0,693
Item C11	0,618	0,362	0,327	0,444	0,643
Item C12	0,547	0,222	0,161	0,422	0,508
Item C13	0,407	0,218	0,219	0,433	0,434
Item D14	0,506	0,206	0,128	0,239	0,438
Item D15	0,636	0,314	0,289	0,481	0,639
Item D16	0,646	0,328	0,283	0,464	0,636
Item D17	0,306	0,321	0,381	0,486	0,412
Item D18	0,391	0,286	0,354	0,619	0,501
Item E1	0,386	0,297	0,393	0,558	0,492
Item E2	0,703	0,299	0,322	0,519	0,703
Item E3	0,469	0,311	0,377	0,711	0,575
Item E4	0,674	0,228	0,201	0,398	0,611
Item E6	0,317	0,281	0,389	0,589	0,451
Item E7	0,563	0,353	0,373	0,581	0,648
Item E8	0,401	0,283	0,421	0,729	0,537
Item E9	0,204	-0,036	-0,093	-0,003	0,095
Item E11	0,405	0,362	0,363	0,589	0,519
Item E12	0,608	0,235	0,218	0,419	0,593
Item E13	0,569	0,275	0,199	0,362	0,548
Item F	0,239	0,692	0,229	0,271	0,338
Item G	0,306	0,563	0,43	0,333	0,421
Item H	0,308	0,719	0,281	0,376	0,425
Item I	0,225	0,657	0,227	0,313	0,335
Item J	0,199	0,317	0,698	0,469	0,371
Item K	0,242	0,361	0,702	0,466	0,397
Item L	0,251	0,227	0,386	0,277	0,301
Item M	0,189	0,321	0,534	0,379	0,325

De realçar que foi realizada análise da correlação dos itens de cada sub-escala com a escala total eliminando-se os itens que pertencem à sub-escala da amotivação e que, a partir dos resultados obtidos, se realizaram novos estudos de fidelidade e validade. Esta decisão foi

tomada, tendo por base um parecer do Professor Edward Deci da Universidade de Rochester por nós solicitado, que sugeriu a eliminação desta sub-escala. De acordo com este parecer, a maioria dos questionários de auto-regulação opta por não incluir a “amotivação” nas suas sub-escalas. Estes instrumentos avaliam a presença de motivação. Amotivação significa não ter motivação, logo torna-se difícil a sua avaliação, sobretudo quando se avaliam indivíduos que procuraram tratamento.

A análise da correlação dos itens de cada sub-escala com a escala total mostrou que os itens das 5 sub-escalas apresentam correlação igual ou superior a 0,40 pontos com exceção dos itens A3, E9, F, I, J, K, L e M .

A análise de cada item com as sub-escalas a que pertencem demonstrou que à exceção dos itens, E e L, os restantes itens apresentam correlações superiores a 0,40, sendo que estas são superiores em 10 pontos à correlação com as outras sub-escalas (à exceção dos itens B7, E7, E9).

A correlação dos itens de cada sub-escala com a escala total, retirando a sub-escala da amotivação não registou alterações em relação à análise realizada anteriormente. De realçar apenas que se observa uma subida nos valores da correlação, não conseguindo, contudo, obter-se valores iguais ou superiores a 0,40 pontos nos itens referidos anteriormente

Quadro 9: Consistência interna das subescalas e escala total

	Alpha de Cronbach
Sub-escala motivação autónoma (11 itens)	0,873
Sub-escala motivação controlada (18 itens)	0,913
Sub-escala relação profissionais (4 itens)	0,829
Sub-escala auto-eficácia (4 itens)	0,747
Escala Total (37 itens)	0,925

Efectuou-se a análise da correlação de cada sub-escala com a escala total, sem a sub-escala da amotivação (Quadro 9).

O Alpha de Cronbach revelou uma boa consistência interna, registando-se um aumento do alpha de Cronbach da escala total, agora composta por 37 itens.

Quando realizada uma análise para verificar se existem diferenças entre indivíduos em diferentes etapas do tratamento quanto às sub-escalas, constata-se que os sujeitos que fizeram tratamentos anteriormente se distinguem apenas ao nível da auto-eficácia ($t = 0,022$, $p < 0,01$) daqueles que se encontram pela primeira vez a fazer um tratamento para a toxicod dependência.

De seguida apresentam-se os resultados obtidos nas sub-escalas para estes dois grupos.

