

Estudo da Adaptação do Conjunto de Questionários da Teoria de Auto-Determinação para os Cuidados de Saúde na Diabetes, à População Portuguesa

D. N. do Ó¹, I. Loureiro²

1- Enfermeira da APDP, Mestre em Saúde Pública

2- Orientadora da Investigação, Professora Doutora da Escola Nacional de Saúde Pública

Resumo

Objectivos: Realizar a adaptação para a população portuguesa do Conjunto de Questionários de Auto-Determinação, para os Cuidados de Saúde.

Material e Métodos: Realizou-se um estudo transversal. A amostra foi de 310 indivíduos com diabetes, com idades entre os 18 e os 78 anos, dos quais 50,8% apresentava diabetes tipo I.

Resultados: Os questionários apresentaram, no geral, uma fidelidade e validade aceitáveis.

Abstract

Objectives: With this study we intend to do a cross-cultural adaptation of the Health Care, Self-Determination Theory Questionnaire Packet.

Method: This study was conducted with a sample of 310 patients with diabetes, from "Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal", between 18 and 78 years old. 50,8% of the participants had type I diabetes.

Results: We have analysed reliability and concluded it was acceptable. We also analysed the validity and we confirmed that questionnaires presented a reasonable validity.

Ao nível internacional existe a convicção que a Diabetes Mellitus é uma doença passível de ser gerida de uma forma global e integrada: o autocontrolo e auto-vigilância do doente contribuem para obter benefícios na melhoria da sua qualidade de vida e reduzir os encargos para a sociedade e para o sistema de saúde⁽¹⁾. No entanto, é importante ter em consideração que, de um modo geral, existe uma certa resistência psicológica à mudança de comportamentos. Nesta perspectiva *as mudanças do comportamento só poderão existir se houver motivação para o fazer e se existirem as condições para o exercício desse novo comportamento*⁽²⁾. Como reconhecem diversos autores, a motivação é considerada fundamental para a mudança^(3,4) e manutenção de comportamentos^(4,5). A falta de motivação é uma das razões citadas para a desistência, insucesso, recaídas e outros resultados negativos no tratamento⁽⁵⁾. No sentido de aumentar a compreensão e os conhecimentos sobre a motivação, a Universidade de Rochester desenvolveu um "Programa de Motivação Humana", em que a motivação tem sido alvo de estudo por diversos investigadores. Neste âmbito, têm sido desenvolvidos estudos conduzidos pela Teoria da Auto-Determinação (*Self-Determination Theory*). A Teoria da Auto-Determinação é uma teoria compreensiva da motivação humana e compreende três necessidades básicas – a necessidade de *competência*, sentir-se capaz de gerir desafios com sucesso, *envolvimento*, sentir-se próximo ou ligado a outros, e *autonomia*, escolha da acção^(4,6,7).

A teoria apresenta dois conceitos distintos em relação ao tipo de relacionamento entre os profissionais e os doentes, nomeadamente o *relacionamento sustentador da autonomia* em oposição ao *relacionamento controlador da autonomia*. Ser controlador é semelhante à "abordagem centrada no médico", que segundo Phillips e Jones (1991) envolve a suposição que a autoridade do médico é suficiente para motivar os doentes⁽⁸⁾. Este conceito de controlador é também descrito nas famílias que são demasiado críticas e inflexíveis para com os seus doentes.

Outra distinção fundamental desta teoria é o conceito de autónomo versus controlado, relacionado com a motivação do doente. Quando os doentes são autónomos sentem-se com vontade e dispostos a empenharem-se num comportamento relevante para a saúde, porque acreditam na sua importância. Em contraste, quando são controlados, sentem-se pressionados por uma força exterior⁽⁴⁾.

Alguns estudos conduzidos pela teoria da auto-determinação^(9,10) sugeriram que a percepção da autonomia e da competência pode contribuir para a auto-gestão da diabetes e melhorar a compensação metabólica. Os indivíduos percebem-se como competentes, quando se sentem capazes de controlar um resultado importante, como os seus níveis de glicémia. Quando possuem motivação autónoma, sentem-se mais competentes para atingir determinado resultado (*outcome*)^(9,11). Estudos realizados concluem que os indivíduos com diabetes que reconheceram os seus profissionais de saúde como sustentadores da autonomia, sentem-se mais competentes para gerir a sua diabetes, apresentam melhorias na adesão ao regime terapêutico e da sua compensação metabólica a longo prazo, tornam-se mais motivados a regular comportamentos de auto-gestão da doença^(9,10). Neste âmbito, e perante os resultados dos estudos desenvolvidos nesta área e da sua relevância na adesão aos regimes te-

Correspondência:

Dulce Nascimento do Ó
APDP - Rua do Salitre, 118-120
1250-203 Lisboa
Tel.: +351 213816100
Fax: +351 213859317
E-mail: diabetes@apdp.pt

rapêuticos e compensação, considerou-se ter interesse desenvolver um estudo conduzido pela Teoria da Auto-Determinação. Não foram encontrados, no decorrer da pesquisa desenvolvida na Biblioteca Nacional, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa e Porto e na *Medline*, estudos realizados em Portugal relacionados com a auto-determinação e motivação de pessoas diabéticas, nem a existência de medidas adaptadas e validadas para a população portuguesa com esta doença. Como carecemos de um instrumento de medida validado para a cultura portuguesa, procedeu-se à realização dos diferentes procedimentos para o desenvolvimento da mesma.

Assim, com este estudo, pretendeu-se validar os instrumentos que constituem “Conjunto de Questionários de Auto-Determinação, para os Cuidados de Saúde” (*The Health Care, Self-Determination Theory Packet*).

