

UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Efeito da preparação para o Tratamento das Comunidades
Terapêuticas no Consumo e Psicopatologia

Contributos da adaptação do Instrumento *Circumstances, Motivation
and Readiness Scales (CMRS)*

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Matilde da Costa Mendes

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

OUTUBRO 2024



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Efeito da preparação para o Tratamento das Comunidades
Terapêuticas no Consumo e Psicopatologia

Contributos da adaptação do Instrumento *Circumstances, Motivation
and Readiness Scales* (CMRS)

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Matilde da Costa Mendes

Sob a Orientação da Prof.^a Doutor **Paulo Azevedo
Dias**

Agradecimentos

Agradeço a todos os professores que me ensinaram tanto ao longo de todo o meu percurso acadêmico.

Ao Professor Doutor Paulo Dias, expresso a minha gratidão mais profunda pela disponibilidade, pelos incentivos e pelas palavras que sempre me impulsionaram a dar o meu melhor.

Agradeço sinceramente a todas as instituições que me acolheram e possibilitaram a realização deste trabalho.

Aos meus pais, deixo um agradecimento profundo e sincero. Obrigada por me darem todas as oportunidades de educação, por todo o apoio incondicional e por acreditarem em mim, mesmo quando eu mesma duvidava. O vosso sacrifício, dedicação e amor inabalável foram essenciais em cada passo do meu percurso.

Aos meus avós, obrigada pelo vosso amor e carinho eterno.

Ao João Paulo, o meu namorado, obrigada por todo o carinho, paciência e amor. A tua presença foi fundamental para que eu nunca desistisse.

Às minhas amigas, obrigada pelos momentos inesquecíveis, pelas gargalhadas e também pelas lágrimas partilhadas.

Aos demais amigos e conhecidos que, de uma forma ou de outra, estiveram presentes.

Muito obrigada, do fundo do coração!

Resumo

O consumo abusivo de substâncias e o tratamento em Comunidades Terapêuticas (CT) continua a ser um tema bastante relevante atualmente. Este estudo teve como objetivo explorar o efeito na preparação para o tratamento das CT na psicopatologia e no consumo, além de adaptar a escala *Circumstances, Motivation and Readiness Scales* (CMR), De Leon e colaboradores (1994), para o contexto português. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, com 208 indivíduos, entre os 15 e os 68 anos ($M = 44.23$, $DP = 11.77$), maioritariamente do sexo masculino (79.3%). Os instrumentos aplicados foram, um questionário sociodemográfico, a escala CMR, a escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) e o SOCRATES 8D. Os resultados mostraram que a versão portuguesa do CMR necessita de alguns ajustes, apesar de ter apresentado resultados satisfatórios. Houve relações positivas entre o CMR e o SOCRATES 8D, assim como entre as dimensões de circunstâncias e motivação com os níveis de ansiedade, depressão e stress. Contudo, não foram encontradas diferenças significativas em relação às substâncias primárias e as variáveis sociodemográficas. Estes resultados contribuíram para a validação e adaptação do instrumento CMR para a população portuguesa, além de fornecerem uma compreensão mais profunda sobre a preparação para o tratamento, a psicopatologia e o consumo de substâncias. Para estudos futuros, seria relevante incluir metodologias mais diversificadas, para explorar melhor as dimensões, a validade do instrumento em diferentes contextos e grupos étnicos, bem como o impacto de fatores psicossociais na motivação para a mudança.

Palavras-chaves: Comunidades Terapêuticas, Abuso de Substâncias

Psicoativas, CMR, Psicopatologia

Abstract

Substance abuse and treatment in Therapeutic Communities (TC) continues to be a very relevant topic today. This study aimed to explore the effect on preparation for treatment of CT on psychopathology and consumption, in addition to adapting the Circumstances, Motivation and Readiness Scales (CMR), De Leon and collaborators (1994), to the Portuguese context. This is a quantitative, descriptive-correlational study, with 208 individuals, between 15 and 68 years old ($M = 44.23$, $SD = 11.77$), mostly male (79.3%). The instruments applied were a sociodemographic questionnaire, the CMR scale, the Anxiety, Depression and Stress scale (EADS-21) and SOCRATES 8D. The results showed that the Portuguese version of the CMR needs some adjustments, despite having presented satisfactory results. There were positive relationships between CMR and SOCRATES 8D, as well as between the dimensions of circumstances and motivation with levels of anxiety, depression and stress. However, no significant differences were found in relation to primary substances and sociodemographic variables. These results contributed to the validation and adaptation of the CMR instrument for the Brazilian population, in addition to providing a deeper understanding of treatment preparation, psychopathology and substance use. For future studies, it would be relevant to include more diverse methodologies, to better explore the dimensions, the validity of the instrument in different contexts and ethnic groups, as well as the impact of psychosocial factors on motivation for change.

Key-words: Therapeutic Communities, Substance Abuse, CMR, Psychopathology

Índice

Introdução	10
Enquadramento Teórico	11
Consumo de Substâncias Psicoativas e Psicopatologias associadas	11
Comunidades Terapêuticas e o seu tratamento	14
Adaptação do <i>Circumstances, Motivation and Readiness Scales (CMRS)</i>	19
Metodologia.....	20
Objetivos de estudo.....	20
Desenho de estudo	21
Amostra.....	22
Instrumentos.....	23
Procedimentos de Recolha e Análise de Dados	26
Resultados.....	27
Análise estatística descritiva dos instrumentos CMR, SOCRATES 8D e EADS-21 .	27
Análise estatística descritiva do CMR	28
Análise fatorial exploratória	29
Análise fatorial confirmatória	31
Consistência interna	34
CMR e as suas subescalas (Circunstâncias, Motivação e Preparação)	34
CMR e SOCRATES 8D	35
CMR e EADS-21	36
CMR e Substâncias Primárias.....	37
CMR e os dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e situação laboral).....	37
Discussão	38