Quadro 10: Médias das sub-escalas do grupo que já tinha efectuado tratamentos anteriores e do grupo que se encontra pela primeira vez em tratamento.

	Tratamentos anteriores	Média
Regulação autónoma	Sim	45,1506
	Não	45,5643
Regulação controlada	Sim	63,1103
	Não	63,6825
Relação com profissionais	Sim	13,0817
	Não	13,4397
Auto-eficácia	Sim	12,5976
	Não	13,1422

A discriminação de grupos foi analisada tentando-se perceber se existiam diferenças de grupos nas fases de tratamento do Projecto Homem (acolhimento, comunidade terapêutica, reinserção social). Os resultados sugerem que existem diferenças ao nível da sub-escala da regulação autónoma ($F(2,78) = 3,59, p=0,032$) nas fases de acolhimento ($M = 46,9091; DP= 3,78478$) e na de reinserção social ($M = 46,8239; DP= 2,70587$), sendo que na fase de Comunidade Terapêutica ($M = 44,0274; DP = 5,05160$) não se observam diferenças significativas. Nas restantes sub-escalas, os resultados foram os seguintes: sub-escala da regulação controlada ($F(2,78) = 2,01, p=0,140$) na fase de acolhimento ($M = 65,2130; DP = 13,11430$); Comunidade terapêutica ($M = 61,1184; DP= 10,61365$) e Reinserção Social ($M = 66,4965; DP= 7,02990$). Na sub-escala da relação com os profissionais de saúde ($F(2,78) = 2,10, p=0,129$) na fase de acolhimento ($M= 13,9167; DP = 1,79118$); Comunidade Terapêutica ($M=13,2453; DP = 2,09824$) e Reinserção Social ($M = 12,4063; DP = 1,59655$). Na sub-escala da auto-eficácia ($F(2,78)= 0,50 p= 0,607$) na fase de acolhimento ($M= 13,2292; DP = 1,86918$); Comunidade Terapêutica ($M = 12,7264; DP = 1,72040$) e Reinserção Social ($M= 13,0313; DP = 1,71483$).

VII - Discussão

Ao longo desta investigação, foi desenvolvida a Escala de Auto-Regulação na Toxicoddependência (Matos, et al., versão em estudo).

Para a construção deste instrumento realizou-se uma pesquisa exaustiva da literatura. Desta resultou o contacto com vários instrumentos que avaliam a auto-regulação. A escala foi sujeita a algumas análises ao longo do processo. Análises estas efectuadas por Psicólogos.

As informações retiradas após a administração da mesma à população-alvo revelam que o instrumento foi bem-aceite pelos respondentes. A sua estrutura revelou ser adequada, os

itens bem-compreendidos e a escala de respostas cobria todas as alternativas. O formato e disposição gráfica do instrumento pareceram adequados. Pode-se, contudo, realçar que os participantes, de forma geral, não se encontravam muito motivados para responder ao instrumento. Esta baixa motivação pode dever-se ao facto de, no caso dos utentes dos C.R.I. serem utentes que se deslocavam ao mesmo para irem a uma consulta ou para fazer a toma diária de metadona e que, tendo-se deslocado a estas instituições para este objectivo, não tinham motivação para realizar outro tipo de actividade. De realçar que estes utentes se encontram também um pouco saturados com a administração de instrumentos, uma vez que é uma população que, frequentemente, é alvo de investigações realizadas pelos estagiários da instituição para finalização da formação académica.

No que diz respeito aos utentes do “Sempre a Crescer” e do Projecto Homem, estes são utentes que, por estarem em tratamento numa comunidade terapêutica, se encontram, muitas vezes, a lidar com situações de adaptação a novos estilos de vida. Pelo facto destes utentes se encontrarem num programa terapêutico em internamento, foi notória a melhor aceitação do preenchimento do instrumento, encontrando-se mais motivados para o fazer.

Contudo, pode afirmar-se que, de modo geral, os utentes foram receptivos à investigação e demonstraram interesse em perceber os objectivos da mesma.