Para o efeito foi realizado um estudo transversal e a investigação foi quantitativa – correlacional.

MATERIAL E MÉTODOS

Participantes

Em cada dia de recolha de dados, os utentes da APDP foram seleccionados por ordem de chegada para a consulta e de acordo com os critérios de inclusão/exclusão através da análise do processo do doente. Seguidamente foram convidados a participar no estudo, tendo sido entregue a folha de consentimento informado. Dos 335 indivíduos convidados, cinco recusaram participar no estudo.

Para o estudo de estabilidade temporal (teste-reteste), procedeu-se ao convite a 85 indivíduos para participarem numa segunda aplicação do mesmo questionário, através do envio do mesmo por correio, no prazo de uma semana. Para o efeito, seguiu-se a ordem do número dos questionários aplicados e o consentimento dos doentes em participarem nesta fase do estudo.

Justificação do Tamanho da Amostra

No estudo original, Williams, Freedman e Deci, em 1998 aplicaram o *The Health Care, Self-Determination Theory Questionnaire Packet* a 126 pessoas com diabetes. Posteriormente, Williams e colaboradores (2004) aplicaram os mesmos questionários a 156 doentes com diabetes ⁽¹⁶⁾.

Para Almeida e Freire (2003), não é fácil nas Ciências Sociais e Humanas definir o tamanho da amostra para que a mesma seja significativa. No entanto, referem que, por norma, se aceita como consistente “uma amostra de 300 sujeitos em estudos de validação de instrumentos” ⁽¹²⁾.

De modo a garantir a conservação dos requisitos deste estudo, a amostra foi acrescida de mais 10%, de forma a não comprometer a exequibilidade do mesmo, na sequência da eliminação dos casos que não satisfaçam os critérios do estudo, como por exemplo, exceder mais de 10% de itens não respondidos ou no caso de aproximação das respostas a um extremo.

Caracterização Geral da Amostra

Foi avaliada uma amostra de conveniência de 310 pessoas com diabetes, que fazem consultas de vigilância periódica na APDP, com idades compreendidas entre os 18 e os 78 anos (M=44,38; DP=17,44) sendo 52,6% do sexo masculino e com um nível de escolaridade que variava entre os zero e os 23 anos (M=9,71; DP=4,76). Os anos de evolução da doença variaram entre 1 a 52 anos (M=13,37; DP=8,65). Dos participantes, 50,8% apresentava diabetes tipo 1.

Para o estudo da estabilidade temporal foi aplicado o mesmo questionário, com intervalo de tempo superior a quinze dias e inferior a um mês após o preenchimento, a uma amostra constituída por 33 indivíduos com diabetes, com idade compreendidas entre 18 e 76 anos (M= 44.36; DP=19.91). A maioria dos participantes era do sexo masculino (57,6%) e com um nível de escolaridade variou entre 4 e 18 anos (M=10,12; DM=4,62). Entre os participantes deste grupo, 51.2% tinham diabetes tipo 2 e os anos de evolução da doença variaram entre 1 e 47 anos.

Material

O Conjunto de Questionários de Auto-Determinação para os Cuidados de Saúde (*Health-Care, Self-determination Theory Questionnaire Packet*) contém três questionários desenvolvidos para avaliar os construtos contidos na teoria da auto-determinação ^(13,14) e a forma como a teoria se relaciona com os comportamentos relacionados com a saúde ⁽¹⁵⁾. Este conjunto de questionários tem sido utilizado no estudo de diferentes comportamentos, sendo em cada um deles adaptado ao objectivo do tratamento ou comportamento a ser estudado, ou seja, as perguntas são essencialmente as mesmas, mas são relacionadas com o comportamento em estudo, pelo que Deci e Ryan (2004), referem que as versões são teoricamente semelhantes ⁽¹⁶⁾.

No presente estudo, utilizou-se o conjunto de questionários de auto-determinação para os cuidados de saúde na diabetes, numa equipa multidisciplinar (médico/a, enfermeira e dietista). Este é constituído pelo Questionário da Auto-Regulação do Tratamento (*Treatment Self-Regulation Questionnaire – TSRQ*); pela Escala da Competência Percebida para a Diabetes (*Perceived Competence for Diabetes Scale – PCDS*); e pelo Questionário do Ambiente dos Cuidados de Saúde (*Health Care Climate Questionnaire – HCCQ*).

Questionário da Auto-Regulação do Tratamento (*Treatment Self-Regulation Questionnaire -TSRQ*)

A motivação autónoma e controlada para participar num tratamento ou para optar por comportamentos saudáveis são aferidas com o TSRQ. Este questionário foi originalmente desenvolvido por Ryan e Connell (1989) e proporciona uma reflexão sobre até que ponto os indivíduos se empenham nos comportamentos saudáveis pelas suas próprias razões ou porque se sentem pressionados a fazê-lo. A validade de conteúdo do TSRQ foi garantida pela opinião

de especialistas e consenso dos responsáveis pela teoria da auto-determinação e seus colaboradores. A validade do constructo tem sido suportada pelos estudos realizados em que fizeram análises exploratórias e confirmatórias; a análise factorial revelou dois factores consistentes denominados “razões controladas” e “razões autónomas”^(10,16). A validade critério foi suportada pela correlação de medidas de autonomia e a sub-escala de motivação autónoma TSRQ ($r = 0,38$)⁽¹⁰⁾. Inicialmente, o estudo que aplicou o TSRQ demonstrou uma baixa consistência interna da escala com o α de Cronbach de 0,55 a 0,69⁽⁵⁾. Devido a este facto, a escala foi revista e os estudos posteriores que utilizaram o TSRQ demonstraram um coeficiente α de Cronbach para os 19 itens do TSRQ de 0,80 a 0,84,^(9-11,17) sugerindo consistência interna e confiança satisfatória⁽¹⁸⁾.