Conclusão	44
Referências Bibliográficas.....	48
ANEXOS.....	56

Índice de tabela

Tabela 1 – Descrição da amostra

Tabela 2 – Descrição da substância primária

Tabela 3 – Pontuações possíveis e obtidas nos instrumentos

Tabela 4 – Análise descritiva de cada item da versão portuguesa do CMR

Tabela 5 – Cargas de fatores para a solução de três fatores

Tabela 6 – CMR e SOCRATES 8D

Tabela 7 – CMR e EADS-21

Índice de anexos

Anexo A – Cronograma

Anexo B – Consentimento Informado para Participação na Investigação

Anexo C – Questionário Sociodemográfico

Anexo D – Circunstâncias, motivação e preparação – Escala para tratamento de abuso de substâncias

Anexo E – SOCRATES 8D

Anexo F – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Anexo G – E-mail enviado às Comunidades Terapêuticas

Anexo H – Caracterização da amostra (Instituições que foram recolhidos os dados)

Índice de Figuras

Figura 1 – AFC da escala CMR versão portuguesa (n = 208)

Lista de Abreviaturas

CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências

CT – Comunidades Terapêuticas

CMR – *Circumstances, Motivation and Readness scales*

MAP – *Maudsley Addiction Profile*

MINI – *Mini-International Neuropsychiatric Interview*

OASI – *Opiate Addiction Severity Inventory*

OEA – Organização dos Estados Americanos

ONU – Organização das Nações Unidas

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos

UNODC – *United Nations Office on Drugs and Crime*

WHO – *World Health Organization*

Introdução

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas, produzido pela Organização das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (*United Nations Office on Drugs and Crime* [UNODC], 2021), existem em todo o mundo, cerca de 29,5 milhões de pessoas que padecem de alguma problemática associada ao uso de substâncias e que necessitam de tratamento (Azar, 2022). O abuso de substâncias é o consumo prejudicial de substâncias psicoativas, que podem conduzir à incapacidade de cumprir obrigações pessoais ou profissionais, problemas legais recorrentes, e não menos importante a problemas significativos de saúde (Ribeiro et al., 2019). Na verdade, ao longo do tempo a dependência de substâncias psicoativas pode afetar, negativamente a saúde mental, afetando vários domínios da vida, como as relações sociais, a situação socioeconômica, entre outros (Ronzani et al., 2023).

A dependência de substâncias é frequentemente abordada como uma condição aguda, tratada através de internamentos de curto prazo ou por diversos meses de tratamento ambulatorio, sendo que o principal objetivo é alcançar a abstinência (Marchetti et al., 2024). Esta dependência de substâncias, está a tornar-se uma problemática, cada vez mais, preocupante, o que requer o desenvolvimento de respostas que ofereçam suporte especializado aos indivíduos com perturbações relacionadas por uso de substâncias, como as Comunidades Terapêuticas (CT) (Ribeiro et al., 2019).

As CT surgiram na década de 1950, em Inglaterra espalhando-se para o resto do mundo (Azar, 2022) e continuam, atualmente, a ter importância no tratamento de abuso de substâncias (De Leon & Unterrainer, 2020). As CT têm como objetivo principal a mudança do estilo de vida e identidade (De Leon & Unterrainer, 2020). O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) define as CT

como unidades de tratamento residenciais, em regime de internamento, normalmente com duração entre 3 e 12 meses (SICAD, 2018).

Uma vez que existem poucos estudos sobre as CT, o presente estudo teve como objetivo principal investigar o impacto da preparação para o tratamento nas CT no consumo e na psicopatologia, a partir da adaptação e validação de um instrumento que se foque na preparação para a mudança. Dada a escassez de instrumentos nas CT portuguesas, pretendeu-se adaptar a escala *Circumstances, Motivation and Readiness Scales*. É relevante ressaltar que as psicopatologias relacionadas com o consumo podem influenciar o processo de tratamento. Ao realizar este estudo, pretendeu-se fornecer um contributo para o avanço do conhecimento no campo das dependências e, consequentemente, uma melhor preparação dos indivíduos em tratamento.

Enquadramento Teórico

Consumo de Substâncias Psicoativas e Psicopatologias associadas

Atualmente, existe uma grande preocupação com o aumento dos diagnósticos de perturbações mentais associados ao consumo excessivo de substâncias psicoativas. De acordo com o Relatório Mundial sobre Substâncias da Organização das Nações Unidas (UNODC, 2021), cerca de 275 milhões de pessoas utilizaram alguma substância psicoativa no último ano, e pelo menos, 36 milhões de pessoas sofrem de perturbações graves, devido a dependência. Em 2019, pelo menos meio milhão de pessoas morreram devido à utilização de substâncias psicoativas (UNODC, 2021). Em Portugal, as principais substâncias ilícitas de abuso são o cannabis, cocaína e heroína (SICAD, 2022). Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2021), o consumo de álcool tem vindo a aumentar, 1.6% em relação a 2015, e os valores estão acima da média europeia.

Como parte desse amplo consumo mundialmente, a cannabis é uma substância ilícita que está entre as mais consumidas (162 milhões de pessoas já consumiram),

tendo aumentado o consumo devido à sua legalização para fins medicinais (Velásquez et al., 2017). O facto de muito jovens considerarem que o uso de cannabis não é prejudicial, pode ser um fator de risco, para o início ou manutenção da sua utilização (UNODC, 2021). Existem estudos relacionados com o uso de substâncias na população em geral, que indicam que a idade de risco para início do uso varia entre 12 e 17 anos, com pico entre 18 e 25 anos (SICAD, 2022).

Uma das razões que leva ao consumo de substâncias psicoativas é a falta de controlo interno ou externo dos indivíduos que pode afetar negativamente o seu desenvolvimento social e a sua adaptação (Beltrán, 2017). Além disso, uma boa estrutura familiar é um fator essencial, pois contribui para a qualidade de vida da pessoa, porém, quando essa estrutura familiar é desadequada ou desadaptativa pode ser prejudicial, levando a desenvolver comportamentos de risco, incluindo o consumo de substâncias psicoativas (Pozo et al., 2019).