A escala evidenciou possuir uma excelente consistência interna, uma vez que de acordo com Ribeiro(2007) deve exceder um *alpha* de 0,80 e uma aceitável validade (um teste válido deve medir o que se pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido) (Anastasi & Urbina, 2000) e sensibilidade (precisão e consistência com que um instrumento mede o que deve medir) no que respeita à sub-escala de competência percebida. O instrumento parece, contudo, não efectuar distinção entre os três estilos regulatórios (motivação autónoma, controlada e amotivação), uma vez que apenas reconhece as sub-escalas da motivação, relacionamento com os profissionais e competência percebida. No que respeita à motivação não se consegue distinguir se se trata de uma motivação autónoma ou controlada. Uma das

explicações pode estar relacionada com as características desta população, que se encontra muitas vezes ambivalente em relação ao uso de drogas, entre parar de consumir e a ocorrência de sucessivas recaídas. Esta ambivalência pode gerar flutuações na motivação, não se conseguindo por essa razão diferenciar a motivação autónoma da controlada de forma estanque .

Em relação à sub-escala da amotivação, a maioria dos questionários de auto-regulação não incluem esta sub-escala. Assim, foi pedido um parecer ao Professor Edward Deci da Universidade de Rochester em relação aos resultados obtidos, tendo sido por ele sugerida a eliminação desta sub-escala.(E Deci, comunicação pessoal, 29 de Abril, 2009). Segundo Deci, a maioria dos questionários de auto-regulação não incluem “amotivação”. Preocupam-se sobretudo com as sub-escalas de motivação autónoma e controlada. Amotivação significa não ter motivação e todos os participantes avaliados encontravam-se em tratamento. Quando se tenta medir esta sub-escala, tende-se a usar itens como "I do not know why I do it" (este “it” refere-se ao comportamento em estudo), ou "I don't really do it very much". Por outro lado, o formato do questionário da auto-regulação não é adequado para a avaliação da amotivação porque pergunta às pessoas que motivação têm para fazer qualquer coisa, mas amotivação significa não ter motivação para o fazer. Neste caso, a população-alvo do estudo encontra-se já em tratamento, logo algum tipo de motivação tem que estar presente. Assim, a sub-escala da amotivação também acaba por não ter aplicação nesta investigação. De referir também que, no item E5 foi detectado um erro de tradução. No formato original o item é: “I really don't think about it ”, e foi traduzido para “Realmente não costumo pensar nisso”. Esta frase que em inglês tem apenas um significado, em português, pode levantar suscita algumas dúvidas. A pessoa pode não pensar nisso porque não considera importante ou pode, simplesmente, não pensar nisso porque já se encontra de tal maneira assimilado e integrado na sua consciência que não sente necessidade de pensar nisso.

Assim, a escala na sua versão final é composta por 4 sub-escalas: a de motivação autónoma, motivação controlada, relacionamento e competência percebida.

As duas últimas sub-escalas (relacionamento e competência percebida) apresentaram boas qualidades psicométricas. No que respeita à motivação, como já foi referido, a escala revela não distinguir os estilos regulatórios. Contudo, optou-se por manter a distinção de motivação autónoma e controlada, uma vez que tem importantes implicações clínicas. Estes itens podem dar algumas orientações ao psicólogo sobre o tipo de motivação que a pessoa possui para efectuar o tratamento e, deste modo, utilizar estas linhas de orientação para a intervenção.

A análise dos resultados obtidos com o teste *t* permitiu verificar que os indivíduos que fizeram ou não tratamentos anteriores, se distinguem apenas ao nível da competência percebida. Estes resultados podem sugerir, que os indivíduos que fizeram tratamentos anteriores e, conseqüentemente, fracassaram apresentam uma auto-eficácia diminuída. Luck, Vaz, Corra e Nakamura (2007) referem que se o indivíduo é capaz de executar uma resposta de *coping* com situações de alto risco, a probabilidade de recaída diminui e a sua auto-eficácia aumenta. Quando a recaída acontece e o indivíduo atribui o lapso à fraqueza e fracasso pessoal, a recaída aumenta pela diminuição do sentimento de auto-eficácia.

Do mesmo modo, Salvetti e Pimenta (2007) defendem que o sucesso aumenta a avaliação da auto-eficácia, enquanto que o fracasso a diminui. A percepção da discrepância negativa entre objectivos e auto-avaliação de desempenho leva a insatisfações que podem motivar correcções do comportamento, podendo, contudo, conduzir a comportamentos de fuga e evitamento, se os sujeitos se avaliam como tendo pouca auto-eficácia para lidar com estes.

