



Rita Flávia Moreira de Sousa **MOTIVAÇÃO NA ESQUIZOFRENIA E DEPRESSÃO**



**Rita Flávia Moreira de
Sousa**

MOTIVAÇÃO NA ESQUIZOFRENIA E DEPRESSÃO

Estudo das necessidades psicológicas básicas e dos níveis de autodeterminação em amostras psiquiátricas.

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Allen Gomes, Professora Auxiliar no Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Dedico a todos os utentes que convivi no Hospital Magalhães de Lemos, levoo-
os para sempre no meu coração
Dedico ainda, às pessoas que hoje ou em algum tempo da sua vida passaram
ou passarão por uma das patologias aqui evidenciadas.

“Existem dois grandes dias na vida de uma pessoa:
O dia em que nascemos e o dia em que percebemos porquê.”
(William Barclay, 1907-1978)

o júri

presidente

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora auxiliar com agregação, Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Susana Maria Mariano dos Santos Veloso
Professora auxiliar, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia

Prof. Doutora Ana Cardoso Allen Gomes
Professora auxiliar, Universidade de Aveiro

agradecimentos

À professora Doutora Ana Cardoso Allen Gomes, por toda a sua disponibilidade e atenção nos momentos mais difíceis. Agradeço sinceramente tudo o que me ensinou e por ter contribuído para uma maior aprendizagem enquanto futura profissional e/ou investigadora.

Agradeço ainda à Universidade de Aveiro toda a possibilidade de poder ter frequentado esta célere e prestigiada instituição de ensino. Um agradecimento muito especial à Doutora Maria João Moreira, orientadora do Hospital Magalhães de Lemos, por toda a sincera amizade e preocupação que demonstrou ao longo do meu percurso de estágio curricular e por ter sido a principal impulsionadora da concretização desta investigação neste hospital. Agradeço gentilmente ao Doutor Pedro Teixeira e António Palmeira pela prontidão e disponibilidade na autorização e nas informações dadas face às escalas utilizadas neste estudo.

Não posso deixar de agradecer do fundo do coração ao professor Carlos Fernandes, por toda amizade que sempre demonstra aos seus alunos, assim como ao Professor Pedro Nobre pelo profissional exemplar que é, e palavras encorajadoras nos momentos que precisei. Ainda um especial agradecimento ao professor Paolo Vettori, que pela sua sabedoria e sensibilidade marcou o meu percurso académico e à professora Anabela Pereira por toda atenção que disponibilizou na coordenação do mestrado.

A ti, minha maravilhosa mãe, por todo o amor, apoio e dedicação incondicional que sempre me deu ao longo deste percurso e a toda a família do princípio ao fim, mas com especial carinho pelo meu tio Manel e pela minha tia Luísa, os meus grandes amigos de todas as horas. Gosto muito de vocês e muito obrigada por me ajudarem a chegar até aqui.

Ao Jorge Cruz, por ser o meu ombro amigo de todas as horas e dias, pela paciência e palavras maravilhosas que sempre tem para me oferecer... obrigada pelo teu amor tão especial que me faz tão bem. À melhor amiga do mundo Helena Pinto que está longe mas a torcer por este dia e pela minha felicidade... Gosto muito de ti, tu sabes...

Agradeço ainda à Marta, Ariana, Mariana, Vera, Elisa, Natércia, Judite, Humberto, João os meus grandes amigos neste percurso de 5 anos fantásticos, só com eles do meu lado isto foi possível.

Agradeço ainda a todas as pessoas que conheci nesta universidade e que contribuíram para os meus inesquecíveis momentos nesta cidade. Muito obrigada pelo amor, carinho, amizade, e paciência ...

O meu mais sincero agradecimento a todas as pessoas que apesar de não estarem mencionadas contribuíram para este momento, encorajando-me, ouvindo-me, ensinando-me, enfim... Sabem que seguem no meu coração a cada passo que dou...

palavras-chave

Motivação Intrínseca; Necessidades Psicológicas Básicas; Autodeterminação; Depressão; Esquizofrenia.

resumo

A motivação tem sido uma questão perene no domínio da psicologia e é identificada como um conjunto de determinantes ambientais, de forças internas (necessidades e desejos) e incentivos que movem o organismo (Witter., Porto, Lomônaco., & Bitencourt, 1984). Em 1975 Decy e Ryan, apresentaram um livro intitulado *Intrinsic Motivation*, afirmando que as pessoas para estarem intrinsecamente motivadas necessitam de se sentir competentes e autodeterminadas (cf. Ryan & Deci, 2000). Apresentaram ainda, nesta abordagem o conceito de necessidades psicológicas básicas, apontadas como determinantes do comportamento intrinsecamente motivado. Entretanto as necessidades psicológicas básicas como a autodeterminação estão pouco estudadas em amostras clínicas. Por conseguinte este estudo teve como objetivo principal, avaliar a satisfação das necessidades psicológicas básicas (NPB) e os níveis de autodeterminação, tendo como referencial conceptual a teoria motivacional da autodeterminação de Deci & Ryan em amostras clínicas com diagnóstico de depressão ou de esquizofrenia. Foi recolhida uma amostra total de 91 participantes, com idades entre os 21 e os 71 anos, compreendendo 29 (19 homens e 10 mulheres) com psicose esquizofrénica, 29 (8 homens e 21 mulheres) com depressão, diagnosticados por psiquiatras de um serviço de saúde mental, bem como 33 participantes da comunidade (10 homens e 23 mulheres) sem autorrelato de perturbação mental atual. Entre outros instrumentos, foi utilizada a Escala de satisfação das NPB e a escala de autodeterminação (SDS) nas versões para a população portuguesa (Sousa, Ribeiro, Palmeira, Teixeira, & Silva, submetido). Os resultados demonstram que os participantes com patologia apresentam menores níveis de satisfação da NPB e de autodeterminação que os participantes sem patologia. Discutimos os resultados encontrados e sublinhamos o valor inegável da tradução destes resultados para a prática clínica, de forma a conseguirmos alcançar intervenções mas eficazes.

keywords

Intrinsic Motivation, Basic Psychological Needs, Self-Determination; Depression; Schizophrenia.

abstract

The motivation has been a perennial question in the field of psychology. In 1975 Decy and Ryan, presented a book entitled *Intrinsic Motivation*, saying that people are intrinsically motivated and need to feel competent and self-determined (Ryan & Deci, 2000). They also developed in their approach the concept of basic psychological needs, identified as determinants of intrinsically motivated behavior. Few studies have been published about psychological needs and self determination in clinical samples. Therefore the main objective of the present study was to evaluate the satisfaction of basic psychological needs (NPB) and the levels of self-determination, according to the self-determination motivational theory of Deci & Ryan, in clinical samples with diagnoses of depression or schizophrenia. The final sample comprised a total of 91 participants, age range from 21 to 71 years old, comprising: 29 (19 male and 10 female) with schizophrenic psychosis and 29 (8 male and 21female) with a depression, as diagnosed by psychiatrists at a mental health department, plus 33 (10 male and 23 female) participants from the community without any current self-reported mental disorder. The main instruments used in our study were the BPN satisfaction Scale and the self-determination scale (SDS). Portuguese versions (Sousa Ribeiro, Palm, Teixeira, & Silva, submitted). The results showed that participants with pathology have lower levels of self-determination and of satisfaction of the NPB than the ones without pathology. After discussing our results, we stress the promising potential of translating of these findings into clinical practice, in order to improve intervention strategies.

Índice

Introdução	1
Metodologia	5
Resultados	9
Discussão	15
Referências	20
Anexos	

Introdução

A motivação tem sido uma questão perene no domínio da psicologia, uma vez que regula tanto o funcionamento cognitivo e social como o biológico. Tão ou mais importante do que a motivação propriamente dita são as consequências que desta advém para o funcionamento humano (R. Ryan & Deci, 2002).

A motivação é identificada como um conjunto de determinantes ambientais, de forças internas (necessidades e desejos) e incentivos que movem o organismo a executar uma determinada tarefa (Witter., et al., 1984). A motivação é ainda definida como um estado interno que inicia, dirige e sustém uma determinada conduta até atingir o seu objetivo (Velligan, Kern, & Gold, 2006). Pode ainda dizer-se que a motivação significa, literalmente, ser movido a fazer algo. Sem motivação, uma pessoa é passiva, apática, mesmo inerte, e não responde (Ryan, Plan, O'Malley, 1995 cit. por Brekke & Medalia, 2010).