Apesar da divulgação que existe sobre os efeitos prejudiciais do abuso de substâncias, os jovens começam a adotá-la como uma prática habitual, isto, apesar do consumo de substâncias estar associado a problemas físicos e mentais, e alterações relacionadas à neuroadaptação cerebral (Terán et al., 2017) que afetam negativamente a percepção, a consciência, a cognição, o humor e as emoções (Elisabetsky, 2021).

O uso intensivo, principalmente, de cannabis está associado ao aparecimento de sintomas psicóticos e esquizofrenia, especialmente, no sexo masculino, enquanto que a ansiedade e depressão está principalmente associado ao sexo feminino (Organização dos Estados Americanos [OEA], 2019).

Contudo, são diversos os problemas de saúde atribuídos ao uso prejudicial de substâncias psicoativas, a curto prazo, são verificados, por exemplo, a comoção de órgãos, que podem causar lesões, acidentes, comportamentos agressivos, entre outros, a

longo prazo, podem gerar dependência, perturbações crônicas ou recorrentes, perdas do funcionamento familiar, interpessoal e social (OEA, 2019). Sendo assim, destaca-se que o uso crônico de substâncias psicoativas, acarreta consequências negativas no funcionamento cognitivo, principalmente, nos indivíduos que consomem desde cedo, podendo correr um maior risco de apresentar efeitos prejudiciais relacionados com o consumo. O uso de substâncias psicoativas pode comprometer a memória de curto e longo prazo. Um estudo publicado no *Journal of Psychopharmacology* sobre os efeitos cognitivos das substâncias psicoativas, como a cannabis, revelou que os consumidores apresentam perdas de memória, particularmente, na formação de novas memórias e na recuperação (Selamoglu et al., 2021). A atenção também é, significativamente, afetada pelo uso de substâncias psicoativas. O uso excessivo de anfetaminas, cocaína e cannabis pode levar a dificuldades na manutenção da atenção e na capacidade de concentração. Essas substâncias alteram a neurotransmissão da dopamina e noradrenérgica no cérebro, que são fundamentais para o processamento e a manutenção da atenção (Volkow et al., 2012).

Num estudo, realizado na Noruega entre 2010-2019, em indivíduos presos, destacou-se, uma alta prevalência de perturbações mentais relacionadas com o uso de substâncias psicoativas (29%). Sendo a perturbação mais prevalente a depressão (17.5%), stress (17.1%), perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (11.9%), ansiedade (9.2%) e esquizofrenia (5.5%) (Bukten et al., 2024).

O *locus* de controle interno pode ser considerado benéfico no tratamento terapêutico, uma vez que pessoas com predominância neste tipo de *locus* acreditam que os seus resultados dependem das suas ações e comportamentos. Aumentando a probabilidade de ter sucesso no tratamento (Tyler et al., 2020).

Comunidades Terapêuticas e o seu tratamento

As CT, surgiram na década de 1950, em Inglaterra, espalhando-se para o resto do mundo, como uma crítica à psiquiatria manicomial. Estas comunidades eram localizadas em grandes propriedades, normalmente rurais (Azar, 2022). No início, os trabalhadores eram, principalmente, ex-toxicodependentes (De Leon & Unterrainer, 2020). Atualmente, as CT são unidades especializadas de tratamento residencial de longa duração, com apoio psicoterapêutico e socioterapêutico, com o intuito de ajudar à reorganização interna dos pacientes, e ter uma perceção diferente do futuro. As CT são espaços residenciais, reservados para promover a reabilitação biopsicossocial dos pacientes (SICAD, 2018).

Estas podem ser definidas como “um ambiente livre de substância no qual pessoas com problemas de dependência convivem de maneira organizada e estruturada para promover mudanças em direção a uma vida livre de substância” (Broekaert et al., 1998, p. 595). São um recurso de tratamento que se destaca, pela dinâmica comunitária e pelo seu trabalho em equipas multidisciplinares, sempre sob a supervisão psiquiátrica. O grande objetivo é ajudar os indivíduos dependentes de substâncias psicoativas a reconstruírem as suas vidas, adquirindo novas habilidades, promovendo, assim, uma reintegração na sociedade. Os objetivos das CT envolvem, proporcionar um espaço de reflexão para elaborar a história pessoal, modificar os padrões negativos de comportamento e o pensamento associados ao uso de substâncias, incentivar a autonomia e responsabilidade, desenvolver habilidades para relacionamentos saudáveis, promover as competências sociais e perspetivar a reintegração social (SICAD, 2011).

As CT fornecem uma grande variedade de serviços e apoios para atender às necessidades dos pacientes que compartilham histórias de consumo de substâncias psicoativas. Estas adotam uma abordagem holística, abordando aspetos psicológicos,

sociais, clínicos e familiares dos pacientes. As durações de estadia nas CT diminuem com o passar dos anos, porém, atualmente, tem uma duração de 3 a 12 meses, em regime de internamento (SICAD, s.d.).

As CT consistem-se em quatro visões inter-relacionadas, as perturbações por uso de substâncias, o indivíduo, o processo de recuperação e a vida saudável (De Leon et al., 2015). Quanto à visão das perturbações, o abuso de substâncias é visto como uma perturbação para o indivíduo, afetando algumas ou todas as áreas de funcionamento. Os problemas cognitivos e comportamentais estão, frequentemente, presentes, assim como, perturbações de humor. O pensamento pode ser irreal ou desorganizado, os valores podem ser confusos, inexistentes ou antissociais. Normalmente, o paciente apresenta défices nas competências verbais, de leitura e escrita. Com isto, considera-se que o problema é o indivíduo, e não a substância, e a dependência é um sintoma e não a base da perturbação. Em relação a visão do indivíduo, estes são diferenciados, segundo as dimensões da disfunção psicológica e dos défices sociais, e não segundo, os padrões da substância que utilizam. Independentemente das diferenças de origem social, preferência por substância ou problemas psicológicos, a maioria dos indivíduos internados em CT compartilham características clínicas. O mais importante, em CT, são a mudança positiva nessas características, sendo essencial para uma recuperação estável (De Leon, 2015). A visão da recuperação, vai além da liberdade das substâncias, envolvendo uma mudança no estilo de vida e identidade pessoal. O objetivo psicológico primário é mudar os padrões negativos do comportamento, pensamento e sentimento que predisõem o indivíduo ao uso das substâncias. Por último, o estabelecimento de uma visão de vida saudável. Nas CT são pontuados certos valores para que seja constituída uma visão de vida pessoal e social saudável. Os valores positivos são enfatizados como essenciais para o aprendizado social e o crescimento pessoal. Esses