A auto-eficácia, sendo a convicção pessoal de que se pode executar com sucesso uma acção para produzir resultados desejáveis, constitui um grande mediador de mudanças terapêuticas (Salvetti & Pimenta, 2007).

A análise da discriminação de grupos sugere que existem diferenças ao nível da sub-escala da regulação 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 utentes passarem de uma fase de tomada de consciência das consequências do consumo de drogas e iniciarem um processo de mudança comportamental, cognitiva, emocional e existencial em regime de internamento. É uma fase do tratamento em que aprendem a identificar os seus sentimentos e emoções e a desenvolver o auto-controle. A nível comportamental, iniciam a mudança de comportamentos por outros socialmente aceites e experimentam um estilo de vida de forma positiva sem o recurso às drogas.

Os utentes encontram-se em estádios de pré-contemplanção e contemplanção coincidindo esta fase de tratamento com a acção na mudança comportamental.

Nesta fase de tratamento, os utentes encontram-se isolados e sujeitos a regras comportamentais que muitas vezes podem levar a sentimentos contraditórios. Sentem algum tipo de controle no cumprimento das regras estabelecidas. Por estas razões é natural que a motivação autónoma sofra uma quebra na fase intermédia de tratamento.

Esta investigação teve algumas limitações. As dificuldades sentidas têm que ver com o facto de existirem poucos instrumentos de avaliação da auto-regulação específicos para a problemática da toxicoddependência. Assim sendo, esta escala constitui um dos primeiros instrumentos a ser criado com itens construídos especificamente para esta problemática. Deste modo, deveriam ter sido alvo de uma selecção mais rigorosa e com recurso a mais especialistas das duas temáticas, auto-regulação e toxicoddependência.

Sugere-se a necessidade de em futuras investigações se realizar a aplicação desta escala a uma amostra constituída por um maior número de sujeitos e sem limitações temporais.

A escala construída no presente estudo é uma ferramenta útil para o tratamento das toxicodependência(s), logo seria fundamentalmente vantajoso em futuros estudos se proceder a um aperfeiçoamento e melhoria da própria escala.

Um estudo aprofundado da temática da auto-regulação na toxicodependência parece ser de extrema importância na orientação e intervenção terapêutica. Esta escala constitui-se como um importante orientador da intervenção terapêutica, quer no início do tratamento, quer ao longo do processo, permitindo uma selecção mais adequada destas intervenções, dependendo das características apresentadas por cada um dos utentes.

Conclusão

Conclusão

O conceito de auto-regulação é um conceito difícil de definir teoricamente. De um modo geral, é definido como um processo sistemático do comportamento humano que envolve o estabelecimento de objectivos pessoais e comportamento guiado em prol da aquisição dos objectivos estabelecidos.

A Teoria da Auto-Determinação é uma abordagem que enfatiza a motivação humana no desenvolvimento de recursos internos para a auto-regulação do comportamento. Esta teoria centra a sua investigação nas necessidades psicológicas inatas de competência, relacionamento e autonomia que são a base para a sua auto-motivação e integração da personalidade.

A Teoria da Auto-Determinação fornece à entrevista motivacional um paradigma para a compreensão dos seus processos e eficácia, tendo um papel importante na promoção de cada uma das três necessidades básicas especificadas pela T.A.D.

Na mesma linha de pensamento, o Modelo Transteórico da Mudança, é fundamental na compreensão do processo de auto-regulação do consumidor, o qual ocorre ao longo do tempo por estádios.

Nos comportamentos aditivos, os pacientes, frequentemente, encontram-se pouco motivados para o tratamento. Assim sendo, faz sentido uma abordagem motivacional em programas de reabilitação. Os estudos realizados comprovam a eficácia do modelo da T.A.D. nos comportamentos aditivos.

O presente estudo tinha como objectivo geral a construção da Escala de Auto-Regulação na Toxicodpendência (Matos, et al., versão em estudo). Os resultados obtidos sugerem que a escala não efectua distinção entre os três estilos regulatórios (motivação autónoma, controlada e amotivação), uma vez que apenas reconhece as sub-escalas da motivação, relacionamento com os profissionais e competência percebida.

A sub-escala da amotivação, foi retirada da escala, devido aos baixos índices de validade e fidelidade. Outra razão prende-se com o facto de a maioria dos questionários de auto-regulação não incluírem esta sub-escala. O formato destes questionários não permite avaliar a amotivação, porque pergunta às pessoas que motivação têm para fazer algo.