Em 1975 Decy e Ryan, apresentaram um livro intitulado *Intrinsic Motivation*, afirmando que as pessoas para estarem intrinsecamente motivadas necessitam de se sentir competentes e autodeterminadas (Ryan & Deci, 2000). Provavelmente nenhum único fenómeno reflete o potencial positivo da natureza humana, tanto quanto a motivação intrínseca, a tendência inata para buscar novidades e desafios, ampliando e exercitando as capacidades de uma pessoa para explorar e aprender (Harter, 1978 cit. por R. Ryan & Deci, 2002). A construção deste tipo de motivação descreve a inclinação natural para a assimilação, o domínio, o interesse espontâneo e a exploração que são essenciais para o desenvolvimento cognitivo e social, refletindo a principal fonte de prazer e vitalidade ao longo da vida (Csikszentmihalyi & Rathunde, 1993; Ryan, 1995 cit. por R. Ryan & Deci, 2002).

Estudos de comparação entre pessoas cuja motivação é autêntica, e aqueles que são meramente controlados por fatores externos, demonstram que os primeiros denotam mais interesse, entusiasmo, confiança, que por sua vez, é manifesto tanto no desempenho como no reforço, persistência e criatividade (Decy & Ryan, 1991; Sheldon, Ryan, Rawsthorne & Ilardi, 1997; cit. por R. Ryan & Deci, 2002). Decy e Ryan apresentaram ainda, nesta abordagem o conceito de necessidades psicológicas básicas, apontadas como determinantes do comportamento intrinsecamente motivado, contrariando ideias anteriores de que todo o comportamento seria em função da satisfação de necessidades fisiológicas.

Para Ryan e Deci (2002) entre outros, a motivação intrínseca representa a base para o crescimento e integridade psicológica do ponto de vista das necessidades psicológicas básicas e da autodeterminação. O presente trabalho interessa-se precisamente pelas necessidades psicológicas básicas e autodeterminação, na aceção destes autores.

No que se refere, à Teoria da Autodeterminação, esta procura entender os componentes da motivação intrínseca e da motivação extrínseca, assim como, definir os processos regulatórios que envolvem a motivação autónoma e controlada (cf. *figura 1*). Adota como necessidades básicas, a autonomia, a competência e o vínculo ou relações de pertença. É fundamental para a autorrealização e sentimento de bem-estar que essas necessidades sejam satisfeitas (Guimarães e Boruchovitch, 2004 cit. por Oliveira, Theóphilo, Batista, & Soares, s/d).

Segundo Decy & Ryan (2002) e Ryan, Reis, et al., (2000), a necessidade de competência é satisfeita ao experienciar que nas interações e na busca ativa para desenvolver capacidades se obtém os resultados desejados com eficácia (cit. por Sousa, et al., submetido).

A presença ou não de autonomia define a posição do individuo dentro de todo o continuum da motivação, de acordo com as possíveis regulações existentes (*Intrinsic, Integrated, Identified, Introjected, External, Non-Regulation*) ou, expresso de outra forma, a possibilidade do comportamento ser ou não autodeterminado (Ryan, Bernstein et al. (2010) cit. por Sousa, et al., submetido).

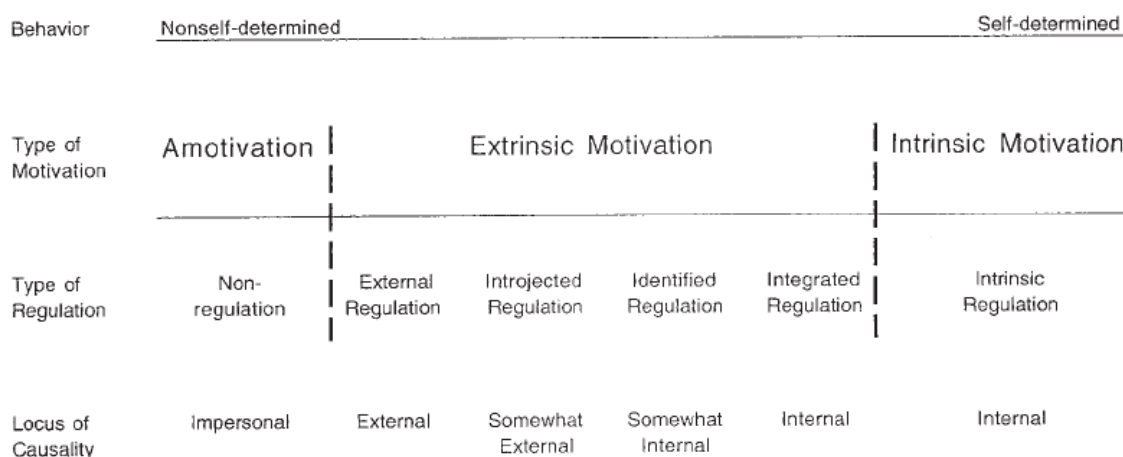


Figura 1: O Continuum da autodeterminação, apresentação dos tipos de motivação e dos estilos de regulações, locus de causalidade e o processo correspondente (Deci & Ryan, 2000).

A necessidade de autonomia é portanto, satisfeita apenas ao agir de acordo com a pura motivação intrínseca ou com a regulação integrada, que implicam um *locus* de controlo autónomo, interno, como se pode observar através da figura 1, estando assim, assistida de um sentimento de vontade que pode acompanhar qualquer ato, dependente ou independente, individual ou coletivo (R. Ryan & Deci, 2002). Quanto à satisfação nas relações de pertença, consiste em sentir-se próximo e ligado a outros significativos (Reis, Sheldon et al. 2000; Meyer, Enström et al. 2007, cit. por Sousa, et al., submetido) numa tendência de proximidade e no desejo de ligação com outros (Wei, Shaffer et al. 2005, cit. por Sousa, et al., submetido), ou seja, a vivenciar relações de pertença gratificantes com outros significativos e com a comunidade.

Atualmente, a Teoria da Autodeterminação é composta por cinco mini-teorias (*cognitive evaluation theory; organismic integration theory; causality orientations theory, basic psychological needs theory e goal contents theory*), cada uma relacionada com uma faceta da motivação ou funcionamento da personalidade, que se articulam e partilham a metateoria organicista e dialética e o conceito de necessidades básicas, consideradas como inatas, universais e essenciais ao funcionamento ótimo (Deci & Ryan, 1990). O tema do presente trabalho toca sobretudo a mini-teoria das necessidades psicológicas básicas e, intimamente relacionada com esta, a mini-teoria das orientações de causalidade.

A satisfação das necessidades psicológicas básicas é o processo psicológico central pelo qual a motivação intrínseca, a tendência inata integrativa e persecução de objetivos intrínsecos são facilitados, resultando em bem-estar e funcionamento ótimo (E. L. Deci & Vansteenkiste, 2004).

Em suma, a teoria da autodeterminação postula que existem diferenças individuais relativamente estáveis na iniciação e regulação do comportamento, que traduzem diferentes tipos de motivação e, por conseguinte, diferentes graus de autodeterminação na personalidade. Tais diferenças foram designadas de “orientações gerais de causalidade” pelos autores, que apontam para a existência de três: “autónoma”, “controlada” e “impessoal”. Ao analisar a figura 1, pode depreender-se que estes *loci* de controlo estão distribuídos ao longo das diferentes regulações existentes. Assim, o *locus* de controlo autónomo existe apenas na presença de Motivação Intrínseca, na regulação Integrada, estando também parcialmente evidente na presença de uma regulação Identificada. Quanto à controlada, é de salientar que envolve três das regulações da motivação extrínseca, que são em parte a Identificada, Introjetada e

Externa. Por último, o *locus* de controlo impessoal, verifica-se somente quando estamos perante a amotivação. No que toca aos atributos partilhados, é de salientar que nas duas primeiras existe intencionalidade por parte do sujeito e existe um *locus* de causalidade percebida (características que não se verificam na última). O que difere é o facto do *locus* de causalidade ser interno no primeiro caso e externo no segundo (Deci & Ryan, 1990).