valores incluem verdade e honestidade, ética de trabalho, autoconfiança, recompensas e conquistas, responsabilidade pessoal, preocupação responsável, maneiras sociais e envolvimento na comunidade (De Leon & Unterrainer, 2020).

O pedido de tratamento pode ser realizado de diversas maneiras, como, voluntariamente, dirigindo-se à consulta de Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), na unidade de saúde, por referência, através de uma consulta de medicina de saúde familiar, ou de outra especialidade, quando o médico identifica o consumo de risco, nocivo ou mesmo dependência de substâncias ilícitas/licitas, ou até mesmo a partir de outros contextos comunitários que prestam apoio a indivíduos com dependência (SICAD, 2018).

As unidades de reabilitação, devem ser constituídas por profissionais de saúde, pessoal técnico qualificados em número suficiente. A Terapia Ocupacional desempenha um papel essencial na reabilitação de indivíduos com perturbações por uso de substância. Os terapeutas ocupacionais devem utilizar atividades terapêuticas para ajudar as pessoas a restabelecerem os seus papéis e identidades significativas, promovendo a saúde e o bem-estar. A participação adequada e a criação de um ambiente estruturado são fundamentais para a recuperação (Ribeiro, 2019).

O principal eixo de abordagem multidisciplinar dos comportamentos aditivos e dependências é o Modelo de Tratamento Integrado, baseando-se numa abordagem biopsicossocial. Neste modelo, os vários recursos terapêuticos são integrados e coordenados em simultâneo e sucessivamente, tendo em consideração o diagnóstico, as necessidades e capacidades do paciente, além disso, o prognóstico em conjunto com as famílias ou pessoas envolvidas (SICAD, 2018).

As admissões nas CT ocorrem após o fim, da etapa inicial de desintoxicação, durando cerca de uma semana. Normalmente, a desintoxicação é realizada em ambulatório ou noutros centros.

O tratamento em CT deve ser considerado uma intervenção específica, reservada para dependentes químicos, com problemas múltiplos e graves. Embora, a terapia ambulatorial de manutenção com metadona, seja o principal tratamento de dependência em todo o mundo, as CT para dependências podem ser consideradas uma alternativa valiosa para pessoas que não se saem bem no tratamento ambulatorial, devido à falta de estrutura e suporte social. É garantido algum tipo de apoio contínuo após o tratamento nas CT, não apenas para prevenir recaídas, mas também, para fomentar e auxiliar uma integração, positiva, à sociedade. Além disso, a alta do tratamento deve ser tratada de maneira flexível e individualizada, visto que algumas pessoas precisarão de mais apoio ou de reinserção na sociedade. O movimento de recuperação começa com uma abordagem longitudinal às dependências e a outros problemas de saúde mental (Vanderplasschen et al., 2013).

Numa investigação realizada por Sant'Anna e colaboradores (2020), analisou-se que as taxas de recaídas após 3 meses de internamento foram de 54% para admissões voluntárias e de 64% para admissões involuntárias. No entanto, mesmo nos casos em que as admissões são involuntárias, o tratamento pode ser eficiente (Ramos, 2019). Muitos destes residentes, frequentam mais que uma vez as CT, segundo Madalena e Sartes (2018), a maioria já realizou tratamento anteriormente, em média três vezes, sendo os 17 anos a idade média do primeiro tratamento dos indivíduos.

Os consumidores de substâncias nas CT, geralmente, apresentam características comportamentais, cognitivas e emocionais que incluem o julgamento testes de realidade em relação às consequências das suas ações, a autoavaliação irreal em relação às

discrepâncias entre recursos e aspirações pessoais, propensão a mentir, manipular e enganar como mecanismos de enfrentamento, falta de responsabilidade pessoal e social, défices acentuados, baixa tolerância a desconforto e atraso na gratificação, problemas com autoridade, incapacidade de gerir sentimentos e falta de controle dos seus impulsos (De Leon et al., 2015). Estes indivíduos estão cientes dos perigos e das consequências dos seus comportamentos, tanto para si, como para as suas famílias (Amani et al., 2019).

Assim sendo, é muitas vezes, optada por uma intervenção baseada na abordagem cognitivo-comportamental, tanto em pequenos, como em grandes grupos, com o objetivo de orientar os indivíduos para uma compreensão mais clara da sua própria realidade individual e familiar (Ramos, 2019).

Em muitos dos residentes das CT, os problemas vocacionais e educacionais são marcantes (De Leon et al., 2015). Para indivíduos de origens mais favorecidas, o termo reabilitação tende a ser mais adequado, pois o objetivo é o facilitar o regresso a um estilo de vida que já foi experienciado anteriormente. Nestes casos, a intervenção procura recuperar um padrão de vida anterior (De Leon et al., 2015).

Esta intervenção tem como objetivo reduzir o sofrimento emocional, corrigir os comportamentos problemáticos, fortalecer a autoeficácia, motivação para a mudança e a capacidade de lidar com a frustração (Haviv & Hasisi, 2019), visto que a frustração é presente durante todo o processo e pode contribuir para possíveis recaídas (Ramirez-Castillo et al., 2019).