O TSRQ específico para a diabetes *mellitus* contém 19 itens, está agrupados em 2 conjuntos de itens. O primeiro subgrupo permite mensurar a motivação autónoma e a motivação controlada para realizar a medicação prescrita e a auto-vigilância da glicémia. Após uma afirmação inicial “A razão porque tomo a medicação da diabetes e/ou meço a glicémia (açúcar no sangue) é porque” segue-se um conjunto de 8 itens, que reflectem a motivação autónoma ou a motivação controlada. O segundo subgrupo permite medir a motivação autónoma e a motivação controlada para realizar o plano alimentar e actividade física regular. Neste caso, a afirmação inicial é “A razão pela qual sigo regularmente a alimentação recomendada e/ou realizo actividade física, como por exemplo andar a pé, frequentar aulas num ginásio, etc. é porque:” sendo seguida de 11 itens referentes ou à motivação autónoma ou à motivação controlada. As respostas são dadas numa escala de Lickert de 7 posições, percorrendo desde discordo totalmente =1 até concordo totalmente =7. Os valores obtidos para cada um dos itens respeitantes a cada participante são somados, sendo que o nível de codificação mais elevado (o valor da motivação autónoma total pode oscilar de um mínimo de 8 a um máximo de 56 e o valor da motivação controlada de 11 a 77) indica uma motivação autónoma ou controlada mais pronunciada.

Escala da Competência Percebida para a Diabetes (Perceived Competence for Diabetes Scale – PCDS)

Esta escala contém 4 itens que avaliam os sentimentos de competência dos indivíduos em alcançar uma meta, em gerir os aspectos diários do tratamento da diabetes^(9,10). A validade de conteúdo da PCDS, à semelhança da TSRQ, foi garantida pela opinião e consenso dos responsáveis pela teoria da auto-determinação e seus colaboradores. Nos estudos desenvolvidos com indivíduos com diabetes, a consistência interna da escala (α de Cronbach) foi de 0,80 a 0,86^(8,9).

As respostas são dadas numa escala de Lickert de 7 posições (1 = discordo totalmente; 7 = concordo totalmente). A soma dos itens reflecte os níveis de competência percebida. Totais mais elevados (o valor de competência percebida pode oscilar de um mínimo de 4 a um máximo de 28) representam níveis mais elevados de competência percebida.

Questionário do Ambiente dos Cuidados de Saúde (Health Care Climate Questionnaire – HCCQ)

Este questionário mede o nível percebido pelos indivíduos de suporte ou controlo da autonomia proporcionado pela equipa de saúde, desenvolvido inicialmente com 15 itens. A consistência interna da escala (α de Cronbach) foi de 0,92 a 0,96⁽¹⁶⁾. Posteriormente, foi desenvolvida uma versão reduzida de cinco itens, que foi apreciada por um consenso de peritos. No estudo de validação desta versão, verificou-se um α de Cronbach de 0,80 e uma correlação de 0,91 com a versão original de 15 itens⁽¹⁶⁾ e em posterior análise um $\alpha = 0,84$ e $r = 0,95$ ⁽⁸⁾. No estudo mais recente realizado com indivíduos com diabetes, Williams e colaboradores (2004), seleccionaram 6 itens como indicadores da variável relacionamento sustentador da autonomia, tendo-se verificado um α de Cronbach de 0,82. As respostas são dadas numa escala de Lickert de 7 posições, percorrendo desde discordo totalmente =1 até concordo totalmente =7. No presente estudo, foi realizado a análise desta ultima versão, por se tratar de uma versão adaptada ao ambiente de cuidados na diabetes (a anterior era adaptada para diferentes ambientes de cuidados de saúde, p. ex. cessação consumo de tabaco) e por ser a versão disponível pelos autores no *Health-Care, Self-Determination Theory Questionnaire Packet*.

As respostas são dadas numa escala de Lickert de 7 posições, percorrendo desde discordo totalmente =1 até concordo totalmente =7. Na versão 15 itens, o item 36 está formulado de forma inversa, ou seja nesse item a primeira posição da escala de Lickert (discordo totalmente) recebe a pontuação máxima, de 7, e a última posição (concordo totalmente) recebe a pontuação de 1.

Obtém-se a classificação total do suporte da autonomia somando as classificações dos itens, após a inversão do item 36 na versão original. Uma classificação mais elevada representa maior percepção de suporte da autonomia.

Procedimentos

Procedeu-se à solicitação de autorização a Edward L. Deci para usar as escalas que constituem o Conjunto de Questionários de Auto-Determinação, para Cuidados de Saúde, nomeadamente o TSRQ, a PCDS, o HCCQ, para validação transcultural e aplicação do questionário a indivíduos portugueses com diabetes, que responderam positivamente ao solicitado. Posteriormente o projecto foi apreciado pela comissão ética da APDP e autorizada a sua realização. Para a adaptação dos itens para língua portuguesa foi realizada a tradução, a retroversão e a retrotradução. Daqui resultou uma versão pré-final que foi apresentada, juntamente com a versão original dos questionários e de uma súmula da Teoria de Auto-Determinação, objectivos do estudo, critérios de inclusão e exclusão dos participantes, a um painel de 21 especialistas da APDP, constituído por quatro psicólogos, seis diabetologistas, sete enfermeiros, uma nutricionista e três dietistas, tendo como objectivo a apreciação da versão traduzida em relação à versão original e à validade de conteúdo, através da análise qualitativa dos itens⁽¹²⁾.