Importa ressaltar, que a motivação de um indivíduo é de extrema relevância, para o envolvimento em todas as atividades quotidianas. Talvez por isso, as temáticas relacionadas com a motivação têm sido bastante estudadas em psicologia. Contudo, como a investigação neste domínio tem privilegiado amostras / população não clínicas, julgamos fundamental considerar também indivíduos cuja patologia mental poderá comprometer a satisfação das necessidades psicológicas básicas e, conseqüentemente, a sua motivação. Efetivamente, a partir da experiência clínica, intuitivamente parece fazer sentido colocar a hipótese de determinadas patologias, tais como a esquizofrenia e a depressão, envolverem severas conseqüências neste domínio. Seguramente, que estudar este fenómeno em patologias que apresentam elevadas taxas de incidência na população será de todo relevante. Apesar dos constructos motivacionais da teoria de Deci e Ryan já estarem muito estudados em amostras da comunidade e de constatar-se intensa investigação com a teoria da autodeterminação, parecem escassos os estudos na patologia mental, o que constitui um motivo de interesse do presente estudo. Além disso, recentemente parecem estar a emergir alguns estudos no âmbito da teoria de autodeterminação de Deci e Ryan em pacientes com esquizofrenia (Brekke & Medalia, 2010; Choi, Mogami, & Medalia, 2010; Yamada, Lee, Dinh, Barrio, & Brekke, 2010), incluindo no nosso país (Soares, 2009), ao passo que, surpreendentemente, parece haver muito menos investigação em amostras com depressão. Acresce que, de entre os estudos em amostras psiquiátricas que se têm realizado no âmbito da teoria de Deci & Ryan, muito poucos (ou mesmo nenhum) se têm interessado por conhecer os níveis de autodeterminação e de necessidades psicológicas básicas relatados por pessoas com esquizofrenia ou com depressão. Assim, parece-nos de toda a pertinência contribuir para preencher esta lacuna da investigação.

Objetivos

- Avaliar o nível de motivação intrínseca que apresentam os indivíduos com patologia Esquizofrénica e Depressiva, mais especificamente, as suas necessidades psicológicas

básicas (NPB) e os seus níveis de autodeterminação, tendo como referencial conceptual a teoria motivacional da autodeterminação de Deci & Ryan e compará-los com os de indivíduos sem diagnóstico psicopatológico atual;

- Avaliar em que medida o nível de sintomatologia depressiva existente em cada um dos grupos com e sem patologia mostra associações com a satisfação das necessidades psicológicas básicas (NPB) e com a autodeterminação (SDS).

Metodologia

Amostra/Participantes

A amostra foi constituída por 91 participantes, entre os quais, no momento de recolha de dados: 29 (31,9%) apresentam diagnóstico de psicose esquizofrénica (10 do género feminino e 19 do género masculino), 29 (31,9%) apresentam diagnóstico de depressão (21 do género feminino e 8 do género masculino), a serem acompanhados no Hospital Magalhães de Lemos do Porto (EPE), e por último, 33 (36,3%) participantes (23 do género feminino e 10 do género masculino) não apresentam qualquer patologia psiquiátrica diagnosticada no momento da recolha de dados.

Na tabela 1 apresentam-se as estatísticas descritivas referentes às idades, sexo e escolaridade dos participantes.

As idades dos participantes variavam entre os 21 e os 71 anos ($M=50,3$; $DP=11,14$). Nos 29 participantes com diagnóstico de Psicose Esquizofrénica as idades variaram entre os 25 e os 69 anos ($M= 47$; $DP= 11,8$). Quanto aos 29 participantes com diagnóstico de depressão, entre os 21 e os 71 anos ($M= 53$; $DP= 11,1$). Por último, no que se refere aos 33 participantes sem diagnóstico atual de patologia psiquiátrica as idades estão compreendidas entre os 25 e os 70 anos ($M= 50$; $DP=10,1$).

Dos participantes com Psicose Esquizofrénica, 1 (3,4%) apresenta-se sem escolaridade, 7 (24,1%) com a escolaridade primária, 12 (41,4%) com o primeiro ciclo, 7 (24,1%) com segundo ciclo e 2 (6,9%) com licenciatura. Quanto aos 29 participantes do grupo dos deprimidos atualmente, 10 (34,5%) possui a escolaridade primária, 7 (24,1%) o primeiro ciclo, 6 (20,7%) o segundo ciclo, 5 (17,2%) a licenciatura e 1 (3,4%) o mestrado. Nos 33 participantes sem patologia, 1 (3,4%) não tem escolaridade, 15 (45,5%) concluiu a escolaridade primária, 9 (27,3%) o primeiro ciclo, 3 (9,1%) o segundo ciclo, 1 (3,0%) o bacharelato e 4 (12,1%) a licenciatura.

Tabela 1 Caracterização da amostra quanto à idade, sexo e escolaridade dos participantes.

		Sexo do participante		Total
		Masculino	Feminino	
Idade	21-31	4	2	6
	32-42	8	6	14
	43-53	12	23	35
	54-64	9	17	26
	≥ 65	4	6	10
Total		37	54	91
Escolaridade	Sem Escolaridade	1	1	2
	Escola Primária	10	22	32
	1º Ciclo	14	14	28
	2º Ciclo	8	8	16
	Bacharelato	0	1	1
	Licenciatura	3	8	11
	Mestrado	1	0	1
	Total	37	54	91

Instrumentos

- Inventário de depressão de Beck – BDI (versão original: Aaron Beck, 1961; versão portuguesa: Vaz Serra e Pio de Abreu, 1973).

O BDI compreende 21 categorias sintomáticas e atitudinais, selecionadas a partir das atitudes e sintomas que pareciam ser os mais específicos da depressão (Diegas & Cardoso, 1986). Destas 21 categorias, 11 relacionam-se com aspetos cognitivos, 5 com aspetos sintomáticos, 2 com comportamentos observáveis, 2 com o afeto e 1 com sintomas interpessoais. Cada categoria descreve uma manifestação específica de depressão, e consiste numa série de 4 afirmações auto avaliativas, com valores de 0 a 3 para indicar o grau de intensidade.

- Escala de Autodeterminação – EAD/SDS (versão original: Sheldon, & Deci, 1993; versão portuguesa: Ribeiro, Palmeira, Teixeira, Silva, (s/d). *Escala de Auto-determinação* (unpublished).

A Escala de Autodeterminação (EAD/SDS) foi desenvolvida para avaliar as diferenças individuais sobre em que medida em que as pessoas tendem a funcionar de uma forma autodeterminada. A autodeterminação é considerada um aspeto relativamente duradouro da personalidade das pessoas que reflete (1) a “consciência própria e (2) uma sensação de escolha no que diz respeito ao seu comportamento, isto é “escolha percebida face ao próprio comportamento” (Sousa, et al., submetido). A EAD/SDS consiste numa escala de 10 itens, compreendendo duas subescalas com 5-itens cada. A escala de resposta em cada item é de tipo Likert, com 5 pontos. A primeira subescala é a consciência de si mesmo, e a segunda refere-se à perceção da escolha das ações. As subescalas tanto podem ser utilizadas separadamente como podem ser combinadas numa pontuação geral da EAD/SDS.

- Escala de necessidades psicológicas básicas (em geral) – BPNS (versão original: Deci & Ryan, 2000; versão portuguesa: Sousa, Ribeiro e tal. Submetido).

A Escala de necessidades psicológicas básicas é um instrumento composto por 21 itens divididos em três subescalas que correspondem às três necessidades básicas (a) competência, (b) autonomia e (c) relações de pertença. Para cada afirmação colocada, o participante é convidado a responder numa escala de 7 pontos, desde 1 = nada verdadeiro a 7 = totalmente verdadeiro (passando por 4 = em parte verdadeiro).

Qualquer destes instrumentos possui, quer nas suas versões originais quer nas respetivas versões portuguesas, adequadas qualidades psicométricas.

Procedimentos

Em primeiro lugar foi pedida autorização aos autores dos instrumentos originais e das versões validadas para Portugal, para utilizarmos as escalas neste estudo.

Seguidamente pediu-se através da apresentação escrita de um projeto, autorização à Comissão de ética do Hospital Magalhães de Lemos (EPE), para a administração dos questionários no meio hospitalar.

Quanto aos participantes dos grupos clínicos neste estudo, importa salientar que os diagnósticos são efetuados pelos psiquiatras do referido Hospital, no serviço de

Consulta Externa ou no serviço de Internamento, dependendo do modo como o doente chegou até ao hospital. A nossa amostra foi recolhida no serviço de Reabilitação deste mesmo hospital, conseqüentemente os doentes já chegam ao serviço com o diagnóstico efetuado. A metodologia seguida pelos psiquiatras para diagnosticar as patologias psiquiátricas, é baseada essencialmente no Manual de Classificação Internacional de Doenças (CID – 9).

Posteriormente procedeu-se à entrega dos respetivos questionários de autopreenchimento (*cf. Anexo 1*) aos participantes, explicando as instruções e os objetivos pretendidos com o projeto. Foi entregue conjuntamente com os questionários um ficha de consentimento informado (*cf. Anexo 2*) que explica todas as condições de participação neste estudo, onde se pediu que o participante assinasse de modo a autorizar a utilização dos seus dados. Os questionários foram preenchidos individualmente, com a assistência, sempre que necessário, de uma estagiária licenciada em psicologia, autora da presente dissertação, que esteve disponível para esclarecer qualquer dúvida que surgisse.