Vários estudos têm demonstrado a relevância dos estados emocionais e do stress na manutenção do tratamento e na ocorrência de recaídas. Fernández-Montalvo e colaboradores (2008) relataram que 49% das recaídas, estão relacionadas a estados emocionais negativos, enquanto, 17% são atribuídas à compulsão para o uso de

substâncias. Comprovando isso, foi realizada uma pesquisa, por Tisdale et al. (2023), com duração de dois anos, e envolvendo participantes de 18 a 69 anos, revelando que indivíduos com níveis mais elevados de stress apresentavam menor preparação para o tratamento, resultando numa maior probabilidade de recaída. Em contrapartida, aqueles, com níveis mais baixos de stress demonstraram maior predisposição para completar o tratamento. Além dos fatores emocionais e do stress, o tipo de substância utilizada também influencia, significativamente, a adesão ao tratamento e o risco de recaídas. Estudos recentes indicam que consumidores de substâncias injetáveis e metanfetaminas enfrentam maiores dificuldades para iniciar e manter o tratamento, em comparação com os consumidores de outras substâncias (Tisdale et al., 2023; Opsal et al., 2019).

Adaptação do *Circumstances, Motivation and Readiness Scales (CMRS)*

Para avaliar as perturbações de uso de substâncias, são utilizados diversos instrumentos sendo os mais comuns: *Interview for Research on Addictive Behavior*, *Opiate Addiction Severity Inventory (OASI)*, *Maudsley Addiction Profile (MAP)*, *Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)*, entre outros (Moreira et al., 2022). Contudo, torna-se necessário validar um instrumento que se foque na preparação para a mudança, principalmente nas CT portuguesas.

Uma das mais conhecidas é a *Circumstances, Motivation and Readiness Scales*, que avalia as percepções dos indivíduos de acordo com as circunstâncias, motivação e preparação (De Leon et al., 1994). A escala inicialmente era composta por 52 itens e avaliava as circunstâncias, motivação, preparação e a adequação (CMRS) em relação à permanência ou abandono do tratamento (De Leon et al., 1994). Posteriormente, os itens referentes à adequação foram removidos, reduzindo a escala para 18 itens (Soyez et al., 2006). As circunstâncias envolvem fatores externos ao indivíduo, como pressões externas que afetam a procura por tratamento. A motivação é um fator intrínseco ao

indivíduo, podendo ser positiva (desejo de melhorar) ou negativa (culpa, ódio ou desespero). A preparação refere-se à percepção da necessidade de tratamento pelo indivíduo, e por último, a adequação está relacionada à abordagem do indivíduo em relação à CT, considerando-se adequado ou não (De Leon et al., 1994).

Nestes últimos anos, foram feitas algumas traduções e validações em países de língua holandesa, em diversos instrumentos de motivação e preparação, sendo um deles a escala CMRS de De Leon e Jainchill (1986) e da versão abreviada CMR (De Leon et al., 1994) (Soyez et al., 2006). A validade preditiva do CMRS foi confirmada em estudos adicionais entre diversos grupos étnicos, faixas etárias e consumidores de várias substâncias (Soyez et al., 2006).

Para o estudo de Soyez et al., (2006), a CMRS original foi traduzida por três tradutores independentes. As três versões foram comparadas e integradas numa só. Calculou-se os coeficientes do alfa de *Cronbach* para cada uma das quatro subescalas do CMRS e para o total. O total foi de $\alpha = .92$ e para as diferentes subescalas foram .71 (C), .73 (M), .81 (P) e .88 (A), respetivamente.

Metodologia

Objetivos de estudo

O presente estudo teve como objetivo geral explorar a relação da preparação para o tratamento nas Comunidades Terapêuticas na psicopatologia e no consumo. Quanto aos objetivos específicos passam por adaptar a escala *Circumstances, Motivation and Readiness Scales* (CMR; De Leon et al., 1994), que avalia as Circunstâncias, Motivação e Preparação para a mudança em comunidade terapêutica; analisar a sua relação entre as circunstâncias, motivação e preparação para a comunidade terapêutica com o consumo de substâncias primárias e psicopatologia; verificar se existem diferenças nas circunstâncias, motivação e preparação para a

mudança em função das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e situação laboral).

Estabelecidos os objetivos do presente estudo, foram formuladas as seguintes hipóteses:

- H1.** A versão portuguesa do instrumento corresponde à estrutura fatorial do instrumento original.
- H2.** Existe uma relação entre as dimensões do CMR e do SOCRATES 8D.
- H3.** Verificam-se relações negativas entre o CMR e a psicopatologia.
- H4.** Verificam-se diferenças entre o CMR e o consumo de substâncias primárias.
- H5.** Existem diferenças nas circunstâncias, motivação, preparação para a comunidade terapêutica, em função das variáveis sociodemográficas.

Desenho de estudo

Este estudo é de índole quantitativo, uma vez que, se realizou uma pesquisa, caracterizada por descrever fenómenos e clarificar relações entre variáveis (Fortin et al., 2009). Utilizaram-se técnicas estatísticas, para que os resultados possam ser analisados de maneira objetiva e quantificável. Num primeiro momento, foi realizada a adaptação de um instrumento, de acordo com as orientações para estudos instrumentais (APA, 2020; Carretero-Dios & Pérez, 2007). Este processo inclui diversas etapas, primeiro, justifica-se a necessidade da adaptação; em seguida, delimita-se o construto a ser avaliado. Depois, constrói-se e avalia-se qualitativamente os itens do instrumento. É realizada uma análise estatística dos itens, permitindo o estudo das dimensões do instrumento. Por fim, é essencial estimar a fidelidade do instrumento para garantir a sua consistência e precisão nas medições.

Num segundo momento, foi realizado um estudo descritivo-correlacional, de forma a conseguir perceber a relação entre as variáveis previamente descritas com vista à determinação das quais estão relacionadas (Fortin et al., 2009). Foi um estudo transversal, pois a recolha de dados foi realizada num único momento.