Na presença de críticas e sugestões procedeu-se ao desen-
cadastrar de um novo processo de verificação e reformulação
de uma nova versão, desenvolvido por uma especialista na
área de Saúde pública e pela investigadora.
Esta última versão foi analisada por 10 indivíduos pertencentes à população alvo do estudo, com o propósito de apreciarem o conteúdo e a forma dos itens, em relação à sua clareza, compreensibilidade e adequação aos objectivos ⁽¹²⁾. Para este efeito, durante o preenchimento do questionário aplicou-se o método da reflexão falada, em que se solicitou aos indivíduos para lerem as perguntas em voz alta e para explicarem o significado do que acabaram de ler, enquanto se registavam as dúvidas e dificuldades no preenchimento, que contribuíram para o desenvolvimento da versão final do questionário. A fim de avaliar a duração média de preenchimento do questionário, anotou-se a hora de início e *terminus* de cada preenchimento.

RESULTADOS

Fidelidade

Para a análise da fidelidade dos resultados das escalas estudou-se a consistência interna ou homogeneidade dos itens e a estabilidade intertemporal ou constância dos resultados (teste-reteste). A consistência interna do questionário TSRQ foi calculada a partir do teste Alfa de Cronbach, sendo o $\alpha = 0,88$, semelhante aos resultados obtidos com a versão original (0,80 a 0,84). O estudo da consistência interna da sub-escala TSRQ-RA permitiu constatar que o item 2 tem uma baixa correlação com a sub-escala a que pertence e que a sua eliminação faz aumentar o valor alfa de 0,59 para 0,70 pelo que se optou por o retirar, com o objectivo de tornar a escala mais homogénea (Quadro I). A sub-escala TSRQ-RC, referente à regulação controlada, possui uma elevada consistência interna ($\alpha = 0,89$). A partir da análise de alfa dos itens, considerou-se não ser necessário introduzir alterações com o objectivo de melhorar a sua consistência interna (Quadro II). No estudo da consistência interna da PCDS, encontrou-se um α de Cronbach de 0,88. Não foi necessário introduzir qualquer alteração para melhorar a consistência interna (Quadro III).

Quadro I - Alfa de Cronbach do TSRQ-RA.

Itens	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação corrigida item-total da escala	Alfa se item eliminado
2	45,72	11,20	0,17	0,70*
3	44,09	16,02	0,33	0,56
7	44,48	13,85	0,40	0,52
10	44,23	15,01	0,41	0,53
13	44,55	14,19	0,38	0,53
16	44,28	15,52	0,39	0,54
18	44,65	13,74	0,37	0,52
19	44,14	15,67	0,35	0,55

Alfa da versão em estudo: 0,59 (Versão original $\alpha = 0,81$ a 0,85)
Estatística da escala: média = 50,88; variância = 17,76; desvio padrão = 4,21
* item a eliminar

Quadro II - Alfa de Cronbach do TSRQ-RC.

Itens	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação corrigida item-total da escala	Alfa se item eliminado
1	45,39	183,16	0,58	0,88
4	42,78	191,61	0,63	0,88
5	43,62	183,50	0,67	0,88
6	42,38	205,05	0,46	0,89
8	44,42	177,37	0,72	0,87
9	45,18	179,99	0,69	0,88
11	44,06	182,75	0,71	0,88
12	44,52	184,35	0,67	0,88
14	43,75	188,79	0,58	0,88
15	45,08	190,16	0,50	0,89
17	43,14	194,44	0,57	0,88

Alfa da versão em estudo: 0,89 (Versão original $\alpha = 0,84$ a 0,87)
Estatística da sub-escala: média = 48,43; variância = 224,3; desvio padrão = 14,98

Quadro III - Alfa de Cronbach da PCDS.

Itens	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação corrigida item-total da escala	Alfa se item eliminado
20	17,65	9,80	0,70	0,86
21	17,65	8,97	0,81	0,81
22	17,68	9,78	0,71	0,85
23	17,48	10,06	0,73	0,85

Alfa da versão em estudo: 0,88 (Versão original $\alpha = 0,80$ a 0,86)
Estatística da escala: média = 23,49; variância = 16,49; desvio padrão = 4,06

Quadro IV - Alfa de Cronbach do HCCQ.

Itens	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação corrigida item-total da escala	Alfa se item eliminado
24	85,60	76,57	0,34	0,86
25	85,54	73,18	0,66	0,85
26	85,32	74,90	0,53	0,85
27	85,90	74,19	0,48	0,85
28	85,40	74,95	0,59	0,85
29	85,51	74,80	0,58	0,85
30	85,84	73,12	0,54	0,85
31	85,14	76,25	0,60	0,85
32	85,19	75,29	0,65	0,85
33	85,85	70,77	0,65	0,84
34	85,59	71,27	0,68	0,84
35	85,45	73,83	0,58	0,85
36	85,72	76,49	0,15	0,89*
37	86,13	71,72	0,49	0,85
38	85,89	70,69	0,57	0,85

Alfa da versão em estudo: 0,86 (Versão original $\alpha = 0,84$)
Estatística da escala: média = 91,72; variância = 83,96; desvio padrão = 9,16
* item a eliminar

No questionário HCCQ de 15 itens obteve-se um α de Cronbach de 0,86. A partir da análise de alfa dos itens, optou-se por eliminar o item 36 com o objectivo de melhorar a fidelidade e homogeneidade dos itens, permitindo o valor alfa passar de 0,86 para 0,89 e também por ser muito baixa a sua correlação com a escala (Quadro IV).