Concluiu-se ainda que, os sujeitos que fizeram ou não tratamentos anteriores, se distinguem apenas ao nível da auto-eficácia. Estes resultados podem sugerir, que os sujeitos que fizeram tratamentos anteriores e, conseqüentemente, fracassaram apresentam uma auto-eficácia diminuída. Os resultados sugerem ainda que uma maior motivação na fase inicial do tratamento é essencial na continuidade do mesmo.

Apesar das limitações, a presente tese demonstra a importância que a auto-regulação exerce no tratamento da (s) toxicodpendência (s). A existência de um instrumento que possa de forma particular, avaliar a auto-regulação de um toxicodpendente, pode, sem dúvida, fazer a diferença na intervenção pelas especificidades das orientações terapêuticas que esta escala pode fornecer.

A escala construída neste estudo permite uma avaliação do indivíduo na fase inicial do tratamento, sabendo qual é a sub-escala dominante, temos acesso à fase da motivação em que o indivíduo se encontra. Após esta avaliação, as estratégias da entrevista motivacional podem ser canalizadas para a mudança comportamental, ou seja, para a progressão de uma fase em que a motivação é mais controlada para uma fase de auto-determinação (motivação autónoma). Contudo, este instrumento, não fornece apenas orientações na fase inicial de tratamento. A sua importância reside no facto de permitir uma avaliação ao longo de todas as fases de tratamento. Ao ser administrado deste modo, permite avaliar as mudanças comportamentais que o indivíduo vai adquirindo, bem como, a eficácia das estratégias motivacionais utilizadas e sua adequação dependendo do progresso individual.

Referências

Referências

- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *Applied Psychology: An International Review*, 54(2), 245-254.
- Baumeister, R. F., & Mick, D. G. (2002). Yielding to temptation: Self-control failure, impulsive purchasing, and consumer behavior. *Journal of Consumer Research*, 28(4), 670-677.
- Baumeister, R. F. & Vohs, K. (2004). *Handbook of self-regulation*. New-York: Guilford Press.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1252-1265.
- Carver, C. (2004) in *Handbook of self-regulation*. New-York: Guilford Press.
- Deci, E. L. , Eghrari, H., Patrick, B. C. & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62(1), 119-142.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New-York: Plenum.
- 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(4), 227-268.
- Diclemente, C. (2001). Entrevista motivacional e os estágios da mudança. In W. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Entrevista motivacional* (pp. 171-180). Porto Alegre: Artmed.
- DiClemente, C., Fairhurst, S., Velasquez, M., Prochaska, J., Velicer, W., & Rossi, J. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparational stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 295-304.

- Edmunds, J. , Ntoumanis, N. & Duda, J. (2008). Testing a self-determination theory-based teaching style intervention in the exercise domain. *European Journal of Social Psychology, 38*, 375-388.
- Efklides, A. (2005). Motivation and affect in the self-regulation of behavior. *European Psychologist, 10*(3), 173-174.
- Efklides, A., Niemivirta, M., & Yamauchi, H. (2002). Introduction: Some issues on self-regulation to considerer. *Psychologia, 45*(4), 207-210.
- Ferreira-Borges, C. & Filho, H. (2007). *Intervenções breves: Tabaco. Estratégias de ajuda para mudar o comportamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Filak, V. & Sheldon, k. (2003). Student psychological need satisfaction and college teacher-course evaluations. *Educational Psychology, 23*(3), 235-247.
- Foote, J., DeLuca, A., Grand, S., Rosenblum, A. & Stahl, S. (1999). A group motivational treatment for chemical dependence. *Journal of Substance Abuse, 17*(3), 181-192.
- Frodi, A., Bridges, L., & Grolnick, W. S. (1985). Correlates of mastery-related behavior: A short-term longitudinal study of infants in their second year. *Child Development, 56*(5), 1291-1298.
- Gagné, M & Deci, E. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior, 26*, 331-362.
- Gagné, M., Ryan, R. & Bargmann, K. (2003). Autonomy support and need satisfaction in the motivation and well-being of gymnasts. *Journal of Applied Sport Psychology, 15*, 372-390.
- Grolnick, W. & Ryan, R. (1989). Parent styles associated with children`s self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology, 81*(2), 143-154.
- Grouzet, F., Kasser, T., Ahuvia, A., Dols, J., Kim, Y., Lau, et al. (2005). The structure of goal contents across 15 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology, 89*(5), 800-816.