Amostra

A amostra foi constituída por 208 participantes de nacionalidade portuguesa, em relação à idade dos participantes, participaram indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 68 anos ($M = 44.23$, $DP = 11.77$). Os indivíduos encontravam-se institucionalizados em diversas comunidades terapêuticas do país (Anexo H). As restantes características da amostra estão descritas na tabela 1.

Tabela 1

Descrição da amostra

	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	165	79.3%
Feminino	43	20.7%
Estado Civil		
Solteiro	125	60.1%
Casado/ União de Facto	26	12.5%
Divorciado	53	25.5%
Viúvo	4	1.9%
Habilitações Literárias		
Analfabeto (a)	5	2.4%
Primeiro Ciclo (4º classe)	34	16.3%
Segundo Ciclo (6º classe)	54	26.0%
Terceiro Ciclo (9º classe)	47	22.6%
Ensino Secundário (12º ano)	53	25.5%
Licenciatura	13	6.3%
Mestrado	2	1.0%
Doutoramento	0	0%
Situação laboral		
Trabalhador	72	34.6%
Desempregado	100	48.1%
Outro	36	17.3%

A idade de consumo está compreendida entre os 6 e os 60 anos ($M = 20.79$, $DP = 10.33$), na tabela 2 está presente a caracterização das substâncias primárias, consumidas pelos participantes.

Tabela 2

Descrição da substância primária

	<i>n</i>	%
Substância Primária		
Álcool	58	28.0%
Crack	16	7.7%
Opiáceos	15	7.2%
Haxixe	29	14.0%
Cocaína	56	27.1%
Policonsumo	26	12.6%
Outro	7	3.4%

Instrumentos

Para avaliar a relação entre as variáveis estudadas, foi utilizado um questionário sociodemográfico e mais três instrumentos.

Questionário sociodemográfico

Foi construído um questionário sociodemográfico, tendo como objetivo a recolha de dados sociodemográficos como o sexo, a idade, nacionalidade, habilitações literárias, situação laboral atual, idade de consumo, interesse pelo consumo, motivo do consumo, frequência de consumo e por último onde se encontra institucionalizado. entre outras.

Circumstances, Motivation and Readiness Scale (CMR; De Leon et al., 1994)

O CMR é um instrumento de autorrelato constituído por 18 itens, divididos em seis itens para as Circunstâncias que estão relacionadas a fatores externos ao indivíduo como pressões externas que influenciam a procura pelo tratamento, cinco itens para a Motivação que corresponde a fatores internos ao indivíduo, e esta pode ser positiva quando está relacionada a uma vontade de melhoria ou negativa quando associada à

culpa, ódio ou desespero e sete itens para a Preparação que se refere à necessidade percebida do indivíduo para o tratamento. É uma escala de resposta tipo *Likert* de seis pontos (1 = Discordo Totalmente a 5 = Concordo Totalmente; 9 = Não se aplica). O coeficiente alfa de *Cronbach* (α) do instrumento original foi realizado em três cortes, considerando que no corte A, deu-se a pontuação total mais elevada, correspondente a .87. Os valores para as escalas individuais variam, com um valor de .44 para as Circunstâncias, .77 para a motivação e .66 para a preparação. No corte B a pontuação total foi de .86, para as Circunstâncias foi de .41, para a motivação foi de .71 e para a preparação foi de .62. Por último, no corte C a pontuação total correspondeu a .85, com as Circunstâncias a obterem uma pontuação de .42, a motivação uma pontuação de .70 e a preparação uma pontuação de .69. Conclui-se que a maior pontuação total do α obtida no instrumento original foi de .87 e para as diferentes escalas a pontuação foi variando nos três cortes, mas sem haver interferência na fiabilidade. A escala das Circunstâncias apresentou valores de consistência interna de .41 a .44, a motivação variou entre .70 e .77, e a preparação registou valores de consistência interna de .62 a .69 (De Leon et al., 1994).

SOCRATES 8D (Miller & Tonigan, 1996; adaptado por Janeiro et al., 2016)

A escala SOCRATES 8D é uma versão adaptada da *Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (Miller & Tonigan, 1996), por Janeiro e colaboradores (2016). Trata-se de um instrumento de autoadministração que, se necessário, pode ser auxiliado para uma melhor compreensão e preenchimento do mesmo. A aplicação da escala tem duração de aproximadamente 5 a 8 minutos. É composta por 19 itens distribuídos em três subescalas: reconhecimento do problema, ação e ambivalência. A pontuação obtida em cada subescala é calculada através da soma da pontuação dos itens presentes. As respostas são fornecidas numa escala de resposta tipo *Likert* de cinco

pontos (1 = “discordo fortemente” a 5 = “concordo fortemente”). O índice de consistência interna (α) variou nas subescalas: de .82 a .87 para o fator reconhecimento do problema, de .69 a .71 para o fator ação e de .67 a .69 para o fator ambivalência, na versão portuguesa. No que diz respeito aos itens que avaliam o reconhecimento do problema, por exemplo, “Eu sei que tenho um problema com as substâncias”. Nos itens que avaliam a ação, “Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de substâncias”. Referente aos itens que avaliam a ambivalência, um exemplo de item, “Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente das substâncias”.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; adaptada por Pais-Ribeiro et al., 2004)

A escala EADS, foi adaptada e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e colaboradores (2004). É uma escala composta por três subescalas, constituídas por sete itens cada uma, totalizando 21 itens. Os itens consistem afirmações relacionadas com sintomas emocionais negativos, pedindo-se ao indivíduo que responda se tais afirmações se lhe aplicaram “na semana passada”. Resultados elevados na escala indicam estados afetivos mais negativos. A resposta destina-se a indivíduos com idade superior a 17 anos e utiliza uma escala de resposta tipo *Likert* de quatro pontos (0 = “não se aplicou nada a mim” a 4 = “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). Exemplos de itens das diferentes subescalas: Depressão: “Senti que não tinha nada a esperar do futuro”, Ansiedade: “Senti dificuldades em respirar” e Stress: “Tive dificuldades em me acalmar”. O índice de consistência interna (α) correspondeu a .85 para a escala da depressão, .74 para a da ansiedade e .81 para a de stress (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Procedimentos de Recolha e Análise de Dados

A recolha de dados, foi feita através de uma amostragem não probabilística, uma vez que, nem todos os indivíduos tiveram a mesma possibilidade de serem escolhidos para participar. Optou-se pelo método de amostragem por conveniência, pois é caracterizado por uma seleção de indivíduos, cujo único critério de seleção é estar institucionalizado numa comunidade terapêutica (Fortin et al., 2009).