Quadro V - Alfa de Cronbach do HCCQ – versão reduzida.

Ítems	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação corrigida item-total da escala	Alfa se item eliminado
24	29,34	14,517	0,37	0,75
25	29,29	14,031	0,58	0,70
27	29,64	13,824	0,47	0,72
30	29,59	13,667	0,49	0,72
33	29,59	12,617	0,62	0,68
37	29,87	12,844	0,45	0,73

Alfa da versão em estudo: 0,75 (Versão original $\alpha = 0,80$)
 Estatística da escala: média = 35,46; variância = 18,63; desvio padrão = 4,316

Quadro VI - Correlação Spearman teste-reteste.

CORRELAÇÃO TESTE -RETESTE	
HCCQ	0,842**
HCCQ (versão reduzida)	0,660**
TSRQ-RA	0,611**
TSRQ-RC	0,889**
PCDS	0,784**

Em relação à análise da consistência interna da versão reduzida do HCCQ (6 itens) encontrou-se um valor de α de 0,75. A partir da análise de alfa dos itens considerou-se não ser necessário introduzir alterações com o objectivo de melhorar a sua consistência interna (Quadro V).

Para avaliar a constância de resultados ou estabilidade temporal foi aplicado o mesmo questionário aos mesmos indivíduos com um intervalo de tempo superior a quinze dias e inferior a um mês após o primeiro preenchimento (teste-reteste).

Os resultados das associações lineares apoiam a conclusão de que o conjunto de questionários de auto-determinação para cuidados de saúde na diabetes apresenta uma fidelidade aceitável (Quadro VI).

Validade

A análise da validade de conteúdo foi assegurada pelo painel de especialistas. Foram analisadas as componentes de cada questionário para garantir um paralelismo entre aquilo que o questionário pretende avaliar e o conteúdo dos itens que o compõem. Após a análise, verificou-se um extenso grau de concordância entre os especialistas relativamente à adequação entre o conteúdo dos questionários e as dimensões psicológicas que estes pretendem medir.

Para investigar a validade de construto procedeu-se a uma análise factorial e optou-se pelo método de rotação ortogonal, procedimento Varimax, com definição prévia de 4 dimensões, tal como sugerido pelos autores.

A organização dos itens em 4 componentes permitiu verificar que o conjunto de questionários de auto-determinação aplicados aos cuidados de saúde avalia as mesmas dimensões propostas na versão original (Quadro VII).

O factor 1 explica 14,4% da variância dos resultados e agrupa 13 itens com *loadings* de 0,44 a 0,75. Na versão original estes

Quadro VII - Carga factorial dos itens; conjunto de questionários de auto-determinação.

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
34	0,75			
32	0,69			
35	0,68			
31	0,66			
33	0,66			
25	0,64			
29	0,63			
28	0,61			
38	0,59			
30	0,58			
37	0,52			
26	0,50			
27	0,44			
8		0,77		
9		0,74		
11		0,73		
5		0,69		
12		0,69		
14		0,67		
17		0,53		
15		0,51		
21			0,87	
23			0,76	
20			0,75	
22			0,72	
18				0,62
10				0,61
16				0,60
13				0,49
19				0,48
3				0,42
7				0,39
Variância explicada	14,4%	13,4%	7,8%	6,7%

itens pertencem à escala do ambiente dos cuidados de saúde. O factor 2 explica 13,4% da variância dos resultados e integra 11 itens com *loadings* de 0,51 a 0,76. É composto por 8 itens da sub-escala da regulação controlada, pelo item 2 da sub-escala da regulação autónoma e pelo item 36 da escala do ambiente dos cuidados de saúde, ambos eliminados.

O factor 3, que explica 7,8% da variância dos resultados, é composto por quatro itens, com *loadings* de 0,72 a 0,87, que na versão original constituem a escala competência percebida para a diabetes.

O factor 4, que explica 6,7% da variância dos resultados, agrupa 7 itens com *loadings* de 0,39 a 0,62, todos integrantes da dimensão “regulação autónoma”. Optou-se por incluir o item 7 neste componente apesar de saturar um valor limiar (0,39), pela importância do seu conteúdo.

Os resultados da análise da fidelidade corroboram com os da análise factorial em relação à necessidade de eliminar os itens 2 e 36 da versão final.

Quadro VIII - Carga factorial dos itens; conjunto de questionários de auto-determinação, v. reduzida.

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
9	0,79			
8	0,77			
11	0,72			
1	0,70			
12	0,68			
14	0,66			
5	0,64			
17	0,53			
15	0,51			
21		0,88		
23		0,75		
22		0,74		
20		0,73		
33			0,73	
25			0,62	
30			0,59	
37			0,53	
27			0,49	
24			0,40	
10				0,60
18				0,60
16				0,55
19				0,48
3				0,43
13				0,42
7				0,32
Variância explicada	17,4%	9,6%	7,6%	7,3%

Os itens 4, 6, 24 não saturavam nenhum factor, pelo que foram igualmente retirados da versão final. Deste modo, da versão inicial do conjunto de questionários de auto-determinação aplicados aos cuidados em saúde na diabetes, foram eliminados os itens 2, 4, 6, 24, 36.

No presente estudo, pretende-se também investigar a validade da versão reduzida do HCCQ, pelo que se procedeu a uma realização da análise factorial para o conjunto de questionários de auto-determinação, desta vez constituído pela versão reduzida de seis itens do HCCQ (Quadro VIII). Há semelhança da análise anterior verifica-se que o conjunto de questionários de auto-determinação aplicados aos cuidados de saúde avalia as mesmas dimensões propostas na versão original.