No que se refere à recolha da amostra do grupo de controlo, salienta-se que houve o cuidado de fazer corresponder, tanto quanto possível a escolaridade e a idade destes participantes às do grupo clínico. A amostra foi recolhida por conveniência, em locais variados, por exemplo, foi pedida a colaboração de pessoas que se encontravam em filas de espera no centro de saúde, algumas das quais preencheram os questionários nas suas próprias residências, abordaram-se também algumas pessoas que se conheciam pessoalmente.

Os resultados dos vários questionários foram analisados com recurso do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, na versão 17 recorrendo-se, consoante a distribuição dos dados se apresentava ou não com uma curva aproximadamente normal, a testes paramétricos para a escala da satisfação das necessidades psicológicas básicas e a testes não paramétricos para a escala da autodeterminação, respetivamente. Embora algumas das nossas variáveis sejam do tipo ordinal, ainda assim é possível o uso de testes paramétricos caso a distribuição seja normal e a homogeneidade das variâncias esteja assegurada (ou exista um número de sujeitos igual ou semelhante nos grupos em comparação). Para efetuar comparações entre grupos de diagnóstico recorreu-se a ANOVAS e a testes não paramétricos de Kruskal Wallis e Mann Whitney. Foram determinadas ainda correlações, de Pearson ou

de Spearman conforme as distribuições encontradas para as variáveis idade, BDI e varias subescalas dos instrumentos supra mencionados.

Resultados

Necessidades Psicológicas Básicas

Quanto à satisfação das necessidades psicológicas básicas (NPB), considerando a totalidade dos participantes, verifica-se uma distribuição normal nas três subescalas das NPB. As médias podem ser constadas através da tabela 2.

Tabela 2 – Caraterização descritiva das médias, mínimos, máximos e percentis da escala e subescalas de NPB.

	N	Média	DP	Mínimo	Máximo
Autonomia	89	4,71	1,07	1,86	7,00
Competência	88	4,52	1,24	1,50	7,00
Relações de Pertença	81	5,20	0,79	2,50	6,75

Quanto às pontuações por idade e sexo, na amostra global e em cada grupo (cf. Tabela 3), verifica-se que não existem diferenças nas subescalas de NPB quanto ao sexo, nem correlações significativas das pontuações das subescalas com a idade.

Tabela 3 Caraterização das subescalas NPB em função do sexo, nos três grupos de diagnóstico.

Subescalas da NPB	Psicose Esquizofrénica		Depressão		Sem Patologia		Amostra Global	
	Média		Média		Média			
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Autonomia	4,19	4,55	4,46	4,59	5,30	4,81	33,3	32,4
Competência	3,53	4,63	4,00	4,12	5,15	5,41	26,3	28,3
Relações de Pertença	5,02	4,95	5,01	5,12	5,60	5,42	42,0	41,0

Quanto às médias em cada grupo da nossa amostra nas subescalas das NPB, apresentam-se na Tabela 4. Comparando os três grupos através de uma ANOVA, na autonomia, competência e relações de pertença, observam-se diferenças estatisticamente significativas.

Importa salientar que numa análise preliminar foi feita uma ANOVA bifatorial em função do sexo e do diagnóstico, como fatores independentes e não se encontraram diferenças estatisticamente significativas para o efeito principal do sexo (como supra citado), nem para o efeito da interação sexo x diagnóstico. Excluída a possibilidade da interação com o sexo nas nossas análises centramo-nos somente no grupo diagnóstico.

Tabela 4 - Médias por subescala das NPB, em função do grupo diagnóstico.

Subescalas da NPB	Psicose Esquizofrénica		Depressão		Sem Patologia		F	g.l.	p
	N=29		N=29		N=33				
	Média	DP	Média	DP	Média	DP			
Autonomia	4,42	1,03	4,49	1,02	5,15	1,03	4,71	2; 88	,011
Competência	4,24	1,23	4,03	1,17	5,23	1,01	9,47	2; 87	,000
Relações de Pertença	4,97	,716	5,05	,87	5,54	,686	4,58	2; 80	,013

Uma vez encontrados valores de F significativos, de seguida aplicaram-se testes *post hoc* para se identificar exatamente quais os grupos com diferenças entre si. O teste para isso utilizado foi o de Turkey HSD (*Honestly Significant Differences*) dado

cumprir-se o pressuposto das variâncias homogêneas. Através deste foi possível perceber que na subescala autonomia, os sujeitos com Psicose Esquizofrênica e Depressão apresentam níveis significativamente menores que os participantes sem patologia ($p=0,020$ e $p=0,037$, respetivamente). Quanto à subescala competência a mesma conclusão é verificada, uma vez que os sujeitos com patologia esquizofrênica e depressiva apresentam níveis significativamente mais baixos de competência que os participantes sem patologia ($p=0,004$ e $p=0,000$, respetivamente). Por último, na subescala das relações de pertença os sujeitos sem patologia, mais uma vez revelam uma média estatisticamente superior aos participantes com psicose esquizofrênica ($p=0,020$) bem como aos participantes com depressão ($p=0,046$). Como se pode constatar não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos com patologia.

Para melhor visualização das médias dos três grupos em estudo apresentam-se os gráficos da figura 2.

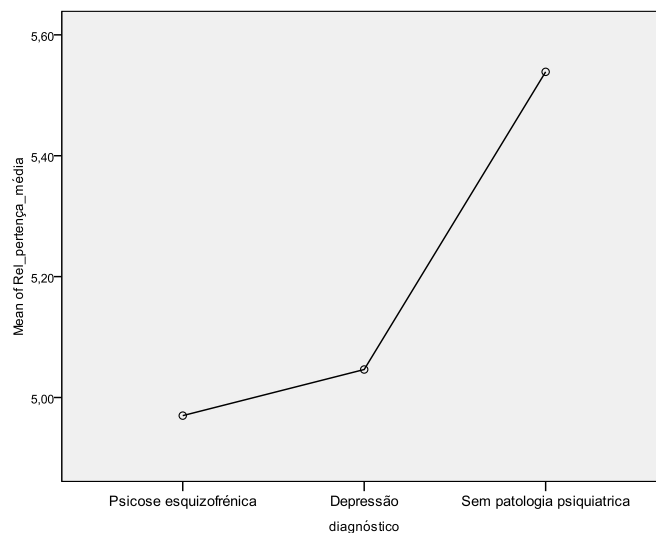
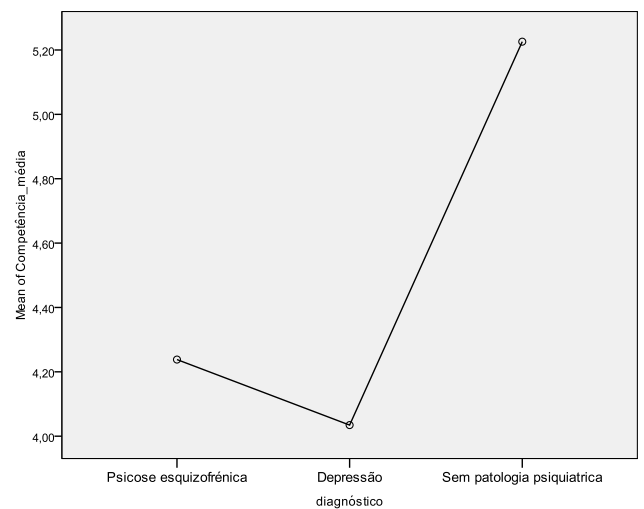
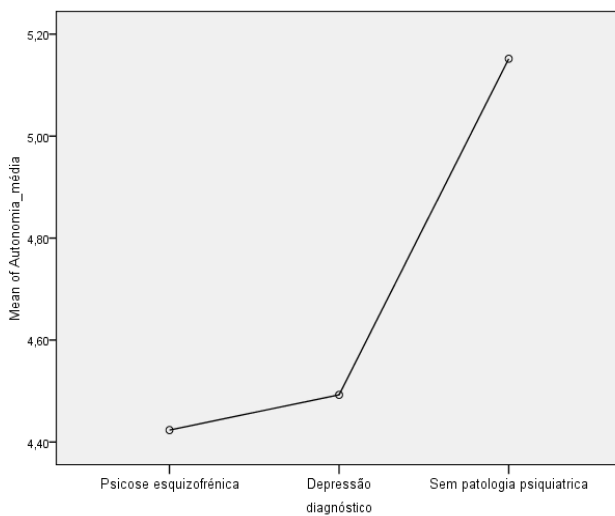


Figura 2: Médias das NPB por grupo de diagnóstico

Para além das diferenças de médias consideramos relevante determinar as medidas de associação entre as variáveis das subescalas das NPB e ter ou não ter patologia, para se perceber em que medida as associações significativas encontradas seriam ou não elevadas. Foram encontrados tamanhos de efeito, para a subescala autonomia de Eta ao quadrado de 0,099 para a subescala competência Eta ao quadrado de 0,182 e para a subescala relações de pertença Eta ao quadrado de 0,105. Estes valores remetem para tamanhos de efeito baixo no primeiro caso e moderados nos restantes casos de acordo com os critérios propostos por Ferguson (Ferguson, 2009). Contudo, pelos critérios de Cohen as mesmas associações já seriam moderadas no primeiro caso e elevadas no segundo e terceiro casos (Cohen, 1992).