Os critérios de inclusão utilizados foram frequentarem uma comunidade terapêutica, não apresentarem deterioração cognitiva, serem de nacionalidade portuguesa. Quanto aos critérios de exclusão, serão o oposto dos critérios de inclusão, ou seja, não frequentem uma comunidade terapêutica, apresentarem deterioração cognitiva ou não ser de nacionalidade portuguesa.

Para a realização do estudo, foi pedida a autorização aos autores dos instrumentos para a utilização dos mesmos. A recolha de dados ocorreu de forma presencial e online, utilizando tanto o autorrelato quanto o heterorrelato, nas comunidades terapêuticas. O heterorrelato foi utilizado para auxiliar os participantes analfabetos. A aplicação foi feita com autorização dos diretores das instituições, integrando o consentimento informado assim como os instrumentos de recolha de dados. No consentimento informado, explica-se os objetivos da investigação e todas as informações e condições relativamente ao estudo, garantindo sempre a confidencialidade, anonimato dos dados e que se trata de uma participação voluntária, estando sempre presente que os participantes podem desistir a qualquer momento.

Para a análise da recolha de dados, foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) e *IBM SPSS Amos*, versão 28 para o Windows. Para isso, foram realizadas análises estatísticas, principalmente para análises descritivas, como a média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo, e para a estatística

inferencial foram feitas análises de correlação, com o teste de correlação de *Pearson*, e testes de diferença como o teste *T-student* e o teste *Anova*. Para garantir a robustez dos resultados e minimizar a possibilidade de erros tipo I e II, a categoria "Viúvo" foi retirada para um dos testes *Anova* devido ao tamanho da amostra reduzido. Para a validação do instrumento CMR, foi testada a validade, fiabilidade e a consistência interna, através da análise fatorial exploratória e análise fatorial confirmatória.

Inicialmente, verificou-se a normalidade da amostra, observando que esta não segue uma distribuição normal ($p < .05$), por isso é apropriado recorrer a testes não paramétricos. Porém, uma vez que amostra é superior a 30, pode-se recorrer aos testes paramétricos, devido ao Teorema do Limite Central (Marôco, 2018), que afirma que, para amostras razoavelmente grandes, a distribuição da média amostral aproxima-se de uma distribuição normal. Portanto, quando a normalidade não é confirmada, o tamanho da amostra justifica o uso de testes paramétricos (Marôco, 2018).

Resultados

Análise estatística descritiva dos instrumentos CMR, SOCRATES 8D e EADS-21

Na tabela 3, encontra-se os dados obtidos na análise descritiva dos resultados da CMR, SOCRATES 8D e EADS-21. No CMR, que avalia circunstâncias, motivação e preparação para a mudança, as pontuações totais e das subescalas mostram uma maior modificação, excedendo os intervalos teóricos máximos, sugerindo uma série mais ampla de respostas dos participantes do que o previsto. No caso do SOCRATES 8D, que avalia o reconhecimento do problema, a ação e a ambivalência, as pontuações totais superaram os limites teóricos mínimos e máximos. Por outro lado, nas subescalas, os intervalos obtidos coincidiram exatamente com os intervalos teóricos, o que indica uma consistência nas respostas fornecidas pelos participantes. Para o EADS-21, que avalia ansiedade, depressão e stress, as médias das pontuações totais e das subescalas estão

dentro dos intervalos teóricos, com alteração nas pontuações obtidas que permanecem dentro dos limites instituídos. Esta análise descritiva dos instrumentos, fornecem uma visão geral das respostas em relação aos construtos medidos, destacando áreas de maior instabilidade.

Tabela 3

Pontuações possíveis e obtidas nos instrumentos

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Pontuação Min – Máx Teórica	Pontuações Min – Máx
CMR – Total	72.79	13.80	18 – 108	34 – 134
CMR – Circunstâncias	19.88	8.88	6 – 36	6 – 54
CMR – Motivação	22.35	4.49	5 – 30	5 – 45
CMR – Preparação	30.57	5.84	7 – 42	10 – 63
SOCRATES 8D	71.31	10.77	19 – 95	34 – 88
Reconhecimento	26.51	6.32	6 – 30	6 – 30
Ação	35.72	7.22	8 – 40	8 – 40
Ambivalência	9.08	4.59	4 – 20	4 – 20
EADS-21 – Total	22.02	15.69	0 – 84	0 – 61
EADS-21 – Ansiedade	5.93	5.26	0 – 28	0 – 21
EADS-21 – Depressão	7.57	6.03	0 – 28	0 – 21
EADS-21 – Stress	8.53	5.53	0 – 28	0 – 21

Análise estatística descritiva do CMR

Na Tabela 4 é possível verificar a média, o desvios-padrão, a assimetria e a curtose para cada um dos itens. Relativamente aos itens 4, 5, 6 e 12, os participantes parecem atribuir em média 2 pontos, o que corresponde a “Discordo” numa escala de *Likert* de 6 pontos. Aos itens 1 e 3 os participantes parecem atribuir em média 3 pontos, o que corresponde a “Não concordo nem discordo” numa escala de *Likert* de 6 pontos. Aos itens 2, 8, 13, 15 e 16, os participantes parecem atribuir em média 4 pontos, o que corresponde a “Concordo” numa escala de *Likert* de 6 pontos. Aos itens 7, 9, 10, 11, 14, 17 e 18, os participantes parecem atribuir em média 5 pontos, o que corresponde a “Concordo totalmente” numa escala de *Likert* de 6 pontos.