Após a rotação, verificou-se que o factor 1 explica 17,4% da variância dos resultados e agrupa os 9 itens (1, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15 e 17) com *loadings* de 0,51 a 0,79, que na versão original pertencem à sub-escala regulação controlada e pelo item 2 da sub-escala regulação autónoma, que foi eliminado. O factor 2 explica 9,6% da variância dos resultados e integra 4 itens com *loadings* de 0,73 a 0,88 que, na versão original, constituem a escala competência percebida para a diabetes. O factor 3, que explica 7,6% da variância dos resultados, é composto pelos itens 24, 25, 27, 30, 33 e 37, apresentando

estes *loadings* de 0,40 a 0,73. Na versão original estes itens constituem a versão reduzida da escala do ambiente dos cuidados de saúde.

O factor 4 explica 7,3% da variação total dos resultados e agrupa 7 itens (3, 7, 10, 13, 16, 18 e 19) com *loadings* de 0,32 a 0,60. O item 7 foi incluído novamente neste componente pela importância do seu conteúdo.

Os itens 4 e 6, não saturavam qualquer componente, pelo que foram retirados da versão final.

Da versão final ficaram excluídos os itens 2, 4, 6.

Ainda para analisar a validade de construto, à falta de termo de comparação das escalas adaptadas com outras escalas que medissem os mesmos construtos, procedeu-se ao estudo da validade convergente-discriminante dos itens, compararam-se os coeficientes de correlação entre os itens com a escala (ou sub-escala) a que pertencem com os coeficientes de correlação entre esses itens e as restantes escalas em estudo. A análise da correlação de cada item com as diferentes escalas demonstrou que os itens apresentam uma correlação estatisticamente significativa, substancialmente mais elevada com a escala (ou sub-escala) a que pertencem do que com as outras escalas (ou sub-escalas), indicando que os itens possuem uma razoável validade convergente-discriminante.

Considerando ainda que na validade de construto está em causa o grau de consonância entre os resultados do questionário e a teoria a propósito das dimensões em avaliação, foram analisadas as associações entre as variáveis motivacionais (Quadro IX).

Os resultados da análise correlacional sugerem que o relacionamento sustentador da autonomia, medido com a escala HCCQ de 15 itens, está significativamente correlacionado com a competência percebida (0,311; $p < 0,01$), com a motivação autónoma (0,329; $p < 0,01$). Apresenta igualmente uma correlação positiva, ainda que mais modesta, com a motivação controlada (0,252; $p < 0,01$). Quando avaliada com a versão da escala reduzida de 6 itens, a sustentação da autonomia está correlacionada positivamente com a competência percebida (0,320; $p < 0,01$), com a motivação autónoma (0,304; $p < 0,01$) e mais modestamente com a motivação controlada. Verifica-se assim que níveis mais elevados de relacionamento sustentador da autonomia estão associados a níveis mais elevados de competência percebida e motivação autónoma. Por sua vez, a motivação autónoma demonstrou estar significativamente associada com a competência (0,341; $p < 0,01$), sugerindo que os indivíduos com maior percepção da autonomia têm níveis mais elevados de competência percebida.

No que diz respeito à regulação controlada, verificou-se que também está associada à competência percebida, embora de uma forma mais modesta (0,157; $p < 0,01$).

RESULTADOS

Embora os resultados devam ser analisados com precaução, dado que neste estudo participou uma amostra de conveniência, pensa-se que este estudo contribui para adaptação

Quadro IX - Correlação de cada item com o TSRQ-RA, TSRQ-RC, PCDS e HCCQ.

Item	TSRQ-RA (Itens 3,7,10,13,16,18,19)	TSRQ-RC (Itens 1,5,8,9,11,12,14, 15, 17)	PCDS (Itens de 20 a 24)	HCCQ (Itens de 25 a 38)
1	0,269**	0,673**	-0,009	0,009
3	0,426**	- 0,047	0,219**	0,267**
5	0,4288**	0,738**	0,127*	0,212**
7	0,547**	0,260**	0,259**	0,255**
8	0,363**	0,785**	0,151**	0,168**
9	0,294**	0,762**	0,107	0,092
10	0,514**	0,123*	0,253**	0,218**
11	0,442**	0,753**	0,213**	0,205**
12	0,363**	0,739**	0,154**	0,162**
13	0,577**	0,177**	0,278**	0,326**
14	0,413**	0,661**	0,270**	0,184**
15	0,161**	0,593**	0,045	0,014
16	0,464**	0,009	0,203**	0,309**
17	0,451**	0,611**	0,237**	0,320**
18	0,532**	0,040	0,310**	0,284**
19	0,448**	0,074	0,223**	0,284**
20	0,305**	0,122*	0,822**	0,320**
21	0,235**	0,155**	0,849**	0,338**
22	0,329**	0,189**	0,805**	0,357**
23	0,337**	0,147**	0,822**	0,313**
25	0,355**	0,242**	0,320**	0,681**
26	0,289**	0,147**	0,329**	0,595**
27	0,229**	0,137*	0,391**	0,574**
28	0,279**	0,086	0,220**	0,637**
29	0,214**	0,053	0,196**	0,639**
30	0,203**	0,211**	0,184**	0,615**
31	0,273**	0,184**	0,246**	0,625**
32	0,220**	0,115*	0,243**	0,668**
33	0,258**	0,207**	0,317**	0,733**
34	0,255**	0,240**	0,234**	0,723**
35	0,279**	0,157**	0,238**	0,669**
37	0,228**	0,166**	0,199**	0,671**
38	0,319**	0,258**	0,319**	0,670**

* p<0,05
** p<0,01

transcultural dos instrumentos que constituem o Conjunto de Questionários de Auto-Determinação para os Cuidados em Saúde na Diabetes (*The Health Care, Self-Determination Theory Questionnaires Packet*), tendo-se verificado que as versões adaptadas de 32 itens e 26 itens no seu geral possuem fidelidade e validade satisfatórias quando eliminados os itens 2,4,6,24,36.