Autodeterminação

No que se refere à análise da escala de autodeterminação (SDS), é de salientar que as pontuações nesta escala não apresentaram uma curva gaussiana (Assimetria=1,56) (Curtose=8,84), assim foi necessário recorrer-se a testes não paramétricos e, adicionalmente às médias indicar as medianas e os percentis respetivamente como medidas de tendência central e de dispersão.

Apresenta-se na tabela 5 uma análise descritiva detalhada dos valores obtidos na escala SDS e em cada uma das suas subescalas, na globalidade dos participantes.

Tabela 5 – Descritiva das médias, mínimos, máximos e percentis da escala e subescalas de Autodeterminação.

	N	Média	DP	Mínimo	Máximo	Percentis		
						25°	50° (Mediana)	75°
SDS_TOTAL	76	35,7895	10,77815	12,00	92,00	30,0000	36,0000	42,0000
Consciência	82	19,5000	7,88380	6,00	75,00	16,0000	20,0000	23,0000
Escolha Percebida	81	16,2346	5,38580	5,00	25,00	13,0000	16,0000	21,0000

De seguida, através da análise do teste Mann Whitney, que compara dois grupos, foi-nos possível perceber que tendo em conta a variável sexo, embora o grupo masculino apresente medianas e médias superiores na subescala de consciência

(Md=21,0 e M=43,8 nos homens: Md=20,0 e M=39,5 nas mulheres) e na subescala de escolha percebida (Md=15,5 e M=41,3 nos homens: Md=16,0 e M=40,7 nas mulheres), estas diferenças apenas se assumem como estatisticamente significativas para a escolha percebida unicamente no grupo dos participantes com psicose esquizofrénica (U=39,0;p=0,048).

Quanto à análise efetuada através das correlações de Spearman entre a idade e os níveis de autodeterminação, não houve qualquer coeficiente estatisticamente significativo.

Fomos, então, comparar as pontuações da escala de autodeterminação nos vários grupos diagnósticos. Pode-se observar através da tabela 6 que a mediana obtida nas subescalas da consciência e da escolha percebida, da escala SDS é sempre superior no caso dos participantes sem patologia. Contudo, é de salientar que esta diferença só atinge significância estatística na subescala da consciência própria (p=0,007).

Tabela 6 – Medianas das subescalas da Autodeterminação por grupos de diagnóstico

	Psicose Esquizofrénica	Depressão	Sem Patologia	χ^2	g.l.	p
	Md (P25; P75)	Md (P25; P75)	Md (P25; P75)			
SDS_Total	35,0 (29,0; 39,0)	33,5 (25,0; 42,0)	38,0 (34,0; 44,0)	5,05	2	,080
Consciência	19,0 (16,2; 22,7)	17,0 (13,0; 21,0)	21,0 (20,0; 24,0)	9,98	2	,007
Escolha Percebida	15,0 (13,0; 19,0)	15,0 (11,5; 21,0)	18,0 (14,5; 22,0)	2,72	2	,256

χ^2 : teste Kruskal Wallis

De seguida, ao efetuar-se testes não paramétricos de Mann-Whitney para comparar os grupos dois a dois no que respeita à subescala consciência, observou-se nos participantes sem patologia uma tendência próxima do limiar de significância para apresentarem níveis de consciência mais elevados que os participantes com psicose esquizofrénica (U=276,5; p=0,085), assim como valores significativamente mais elevados em comparação com o grupo dos deprimidos (U=187,5; p=0,002). Em resumo, conclui-se que os participantes sem patologia apresentam níveis mais elevados de consciência em relação ao grupo dos participantes com patologia. Entre estes últimos, não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Por último, considerámos de interesse averiguar se existiriam associações entre

sintomatologia depressiva (tal como medida pelo BDI) e as pontuações nas escalas de Necessidades Psicológicas Básicas e de Autodeterminação, tanto na amostra global como em cada um dos três grupos com e sem patologia. É de salientar que na análise descritiva das pontuações do BDI, aplicado a todos os grupos do presente estudo, os valores de (Assimetria=,453) e de (Curtose= -,625), revelam-nos uma curva gaussiana, sendo portanto possível recorrer a testes paramétricos. Contudo, face à distribuição da amostra na escala de autodeterminação (SDS) não ser normal, foi também necessário recorreremos a testes não paramétricos.

Na tabela 7 apresentam-se as respetivas correlações de Pearson e Spearman efetuadas.

Tabela 7 Correlações do BDI por grupo de diagnóstico e por subescalas das NPB e da SDS.

		Autonomia	Compet. ^a	Rel. Pertç. ^a	Consc.	Escolha Percb.	SDS_Tot.
Psicose Esquizof.	Coef.	-0,642***	-0,680***	-0,417*	-0,759***	-0,475*	-0,704***
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,043	0,000	0,016	0,000
Depressão	Coef.	-0,695***	-0,549***	-0,540**	-0,338	-0,431*	-0,381
	<i>p</i>	0,000	0,004	0,006	0,107	0,032	0,073
Sem Patologia	Coef.	-0,540**	-0,655***	-0,334	-0,289	-0,452*	-0,481*
	<i>p</i>	0,001	0,000	0,076	0,144	0,021	0,020

^a Variáveis com as quais foram determinados coeficientes de correlação de Pearson. Nos restantes casos forma usados coeficientes de correlação de Spearman.

* $p < 0,05$ (valores para hipótese bicaudais); ** $p < 0,01$ (valores para hipóteses bicaudais); *** $p < 0,001$ (valores para hipóteses bicaudais).

Rel. Pertç. = Relações de Pertença; Consc. = Consciência; Escolha Percb= Escolha Percebida.

Através da análise da tabela 7, constata-se a existência de 13 correlações significativas. Os coeficientes obtidos envolvendo as subescalas das NPB denotam que, seja qual for o grupo considerado, quanto mais alta for a sintomatologia depressiva tal como avaliada pelo BDI, menor será a autonomia, a competência e relações de pertença. Contudo, de ressaltar que no grupo sem patologia a correlação entre BDI e relações de

pertença ($r = -0,334$) aproxima-se do limiar de significância, mas, não se mostra significativa. Como se pode verificar os valores das correlações da sintomatologia com a perda de autonomia e de relações de pertença são mais elevados no grupo dos deprimidos, ($r = -0,695$, e $r = -0,540$) respetivamente; já na competência verificamos que está correlacionada de forma mais elevada com sintomatologia depressiva no grupo dos participantes com esquizofrenia ($r = -0,680$). Quanto à autodeterminação percebemos que no que se refere à associação entre BDI e escala SDS_Total, só existem correlações estatisticamente significativas no grupo dos esquizofrénicos e sem patologia, sendo o coeficiente mais elevado o do grupo dos esquizofrénicos ($r = -0,704$). Quanto às respetivas subescalas consciência e escolha percebida as correlações mais elevadas com o BDI encontram-se no grupo dos esquizofrénicos ($r = -0,759$, e $r = -0,475$). Em resumo, há uma tendência para quanto mais alta a sintomatologia no BDI, menor pontuação nas subescalas de autodeterminação, sendo que nos grupos depressão e sem patologia as correlações apenas são estatisticamente significativas para a escala da escolha percebida do comportamento.

Importa referir que de acordo com os critérios de Cohen a maioria das correlações apresentadas apontam para associações fortes entre as variáveis em causa (Cohen, 1992).

Discussão

Na presente investigação estudámos, em amostras clínicas com depressão e com esquizofrenia, a satisfação das três necessidades psicológicas básicas (autonomia, competência e relações de pertença) tão crucial sob o ponto de vista da teoria da autodeterminação, bem como o grau de autodeterminação manifestado nas suas componentes “consciência própria” e “escolha percebida”.