- Knee, C. & Neighbors, C. (2002). Self-determination, perception of peer pressure, and drinking among college students. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(3), 522-543.
- La Guardia, J., Ryan, R., Couchman, C. & Deci, E. (2000). Within-person variation in security of attachment: a self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 367-384.
- Lawson, R. (2001). Self-regulation of unwanted consumption. *Psychology & Marketing*, 18(4), 317-336.
- Maes, S. & Karoly, P. (2005). Self-Regulation Assessment and Intervention in Physical Health and Illness: A Review. *Applied Psychology*, 54(2), 267-299.
- Markland, D., Ryan, R. Tobin, V., Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of social and clinical psychology*, 24, 811-813.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artmed.
- Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Lisboa: Almedina.
- Murtagh, A. & Todd, S. (2004). Self-Regulation: A Challenge to the Strength Model. *Journal of Articles in Support of the Null Hypothesis*, 3(1), 19-51.
- Pelletier, L., Tuson, K. & Haddad, N. (1997). Client motivation for therapy scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment*, 68(2), 414-435.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pierce, J. P., Farkas, A. J., & Gilpin, E. A. (1998). Beyond stages of change: The quitting continuum measures progress towards successful smoking cessation. *Addiction*, 93(2), 277-286.

- Reis, H., Sheldon, K., Gable, S., Roscoe, J. & Ryan, R. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 419-435.
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rigotto, S. D. & Gomes, W. B. (2002). Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18, 95-106.
- Rosas, M. & Baptista, F. (2002). Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica. *Análise Psicológica*, 1(20), 45-56.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63(3), 397-427.
- Ryan, R. & Connell, J. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 749-761.
- Ryan, R., Kuhl, J. & Deci, E. (1997). Nature and autonomy: An organizational view of social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development. *Development and psychopathology*, 9, 701-728.
- Ryan, R. & Deci, L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, R. & Deci, L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, 49(3), 186-193.
- 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.

- Ryan, R., Plant, R. & O'Malley, S. Initial motivations for alcohol treatment : Relations with patients characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, 20(3), 279-297.
- Sheldon, K. (1995). Creativity and self-determination in personality. *Creativity Research Journal*, 8(1), 25-36.
- Sheldon, K. (2002). The self-concordance model of healthy goal striving: When personal goals correctly represent the person. In E. Deci & R. Ryan (Eds.), *Handbook of Self-determination Theory* (pp. 65 -86). Rochester, N.Y.: University of Rochester Press.
- Sheldon, K. (2005). Positive value during college: Normative trends and individual differences. *Journal of Research in Personality*, 39, 209-223.
- Sheldon, K., Arndt, J. & Houser- Marko, L. (2003). In search of the organismic valuing process: The human tendency to move towards beneficial goal choices. *Journal of Personality*, 71(5), 835-869.
- Sheldon, K. & Biddle, B. (1998). Standards, accountability and school reform: Perils and pitfalls. *Teachers college record*, 100(1), 164-180.
- Sheldon , k. & Elliot, A. (1998). Not all personal goals are personal: Comparing autonomous and controlled reasons for goals as predictors of effort and attainment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(5), 546-557.
- Sheldon, K. & Elliot, A. (1999). Goal striving, need satisfaction and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 482-497.
- Sheldon, K. & Elliot, A. (2000). Personal goals in social roles: Divergences and convergences across roles and levels os analysis. *Journal of Personality*, 68(1), 51-84.
- Sheldon, K. & Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 531-543.