Para finalizar, expressei os meus agradecimentos aos participantes do estudo e a todos os que de alguma forma tornaram possível a sua realização.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO – Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva:WHO. 2003.
2. Loureiro I.A importância da educação alimentar nas escolas. In Sardinha L, Gaspar M, Loureiro I, ed. lit. Promoção da saúde:

modelos e práticas de intervenção nos âmbitos de actividade física, nutrição e tabagismo. Lisboa: Edições da Faculdade de Motricidade Humana. 1999: 57-84.

3. Prochaska JD, Diclemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*. 1983; 51: 390-5.
4. Deci EL, Ryan RM. *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum. 1985.
5. Ryan RM, Plant RW, O'Malley S. Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviours*. 1995; 20: 279-97.
6. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 2000; 55: 68-78.
7. Reis H, et al. Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2000; 26: 419-35.
8. Phillips GM, Jones JA. Medical compliance. *American Behavioral*

Scientist. 1991; 6: 756-67.

9. Williams GC, Freedman ZR, Deci EL. Supporting autonomy to motivate glucose control in patients with diabetes. *Diabetes Care*. 1998; 21: 1644-51.

10. Williams GC, et al. Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*. 2004; 23: 58-66.

11. Williams GC, Deci EL. Internalization of biopsychosocial values by medical students: A test of self-determination theory. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996; 70: 767-79.

12. Almeida LS, Freire T. *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. 3ª edição. Braga: Psiquilibrios – Lusografe-Artes Gráficas. 2003.

13. Deci EL. *The psychology of self-determination*. Lexington, Mass: D.C. Health (Lexington Books). 1980.

14. Deci EL, Ryan RM. The support of autonomy and control of behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987; 6: 1024-37.

15. Williams GC, et al. Presenting the facts about smoking to adolescents: the effects of an autonomy supportive style. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 1999; 153: 959-64.

16. Deci EL, Ryan RM. *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press. 2004.

17. Williams GC, et al. Autonomous regulation and adherence long-term medical regimens in adult outpatients. *Health Psychology*. 1998; 17: 269-76.

18. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*, 3 edição. New York: McGraw-Hill. 1994.

ANEXO

Questionário de Auto-determinação para os Cuidados de Saúde na Diabetes

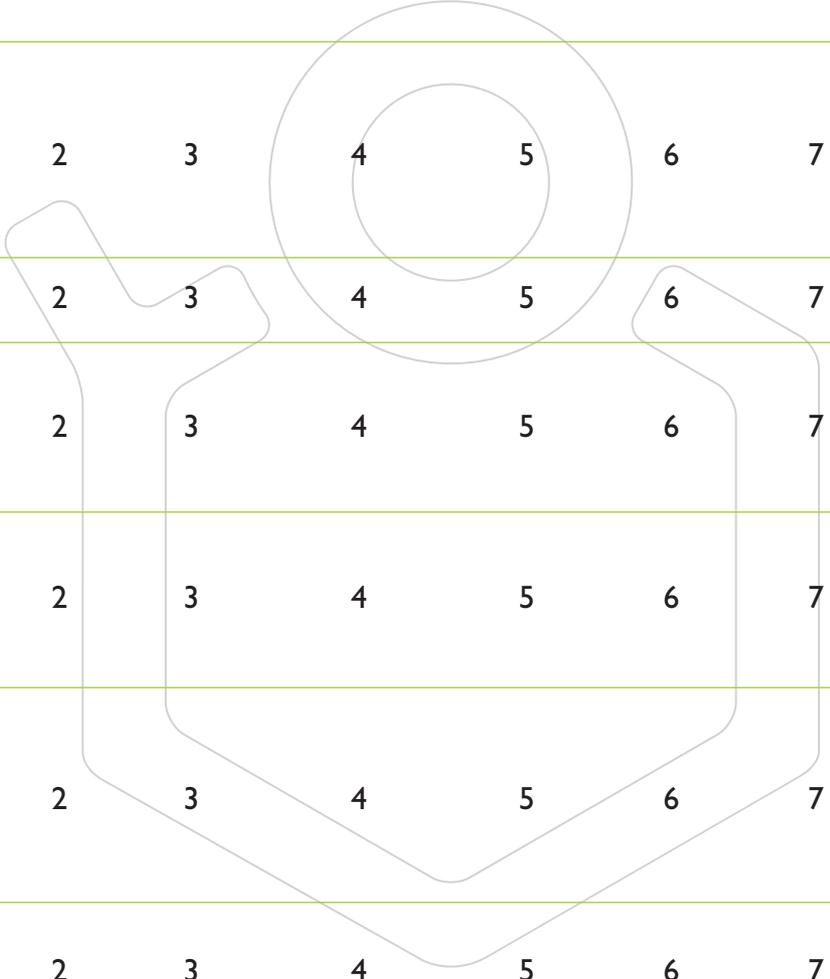
Existem várias razões que levam as pessoas a tomar a sua medicação, a avaliar a glicémia (açúcar no sangue), a seguir a alimentação recomendada e/ou a praticar actividade física regularmente. Neste sentido, solicito-lhe que assinale em cada uma das afirmações apresentadas relativamente aos cuidados para o **tratamento da sua diabetes**, a opção que melhor corresponde ao que pensa. Assinale apenas uma cruz por cada resposta.