Desta forma, é importante antes de mais, falarmos de autodeterminação uma vez que pode ser considerada como um dos valores nucleares em qualquer programa de reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental (Samhsa, 2006, cit. por Marques, Queirós, & Rocha, 2006). Ter autodeterminação significa, ter liberdade de ser responsável pela própria vida, de escolher onde viver, com quem se relacionar e o que fazer. Significa ainda ter os recursos necessários para criar um bom nível de vida, para tomar decisões responsáveis, bem como escolher onde, quando e como irá receber suporte e assistência para os problemas de saúde mental (Center for Self-Determination, 2005, cit. por Marques, et al., 2006).

No nosso estudo, conseguimos concluir que no caso da satisfação das necessidades psicológicas básicas os participantes que apresentam diagnóstico atual de depressão e esquizofrenia, apresentam níveis inferiores aos participantes que não sofrem de qualquer patologia diagnosticada no momento da recolha de dados. Parece-nos de todo evidente que as patologias em causa acarretam perdas significativas e claras a estes níveis.

No que se refere à depressão sabemos que é um dos problemas mais graves de Saúde Pública com que se debatem os países industrializados. Desde 1996 que se tornou inviável não reconhecer o verdadeiro peso da patologia mental, para o indivíduo e para a comunidade, tanto em termos absolutos como em comparação com outras patologias (Gusmão, M, Heitor, Bento, & Almeida, 2005). Segundo o *Global Burden of Diseases* -, suportado pelo Banco Mundial e Organização Mundial de Saúde (OMS), existem provas claras que a depressão é um dos problemas de saúde mais incapacitante e que maior sobrecarga impõe em todo o mundo (Gusmão, et al., 2005), o que vai de encontro aos resultados do nosso estudo. Observámos nos participantes com depressão, níveis de satisfação das necessidades de autonomia (M= 4,49) competência (M=4,03) e relações de pertença (M=5,05), significativamente inferiores aos participantes sem patologia (M=5,15), (M=5,23) e (M=5,54). Parece-nos compreensível que o decréscimo significativo da satisfação das necessidades psicológicas básicas evidenciado pelos nossos participantes com depressão em relação com os participantes sem patologia esteja intimamente relacionado com a incapacidade subjacente e bem justificada que desta patologia advém. Com efeito, diríamos que a própria patologia depressiva parece implicar, quase que por definição, um comprometimento da satisfação das necessidades psicológicas básicas e da autodeterminação. O sentimento de desvalorização pessoal ou de culpa, leva a avaliações negativas irrealistas do seu próprio valor. A diminuição da energia, o cansaço e a fadiga são comuns, assim como a eficiência com que as tarefas são realizadas pode estar diminuída (APA, 2002).

No que se refere à esquizofrenia, é sabido que nesta patologia a incapacidade funcional e a insuficiência social (Marques-Teixeira, 2007) levam estes doentes a casar-se menos, a serem menos empregados comparativamente à população normal, a ter um desempenho inferior nos papéis sociais e um comportamento social pobre (Wykes & Reeder, 2005), o que a nosso ver, tendo em conta os resultados que obtivemos muito provavelmente influencia a satisfação das NPB, conseqüentemente a sua motivação intrínseca. De facto e em concordância com estes dados da literatura, encontrámos no

grupo com esquizofrenia níveis de satisfação das NPB, de autonomia (M=4,41), competência (M=4,24), e relações de pertença (M=4,97), valores significativamente mais baixos que nos participantes sem patologia (M=5,15) (M=5,23) e (M=5,54) e sem diferença com os deprimidos (M=5,05). Apesar de não haver uma relação compreensível entre causa-consequência, é clara a existência destas dificuldades nas patologias citadas.

Em conclusão, apesar de não se poder assumir uma relação entre causa-consequência, no presente estudo é clara a existência de dificuldades relacionadas com a satisfação das necessidades psicológicas básicas e com a autodeterminação nas patologias estudadas.

Por falta de investigação quanto à satisfação das NPB na patologia mental, não é possível comparar os nossos resultados com os de outros estudos. Tanto quanto sabemos, da pesquisa de literatura que realizámos em bases de dados internacionais embora existam já vários estudos no âmbito da teoria da autodeterminação em amostras com patologia mental, inclusivamente no nosso país (e.g., Soares 2009; Marques et. al.; Choi, et al., 2010; Decy e Ryan 2010), não encontramos contudo, nenhuma investigação publicada que tivesse abordado especificamente as NPB na esquizofrenia ou na depressão. O mesmo parece poder afirmar-se quanto à escala de autodeterminação. Importa referir que Ribeiro, Palmeira e Silva (s/d), já têm dados recolhidos em amostras portuguesas da comunidade, mas os dados ainda não estão publicados, pelo que não nos é possível estabelecer qualquer comparação para já (Sousa, et al., submetido).

Parece-nos que o estudo destes aspetos pode ter várias implicações práticas importantes a nível terapêutico e de reabilitação. Por exemplo, no que se refere à motivação intrínseca na esquizofrenia alguns estudos apontam para a existência de um prejuízo nas funções executivas, na velocidade de processamento, na atenção focalizada, na memória de trabalho e na memória a curto-prazo. Pondera-se ainda que alguns défices cognitivos sejam secundários a um défice motivacional associado à falta de motivação intrínseca (Barch, 2005, cit. por Soares, 2009) ou até mesmo à motivação extrínseca (Green et al., 1992, Hellman, 1998, cit in silverstein & Wilkniss, 2004, cit. por Soares, 2009). Neste sentido, seria de toda a pertinência ter em consideração, no tratamento desta patologia, variáveis relacionadas com a motivação intrínseca.

De acordo com Yamada, et al. (2010) é crucial pensar em intervenções em que aumento da motivação seja prioritário antes de qualquer outro tipo de intervenção. Refletir na extrapolação das conclusões de estudos como este e objetivar intervenções

clínicas que envolvam a motivação é um investimento a ponderar por parte dos clínicos, de forma a testar quais os resultados que se poderão alcançar, até porque a motivação intrínseca é um elemento já enquadrado em muitas intervenções estabelecidas (Yamada, et al., 2010). A entrevista motivacional é uma possibilidade, entre outras, que apresenta algumas evidências empíricas sobre a sua eficácia, nomeadamente no que se refere à teoria dos estádios de mudança que auxiliam os doentes na gestão da doença, havendo evidências comprovadas essencialmente no caso dos doentes com esquizofrenia (Kemp et al, 1996; Barrowclough et al, 2001, cit. por Yamada, et al., 2010) ou com casos de múltiplos diagnósticos (Drake et al, 2001; Ziedonis et al, 2005, cit. por Yamada, et al., 2010).

Salienta-se que a motivação intrínseca também pode ser considerada uma característica central que pode ter impacto na envolvimento da pessoa nas intervenções psicossociais. A motivação é reforçada quando o contexto social leva o indivíduo a sentir -se autónomo e capaz de controlar os seus resultados, assim como quando é dada informação sobre a sua competência para interagir no ambiente social (Ryan & Deci, 2000). A teoria da Autodeterminação sugere que a competência, a autonomia e as relações de pertença são condições necessárias para promover a motivação intrínseca (Ryan & Deci, 2000).

Quanto à escala de autodeterminação os nossos resultados indicam que o grupo sem patologia apresenta uma consciência de si próprio estatisticamente superior (Med=21,0) aos participantes com esquizofrenia (Med=19,0) e deprimidos (Med=17,0), sendo que em relação à escolha percebida não foram encontradas diferenças significativas. Poder-se-á levantar a possibilidade de nos participantes com esquizofrenia, a falta de *insigth* inerente a esta doença, levar a este resultado. Quanto aos doentes com depressão depende-se que a incapacidade provocada pela doença, os sentimentos de inutilidade, a falta de confiança e de autoestima, e os sentimentos de culpa, podem estar envolvidos nos resultados obtidos quanto a este aspeto (APA 2002).

De acordo com um estudo efetuado em Portugal, os sujeitos que se encontram em programas de reabilitação em instituições localizadas em centros Urbanos, apresentam níveis significativamente superiores de autodeterminação que os sujeitos de centros rurais (Marques, et al., 2006). Deve portanto reparar-se que os participantes com patologia do nosso estudo estão enquadrados num centro de reabilitação Urbano, especificamente o HML. Entretanto, importa referir que no estudo citado e na nossa investigação foram usados instrumentos diferentes para medir a autodeterminação, o

que limita estas comparações. Outro dos aspetos saliente no estudo de Marques et. al., (2006) e com importância para esta investigação prende-se com o facto dos sujeitos com mais de 50 anos de idade apresentarem níveis de autodeterminação mais reduzidos. Apesar de na nossa amostra não encontrarmos associações entre a idade e os níveis de autodeterminação, parece-nos ser um aspeto a considerar em futuros estudos (Marques, et al., 2006).