- Sheldon, K. & Kasser, T. (1998). Pursuing personal goals: Skills enable progress, but not all progress is beneficial. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(12), 1319-1351.
- Sheldon, K., Kasser, T., Smith, K. & Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal attainment and personality integration. *Journal of Personality*, 70(1), 5-31.
- Sheldon, K. & Krieger, L. (2004). Does legal education have undermining effects on law students? Evaluating changes in motivation, values, and well-being. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 261-286.
- Sheldon, K., Ryan, R., & Reis, H. (1996). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(12), 1270-1279.
- Sheldon, K., Ryan, R., Rawsthorne, L. & Ilardi, B. (1997). Trait self and true self: Cross-role variation in the big-five personality traits and its relations with psychological authenticity and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1380-1393.
- Sheldon, K., Turban, D., Brown, K., Barrick, M., & Judge, T. (2003). Applying self-determination theory to organizational research. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 22, 357-393.
- Stevens, V. J. & Hollis, J. F. (1989). Preventing smoking relapse, using an individually tailored skills-training technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 420-424.
- Vallerand, R. & Bissonnette, R. (1992). Intrinsic, extrinsic, and amotivational styles as predictors of behavior: a prospective study. *Journal of Personality*, 60(3), 599-620.
- Wild, T., Cunningham, J. & Hobdon, K. (1998). When do people believe that alcohol treatment is effective? The importance of perceived client and therapist motivation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12(2), 93-100.

- Williams, G., Cox, E., Kouides, R. & Deci, E. (1999). Presenting the facts about smoking to adolescents. Effects of an autonomy-supportive style. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 153, 959-964.
- Williams, G., & Deci, E. (1996). Internalization of biopsychosocial values by medical students: A test of self-determination theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(4), 767-779.
- Williams, G. & Deci, E. (2000). Activating patients for smoking cessation through physician autonomy support. *Medical Care*, 39(8), 813-823.
- Williams, G., Freedman, Z. & Deci, E. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, 21(10), 1644-1651.
- Williams, G., Gagné, M., Ryan, R., & Deci, E. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology*, 21, 40-50.
- Williams, G., Grow, V., Freedman, Z., Ryan, R., & Deci, E. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 115-126.
- Williams, G., McGregor, H., Zeldman, A., Freedman, Z. & Deci, E. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, 23(1), 58-66.
- Williams, G., McGregor, H., Sharp, D., Levesque, Kouides, R., Ryan, R. e colaboradores (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation. *Health Psychology*, 25, 91-101.
- Williams, G., Rodin, G., Ryan, R., Grolnick, W. & Deci, E. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, 17(3), 269-276.

Zeldman, A., Ryan, R. & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 675-696.

Questionnaires of self-determination theory. Retirados de <http://www.psych.rochester.edu/SDT/questionnaires.php> a 08 de Setembro de 2008.

ANEXOS

Anexo A

Questionário sócio-demográfico

Questionário Sócio-Demográfico

Construção da Escala de Auto-Regulação na Toxicodependência

Data: ____ / ____ / ____

1. Sexo: Masculino

Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Estado Civil: Solteiro

Casado/ União de facto

Separado/ Divorciado

Viúvo

4. Habilitações Literárias: _____

5. Profissão: _____

6. História dos Consumos

Idade de início: _____

Substância(s) de abuso: _____

Teve tratamentos anteriores: Sim Não

Se sim, descreva por favor quais: _____

Há quanto tempo está no tratamento actual: _____

Anexo B

Escala de Auto-Regulação na Toxicodependência

(Matos, Silva & Fonte, versão em estudo)

Anexo C

Autorizações dos Directores das Instituições

Exma. Sr.ª

Dr.ª. Virgínia Freitas

Directora Técnica da Comunidade Terapêutica
do Projecto Homem – Fundação Cupertino de
Miranda

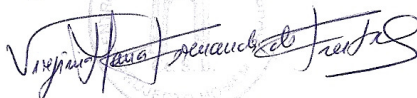
Mariana Gonçalves de Matos, aluna finalista do 2.º ciclo de mestrado integrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, vem, muito respeitosamente, solicitar a autorização para a administração da Escala de Auto-Regulação na Toxicodependência (Mariana Matos, Isabel Silva & Carla Fonte, 2008) nesta instituição.

Junto envio a escala a ser administrada, bem como, o questionário sócio-demográfico e o projecto da dissertação de mestrado, onde se encontram patentes os objectivos e procedimentos da investigação.

Sem outro assunto.

Atenciosamente,

Autorizado - Novembro de 2008

 Virgínia Freitas

 Mariana Matos

Mariana Matos

Porto, Novembro de 2008

Exmo. Sr.

Dr. Júlio Roque

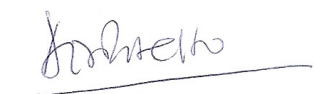
Director do C.R.I Porto Ocidental

Mariana Gonçalves de Matos, aluna finalista do 2.º ciclo de mestrado integrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, vem, muito respeitosamente, solicitar a autorização para a administração da Escala de Auto-Regulação na Toxicodependência (Mariana Matos, Isabel Silva & Carla Fonte, 2008) nesta instituição.