A) A razão pela qual tomo a medicação para a diabetes e/ou controlo a glicémia (açúcar no sangue) é porque:

	discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
1. As outras pessoas aborrecer-se-iam comigo se eu não o fizesse.	1	2	3	4	5	6	7
2. Quero provar a mim próprio que sou capaz.	1	2	3	4	5	6	7
3. Acredito que a minha saúde melhora se mantiver a diabetes compensada.	1	2	3	4	5	6	7
4. Sentir-me-ia culpado/a se não fizesse o que a equipa de saúde me recomenda.	1	2	3	4	5	6	7
5. Quero que a equipa de saúde pense que sou um/a bom/a doente.	1	2	3	4	5	6	7
6. Sentir-me-ia mal comigo mesmo/a se não o fizesse	1	2	3	4	5	6	7
7. É estimulante tentar manter a minha glicémia (açúcar no sangue) num nível saudável.	1	2	3	4	5	6	7
8. Não quero desagradar às outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7

B) A razão pela qual siga regularmente a alimentação recomendada e/ou realize actividade física, como por exemplo, andar a pé, frequentar aulas num ginásio, etc. é porque:

	discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
9. As outras pessoas ficariam aborrecidas comigo se não o fizesse.	1	2	3	4	5	6	7
10. Acredito que estes cuidados são importantes para continuar a ser saudável.	1	2	3	4	5	6	7
11. Sentir-me-ia envergonhado/a comigo se não o fizesse.	1	2	3	4	4	6	7
12. É mais fácil fazer o que me dizem do que pensar nisso.	1	2	3	4	5	6	7
13. Pensei cuidadosamente sobre a minha alimentação e a actividade física e acredito que estas sejam as medidas certas a tomar.	1	2	3	4	5	6	7
14. Quero que os outros saibam que sou capaz de seguir uma alimentação saudável e de me manter em forma.	1	2	3	4	5	6	7
15. Só o faço porque a equipa de saúde mandou.	1	2	3	4	5	6	7
16. Sinto que cumprir a alimentação recomendada e praticar actividade física é o melhor para mim.	1	2	3	4	5	6	7
17. Sentir-me-ia culpado/a se não fizer a alimentação recomendada e/ou praticar actividade física.	1	2	3	4	5	6	7
18. Praticar actividade física regularmente e seguir a minha alimentação são escolhas que quero mesmo fazer	1	2	3	4	5	6	7
19. É importante para mim aprender a viver com a diabetes.	1	2	3	4	5	6	7



As afirmações que se seguem, referem-se à **capacidade sentida por cada pessoa para cuidar da sua diabetes**. Depois de ler cada uma das afirmações, faça uma cruz na opção da escala que melhor corresponde à sua opinião.

	discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
20. Sinto confiança na minha capacidade em lidar com a minha diabetes.	1	2	3	4	5	6	7
21. Agora sinto-me capaz de lidar com a minha diabetes.	1	2	3	4	5	6	7
22. Agora sinto-me capaz de fazer todos os cuidados relacionados com a diabetes.	1	2	3	4	5	6	7
23. Sinto-me capaz de enfrentar o desafio de controlar a minha diabetes.	1	2	3	4	5	6	7

A seguir as afirmações descrevem **aspectos relacionados com as consultas de acompanhamento**. Os profissionais de saúde têm diferentes estilos para lidar com os doentes. Para saber um pouco mais sobre como se sentiu nas suas visitas à equipa de saúde, ou seja, com profissionais que o têm acompanhado, é necessário que seja sincero/a nas suas respostas. Em algumas situações, poderá só ter-se reunido com o seu médico/a; Noutras situações, poderá ter-se reunido e discutido os cuidados com a sua diabetes com várias pessoas. Por favor responda o que sentiu em relação ao conjunto dos profissionais de saúde que o acompanharam. Sinta-se seguro na confidencialidade das respostas. Nenhum dos profissionais saberá o que respondeu.

	discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
24. Sinto que a equipa de saúde me apresentou escolhas e opções.	1	2	3	4	5	6	7
25. Sinto que a equipa de saúde me compreendeu.	1	2	3	4	5	6	7
26. Consigo falar abertamente com a equipa de saúde nas consultas.	1	2	3	4	5	6	7
27. A equipa de saúde acredita que sou capaz de fazer mudanças.	1	2	3	4	5	6	7
28. Sinto que a equipa de saúde me aceita.	1	2	3	4	5	6	7
29. A equipa de saúde verifica se eu compreendo realmente a minha doença e o que devo fazer.	1	2	3	4	5	6	7

continua...

	discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
30. A equipa de saúde encoraja-me a fazer perguntas.	1	2	3	4	5	6	7
31. Tenho muita confiança na equipa de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
32. A equipa de saúde responde às minhas perguntas com cuidado e explica tudo muito bem.	1	2	3	4	5	6	7
33. A equipa de saúde está atenta à forma como eu gostaria de fazer as coisas.	1	2	3	4	5	6	7
34. A equipa de saúde sabe lidar muito bem com os sentimentos das pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
35. Sinto que a equipa de saúde se preocupa comigo como pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
36. Não me sinto bem com a maneira como a minha equipa de saúde fala comigo.	1	2	3	4	5	6	7
37. A equipa de saúde tenta compreender a forma como eu vejo as coisas antes de sugerir uma nova maneira de as fazer.	1	2	3	4	5	6	7
38. Sinto-me capaz de partilhar os meus sentimentos com a equipa de saúde.	1	2	3	4	5	6	7