Wu e colaboradores desenvolveram um quadro de referência para contornar os défices motivacionais em pessoas com doença mental (na sua maioria, pessoas com esquizofrenia), em processo de reabilitação que é o contexto dos participantes com patologia do nosso estudo. A investigação daqueles autores foi desenvolvida com base na teoria da Autodeterminação (TAD) e na Teoria do Desânimo Aprendido (TDA), que, como o próprio Wu referiu, são as que melhor descrevem as suas observações clínicas no tocante ao fenómeno motivacional (Soares, 2009).

Na última análise do presente trabalho, verificámos que, qualquer que seja o grupo considerado (com ou sem presença de patologia), quanto mais sintomatologia depressiva existir mais afetado será o comportamento autodeterminado da pessoa e portanto a ascensão à motivação intrínseca. Novamente, julgamos que poderá ser um dado crucial na implementação de estratégias que visem o aumento da motivação nas psicoterapias com pessoas com este tipo de patologia, uma vez que, teoricamente quanto mais autodeterminado for um comportamento, mais motivação intrínseca envolverá e consequentemente melhores resultados surgirão.

Importa fazermos uma ressalva a algumas limitações que devem ser tidas em conta na análise e generalização dos resultados aqui apresentados. Em primeiro lugar, há que referir o número algo reduzido de participantes em todos os grupos, pelo que é necessária muita precaução na generalização destes resultados, enquanto não forem replicados. É também de considerar a inexistência de uma amostragem probabilística que possa salvaguardar a representatividade da amostra e, por conseguinte, a generalização dos resultados obtidos.

Salienta-se o possível viés originado pela necessidade de alguma flexibilização nos procedimentos de aplicação dos questionários nos três grupos de estudo (ex.: variação nos locais de administração, maior ou menos ajuda requerida pelos participantes para o preenchimento dos questionários), ainda que tenha sido tentado manter-se a mesma postura, linguagem, os contextos de aplicação foram distintos, principalmente no grupo controlo. Poderemos ainda questionar se as alterações cognitivas das pessoas com

esquizofrenia influenciam ou limitam a aplicação dos questionários utilizados.

Seria importante em futuras investigações aumentar as amostras clínicas por forma a torna-las representativas de pessoas com patologia esquizofrénica e depressiva no nosso país, (para possibilitar o posterior estabelecimento de normas relevantes para uso clínico). Também nos parece importante estudar periodicamente questões que envolvam a motivação, porque os doentes com que nos deparamos hoje, não serão os mesmos de amanhã, face a avanços farmacológicos e portanto é necessário acompanhar todas estas alterações e evoluções.

Para terminar e fazendo nossas as palavras de Yamada, et al. (2010), parece-nos que a tradução dos resultados da investigação sobre motivação intrínseca para a prática clínica será potencialmente útil para melhorar os resultados funcionais das intervenções. No entanto, esta é uma matéria que precisa de um estudo mais aprofundado.

Referências

- APA. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (Vol. 4). Lisboa: Climepsi Editores.
- APA (2002). *Manual de diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brekke, J., & Medalia, A. (2010). In Search of a Theoretical Structure for Understanding Motivation in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 912–918.
- Choi, J., Mogami, T., & Medalia, A. (2010). Intrinsic Motivation Inventory: An Adapted Measure for Schizophrenia Research. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 966-976.
- Cohen, J. (1992). Quantitative Methods in Psychology: A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Deci, & Ryan. (1990). A Motivational Approach to Self: Integration in Personality. In R. A. Dienstbier (Ed). *Perspectives on Motivation. Nebraska Symposium on Motivation.*, 237-288.
- Deci, & Ryan. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Deci, E. L., & Vansteenkiste, M. (2004). Self-determination theory and basic need satisfaction: Understanding human development in positive psychology. *Ricerche di Psicologia*, 27(1), 23-40.
- Diegas, M., & Cardoso, R. (1986). Escalas de auto-avaliação da depressão (Beck e Zung) Estudos de correlação. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 141-145.
- Ferguson, C. (2009). An Effect Size Primer: A Guide for Clinicians and Researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Gusmão, R. M., M. X., Heitor, M. J., Bento, A., & Almeida, J. M. C. (2005). O peso das perturbações depressivas. Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa*, 18, 129-146.
- Marques-Teixeira, J. (2007). NeuroCognição, Cognição Social e Funcionamento Social na Esquizofrenia. *Saúde Mental*, 9(6), 7-10.
- Marques, A., Queirós, C., & Rocha, N. (2006). Auto-determinação e reabilitação psicossocial de pessoas com esquizofrenia. *Artigos*, VIII(3), 11-19.
- Oliveira, P., Théophilo, C., Batista, I., & Soares, S. (s/d). Motivação sob a Perspectiva da Teoria da Autodeterminação: Um estudo da motivação de alunos do curso de Ciências Contábeis da Universidade Estadual de Montes Claros.
- Ryan, & Deci. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.

- Ryan, R., & Deci, E. (2002). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.68
- Soares, D. (2009). *Motivação e Esquizofrenia: Avaliação de Défices Motivacionais numa Amostra Portuguesa de Pessoas com Esquizofrenia em Contexto de Reabilitação Psicossocial: Contributo para a Validação da General Causality Orientations Scale (GCOS)*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.
- Sousa, S., Ribeiro, S., Palmeira, A., Teixeira, P., & Silva, M. (submetido). Contributo para o estudo da Basic Need Satisfaction in General Scale à língua portuguesa.
- Vaz Serra, A., & Pio, A. (1973). *Inventário de depressão de Beck – BDI*. Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra.
- Velligan, D., Kern, R., & Gold, J. (2006). Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia and the Putative Role of Motivation and Expectancies. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 474-485.
- Witter., Porto, G., Lomônaco., & Bitencourt, J. (1984). *Psicologia da Aprendizagem: 9 ed.* São Paulo:EPU.
- Wykes, T., & Reeder, C. (2005). *Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia: Theory and Practice* (Vol. 49). London: Routledge.
- Yamada, A., Lee, K., Dinh, T., Barrio, C., & Brekke, J. (2010). Intrinsic Motivation as a Mediator of Relationships Between Symptoms and Functioning Among Individuals With Schizophrenia Spectrum Disorders in a Diverse Urban Community. *National Intitute of Health*, 198(1).

Anexos 1

Ribeiro, Palmeira, Teixeira, Silva (s/d). *Escala de Auto-determinação* (unpublished)
 Professor Catedrático, Departamento de Desporto e Saúde Faculdade de Motricidade
 Humana, Universidade Técnica de Lisboa. [versão original: Sheldon, & Deci, 1993].

I: Self Determination Scale (SDS)

P: Escala de Auto Determinação (EAD)

As seguintes afirmações estão agrupadas aos pares. Por favor, leia um par de cada vez, e decida qual das duas afirmações lhe parece mais próxima de si, nesta altura da sua vida. Assinale a sua escolha na escala de 5 pontos: 1 corresponde ao facto de só a afirmação A ser verdadeira para si e o 5 corresponde ao facto de só B ser verdadeiro para si. O 3 representa a pontuação se as duas afirmações lhe parecerem igualmente verdadeiras. Pode escolher qualquer número entre 1 e 5.