Junto envio a escala a ser administrada, bem como, o questionário sócio-demográfico e o projecto da dissertação de mestrado, onde se encontram patentes os objectivos e procedimentos da investigação.

Sem outro assunto.

Atenciosamente,









Mariana Matos

Porto, 26 de Setembro de 2008

Exmo. Sr.

Dr. Pedro Fernandes


Director Técnico do Centro de Apoio Integrado de Adáuife
(C.A.I.A.)

Mariana Gonçalves de Matos, aluna finalista do 2.º ciclo de mestrado integrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, vem, muito respeitosamente, solicitar a autorização para a administração da Escala de Auto-Regulação na Toxicodependência (Mariana Matos, Isabel Silva & Carla Fonte, 2008) nesta instituição.

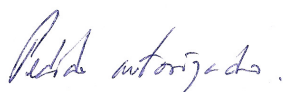
Junto envio a escala a ser administrada, bem como, o questionário sócio-demográfico e o projecto da dissertação de mestrado, onde se encontram patentes os objectivos e procedimentos da investigação.

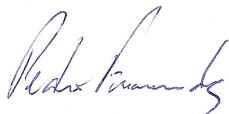
Sem outro assunto.

Atenciosamente,



Mariana Matos





Porto, Novembro de 2008

Exmo. Sr. _____

Dr. José González

Coordenador da Equipa de Tratamento de Cedofeita

Mariana Gonçalves de Matos, aluna finalista do 2.º ciclo de mestrado integrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, vem, muito respeitosamente, solicitar a autorização para a administração da Escala de Auto-Regulação na Toxicodependência (Mariana Matos, Isabel Silva & Carla Fonte, 2008) nesta instituição.

Junto envio a escala a ser administrada, bem como, o questionário sócio-demográfico e o projecto da dissertação de mestrado, onde se encontram patentes os objectivos e procedimentos da investigação.

Sem outro assunto.

Atenciosamente,

Mariana Matos

Mariana Matos

OK
JG

Porto, Novembro de 2008

Anexo D

Grelha de Análise Cognitiva

Análise cognitiva

	Teve dificuldade em compreender o título?	Pode explicar o que significa por palavras suas?	Como teria dito?
Título			

Análise cognitiva

Pensa que faria sentido outra instrução para a relação com os profissionais e competências?			
	Teve dificuldade em compreender o título?	Pode explicar o que significa por palavras suas?	Como teria dito?
Primeira frase (instruções)			
Segunda frase (instruções)			

Análise cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
Item A (por extenso)				
1				
2				

Análise cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
3				
4				

Análise cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
Item B				
5				
6				

Análise cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
7				
8				
9				

Análise cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
Item C				
10				
11				

Análise Cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
12				
13				

Análise Cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
Item D				
14				
15				

Análise cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
16				
17				
18				

Análise cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
A razão pela qual...				
1				
2				

Análise cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
3				
4				
5				

Análise cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
6				
7				
8				

Análise cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
9				
10				
11				

Análise cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
12				
13				
14				

Análise cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
Item E (prof. Saúde/terapeuta)				
Item F				
Item G				

Análise cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
Item H				
Item I				
Item J				

Análise cognitiva

	Compreende o que isto quer dizer?	O que isto quer dizer nas suas próprias palavras?	Pensa que as opções de resposta são adequadas?	Sugestões (se existirem)
Item K				
Item L				

Anexo E

Consentimento Informado

Auto-Regulação na Toxicodependência

No âmbito de uma investigação sobre Auto-Regulação em indivíduos toxicodependentes, desenvolvida no contexto da unidade curricular de dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (Porto), vimos pedir a sua colaboração para a construção de uma Escala de Auto-Regulação na Toxicodependência.

Agradecemos desde já a sua atenção para com a investigação.

Mariana Matos

Declaração

Declaro, ao **colocar uma cruz no quadrado** que se encontra no fim da presente declaração, que aceito participar num estudo da responsabilidade de Mariana Matos, no âmbito da unidade curricular de Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (Porto).

Declaro que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir participar.

Especificamente, fui informado/a do objectivo, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e de que tinha o direito de recusar participar, ou cessar a minha participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.

Data ___/___/_____