1. A) Sinto que sou sempre eu a escolher aquilo que faço						B) Por vezes sinto que não sou realmente eu a escolher aquilo que faço
Só A) é verdadeira	1	2	3	4	5	Só B) é verdadeira
2. A) Por vezes sinto emoções que me são estranhas						B) As emoções que sinto são sempre minhas
Só A) é verdadeira	1	2	3	4	5	Só B) é verdadeira
3. A) Faço tudo o que tenho que fazer por escolha própria						B) Eu faço tudo o que tenho que fazer, mas não sinto que seja realmente escolha minha
Só A) é verdadeira	1	2	3	4	5	Só B) é verdadeira
4. A) Sinto que raramente sou eu própria(o)						B) Sinto que posso sempre ser eu própria(o)
Só A) é verdadeira	1	2	3	4	5	Só B) é verdadeira
5. A) Eu faço aquilo que faço porque me interessa						B) Eu faço aquilo que faço porque tenho de o fazer
Só A) é verdadeira	1	2	3	4	5	Só B) é verdadeira
6. A) Quando consigo algo, é frequente sentir que não foi realmente obra minha						B) Quando consigo algo, sinto que fui eu própria(o) que o consegui
Só A) é verdadeira	1	2	3	4	5	Só B) é verdadeira
7. A) Sinto-me livre para fazer o que quer que decida fazer						B) Frequentemente, o que faço não é aquilo que faria se pudesse escolher
Só A) é verdadeira	1	2	3	4	5	Só B) é verdadeira
8. A) Por vezes sinto que o meu corpo me é estranho						B) Sinto sempre que o meu corpo é aquilo que eu sou
Só A) é verdadeira	1	2	3	4	5	Só B) é verdadeira
9. A) Sinto-me bastante livre para fazer aquilo que escolhi fazer						B) Frequentemente faço coisas que não escolhi ter que fazer
Só A) é verdadeira	1	2	3	4	5	Só B) é verdadeira
10. A) Por vezes, quando olho ao espelho, vejo um(a) estranho(a)						B) Quando me olho ao espelho vejo-me a mim mesma(o)
Só A) é verdadeira	1	2	3	4	5	Só B) é verdadeira

Sousa, Ribeiro e tal. (Submetido). Contributo para o estudo da Basic Need Satisfaction in General Scale à língua portuguesa. [versão original: Deci & Ryan, 2000].

Basic Need Satisfaction in General (BNSG)

Versão Portuguesa

O que sinto

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das seguintes afirmações, pense como se relacionam com a sua vida e indique se é verdadeira para si. Use a escala seguinte para responder:

1	2	3	4	5	6	7
Nada verdadeiro		Em parte verdadeiro				Totalmente verdadeiro

1. Sinto-me livre para decidir por mim próprio/a como viver a minha vida.
2. Eu gosto das pessoas com quem convivo.
3. Frequentemente, não me sinto muito competente.
4. Sinto pressão na minha vida.
5. As pessoas que conheço dizem-me que sou bom/a naquilo que faço.
6. Dou-me bem com as pessoas com quem contacto.
7. Sou uma pessoa reservada e não tenho muitos relacionamentos sociais.
8. Geralmente sinto-me livre para expressar as minhas ideias e opiniões.
9. Considero as pessoas com quem contacto regularmente como minhas amigas.
10. Fui capaz de aprender recentemente novas competências interessantes.
11. Na minha vida diária tenho que fazer frequentemente o que me mandam.
12. Sinto que as pessoas que me rodeiam no dia-a-dia se preocupam comigo.
13. Na maioria dos dias sinto-me realizado/a com aquilo que faço.
14. As pessoas com quem convivo diariamente costumam ter em consideração os meus sentimentos.
15. Na minha vida não tenho muitas hipóteses de demonstrar aquilo que sou capaz.
16. Não há muitas pessoas a quem me sinta próximo/a.
17. Sinto que posso ser eu próprio/a no meu dia-a-dia.
18. As pessoas com quem convivo regularmente não parecem gostar muito de mim.
19. Frequentemente não me sinto muito capaz.
20. Não tenho muitas oportunidades de decidir por mim próprio/a como fazer as coisas no meu dia-a-dia.
21. Geralmente as pessoas são muito simpáticas comigo

Vaz Serra, A. S. & Pio de Abreu (1973). Inventário de depressão de Beck – BDI Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra [versão original: Aaron Beck, 1961].

B.D.I.

INSTRUÇÕES

Leia, por favor, todas as frases expostas seguidamente e assinale com um círculo, em cada grupo, aquela que melhor descreve a maneira como se sente presentemente:

- A. 0) Não me sinto triste.
 1) Ando "neura" ou triste.
 2) Sinto-me "neura" ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.
 2a) Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim.
 3) Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.
- B: 0) Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro.
 1) Sinto-me com medo do futuro.
 2) Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.
 2a) Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.
 3) Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.
- C. 0) Não tenho a sensação de ter fracassado.
 1) Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.
 2) Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.
 2a) Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto é uma quantidade de fracassos.
 3) Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher).
- D. 0) Não me sinto descontente com nada em especial.
 1) Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo.
 1a) Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.
 2) Nunca mais consigo obter satisfação seja no que for.
 3) Sinto-me descontente com tudo.
- E. 0) Não me sinto culpado de nada em particular.
 1) Sinto, em grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor.
 2) Sinto-me bastante culpado.
 2a) Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada.

- 3) Agora, sinto permanentemente que sou mau ou que não tenho qualquer valor.
- F. 0) Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo.
1) Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal.
2) Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado.
3) Sinto que mereço ser castigado.
3a) Quero ser castigado.
- G. 0) Não me sinto descontente comigo.
1) Estou desiludido comigo mesmo.
1a) Não gosto de mim.
2) Estou bastante desgostoso comigo mesmo.
3) Odeio-me.
- H. 0) Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
1) Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros.
2) Culpo-me pelas minhas próprias faltas.
3) Acuso-me por tudo o que de mal acontece.
- I. 0) Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo.
1) Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.
2) Sinto que seria melhor morrer.
2a) Sinto que seria melhor para a minha família que eu morresse.
2b) Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida.
3) Matar-me-ia se tivesse oportunidade.
- J. 0) Actualmente não choro mais do que o costume.
1) Choro mais do que costumava.
2) Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo.
3) Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer o consigo, mesmo quando tenho vontade disso.
- L. 0) Não ando agora mais irritado do que costumava.
1) Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2) Sinto-me permanentemente irritado.
3) Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente.
- M. 0) Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.
1) Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.

- 2) Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.
- 3) Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito.
- N. 0) Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.
- 1) Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões.
- 2) Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda das outras pessoas.
- 3) Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.
- O. 0) Não acho que tenha pior aspecto do que o que tinha.
- 1) Estou aborrecido porque estou a parecer velho ou pouco atraente.
- 2) Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente.
- 3) Sinto que sou feio ou que tenho aspecto repulsivo.
- P. 0) Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.
- 1) Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar.
- 1a) Não consigo trabalhar tão bem como costumava.
- 2) Tenho de despende um grande esforço para fazer seja lá o que for.
- 3) Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.
- Q. 0) Consigo dormir tão bem como dantes.
- 1) Acordo mais cansado de manhã do que era habitual.
- 2) Acordo cerca de uma a duas horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer.
- 3) Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais de cinco horas.
- R. 0) Não me sinto mais cansado do que é habitual.
- 1) Fico cansado com mais facilidade do que antigamente.
- 2) Fico cansado quando faço seja o que for.
- 3) Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja.
- S. 0) O meu apetite é o mesmo de sempre.
- 1) O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
- 2) Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente.
- 3) Perdi por completo todo o apetite que tinha

- T. 0) Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- 1) Perdi mais de 2,5 kg de peso.
 - 2) Perdi mais de 5 kg de peso.
 - 3) Perdi mais de 7,5 kg de peso.
- U. 0) A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
- 1) Sinto-me preocupado, com dores e sofrimento, ou má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis.
 - 2) Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.
 - 3) Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.
- V. 0) Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.
- 1) Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar.
 - 2) Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.
 - 3) Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.

(Vaz Serra & Pio, 1973)

Anexos 2

Consentimento Informado

Investigação sobre Motivação

Objetivo da Investigação:

Nesta investigação integrada no projeto de Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, pretende-se explorar algumas necessidades e aspetos motivacionais de pessoas com diferentes sintomas psiquiátricos, através do preenchimento de questionários.

Procedimento específico:

Ser-lhe-ão apresentados questionários com um conjunto de itens para preenchimento. Pretende-se que responda o mais verdadeiramente possível a todos eles.

Duração:

Esta investigação deverá durar entre 40 a 50 minutos.

Riscos para o participante:

Não há qualquer risco para o participante nesta investigação para além dos normalmente encontrados no seu dia-a-dia.

Benefícios para o participante:

Esta investigação não acarreta benefícios diretos ao participante. Contudo, este poderá contribuir para um aumento do conhecimento científico no âmbito da importância da motivação, assim como potenciar futuras intervenções que tenham mais em conta este parâmetro.

Confidencialidade:

As suas respostas e identidade jamais serão reveladas e os dados permanecerão confidenciais, não sendo associados a qualquer informação sua.

Natureza Voluntariado da sua participação:

A sua participação é voluntária, mais se informa que poderá desistir a qualquer momento do preenchimento do questionário, devendo para o efeito comunicá-lo ao investigador. Não vai ser prejudicado, caso decida desistir.

Contato:

Se tiver alguma questão relacionada com esta investigação deverá contactar a estagiária Rita Sousa responsável pela mesma.

TIVE A OPORTUNIDADE DE LER A FICHA DE CONSENTIMENTO
INFORMADO E DE COLOCAR AS QUESTÕES QUE ENTENDI PERTINENTES.

Nome participante

Data