O sexto ponto da escala de *Likert* foi eliminado, uma vez que apresentava

valores que distorciam a análise geral dos dados. Esta exclusão permitiu melhorar a consistência dos resultados, sendo considerado como *missing* nos cálculos posteriores. Após a modificação, as médias, assimetria e *curtose* foram ajustadas, resultando em dados mais coerentes.

Tabela 4

Análise descritiva de cada item da versão portuguesa do CMR

Item	DT	D	NDNC	C	CT	NA	M	DP	Assimetria	Curtose
Item 1	34.1	13.9	9.6	14.4	17.8	10.1	2.64	1.59	.33	-1.49
Item 2	13.0	4.3	6.7	25.0	35.1	15.9	3.77	1.43	-.98	-.43
Item 3	22.6	9.1	9.6	15.4	27.4	15.9	3.19	1.63	-.23	-1.57
Item 4	48.1	18.3	6.3	8.7	7.2	11.5	1.97	1.32	1.18	.05
Item 5	37.0	27.4	9.6	13.9	7.2	4.8	2.23	1.31	.78	-.64
Item 6	48.1	23.1	9.1	7.7	4.3	7.7	1.89	1.17	1.26	.58
Item 7	4.8	2.9	1.9	20.7	68.3	1.4	4.47	1.03	-2.30	4.69
Item 8	9.6	7.2	4.8	36.1	40.9	1.4	3.93	1.28	-1.21	.34
Item 9	3.4	3.8	4.8	18.3	67.8	1.9	4.46	.99	-2.11	3.86
Item 10	3.8	2.9	2.9	22.6	64.9	2.9	4.46	.98	-2.24	4.69
Item 11	3.8	1.4	2.9	23.1	64.4	4.3	4.49	.94	-2.41	5.86
Item 12	49.5	27.9	6.7	6.3	6.7	2.9	1.90	1.21	1.39	.92
Item 13	5.3	7.7	13.5	33.7	36.5	3.4	3.92	1.15	-1.02	.27
Item 14	2.9	1.0	1.4	21.2	69.7	3.8	4.60	.83	-2.88	9.11
Item 15	3.8	2.4	6.3	27.9	56.7	2.9	4.35	.99	-1.89	3.44
Item 16	6.3	0.5	3.8	25.5	61.1	2.9	4.39	1.06	-2.17	4.22
Item 17	2.9	2.4	2.4	23.1	64.9	4.3	4.51	.90	-2.40	5.93
Item 18	3.4	0.5	1.0	13.9	50.0	31.3	4.55	.95	-2.74	7.34

Nota: DT – Discordo Totalmente; D – Discordo; NDNC – Nem Discordo Nem

Concordo; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente; NA – Não se aplica; M – Média;

DP – Desvio Padrão

Para avançar nas análises subsequentes, foram utilizadas as médias dos itens como substitutos para os *missings*. Este procedimento possibilitou a realização tanto da análise fatorial exploratória quanto da análise fatorial confirmatória.

Análise fatorial exploratória

Inicialmente, procurou-se confirmar a adequação da análise fatorial com um conjunto de 18 itens, observou-se valores satisfatórios na medida de adequabilidade da

amostra de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) (.84) e no teste de Esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 1150.41$; $p < .001$). Depois, realizou-se uma análise fatorial, com uso do método “*Principal Components*”, com rotação *varimax*, com o objetivo de analisar se os itens utilizados possuem carga fatorial acima de .40. Foram identificados três fatores principais com *eigenvalues* superiores a 1, explicando 46.91% da variância total. Especificamente, o primeiro fator explicou 29.64% da variância (*eigenvalue* = 5.34), o segundo fator 10.01% (*eigenvalue* = 1.80), e o terceiro fator 7.26% (*eigenvalue* = 1.31).

As cargas fatoriais para os três fatores estão descritas na tabela 5. Dos 18 itens analisados, dois foram eliminados devido a ter uma carga fatorial inferior a .40 (item 1 e 12). Os fatores foram denominados como: Fator 1 – Preparação, Fator 2 – Motivação, e Fator 3 – Circunstâncias.

Tabela 5

Cargas de fatores para a solução de três fatores

CMR Itens (número e conteúdo)	Carga fatorial		
	1	2	3
14. Eu vou fazer o que for preciso para endireitar a minha vida	.772		
18. Eu estou disposto a entrar no tratamento assim que possível	.727		
17. Eu estou mesmo cansado de usar substâncias e quero mudar, mas sei que não consigo mudar sozinho	.703		
16. Eu não penso que posso parar o consumo de substâncias só com a ajudar dos meus amigos, família ou religião. Eu preciso de algum tipo de tratamento	.698		
15. Basicamente, eu não vejo outra escolha para pedir ajudar neste momento sem ser este tratamento	.594		
11. A coisa mais importante para mim é deixar o consumo de substâncias	.580		
13. Eu vim para este programa porque me sinto preparado para lidar comigo mesmo em tratamento	.429		
2. Eu tenho a certeza que eu viria para o tratamento mesmo sem os meus problemas legais	.442		

8. Muitas vezes não gosto de mim por causa do problema que tenho com os consumos		.805	
10. Eu sinto-me mesmo mal por causa do meu consumo de substâncias e a maneira como eu tenho vivido tem magoado muitas pessoas que me rodeiam		.785	
9. Ultimamente, eu sinto que se eu não mudar, a minha vida vai ficar cada vez pior		.746	
7. Basicamente, eu sinto que o meu consumo de substâncias é um grande problema na minha vida		.668	
6. Basicamente, eu sinto que tenho demasiados problemas lá fora que me vão impedir de completar o tratamento (Pais, cônjuge, filhos, perda de emprego, problemas de família, perda de casa/sítio para viver, etc.)			.795
5. Eu estou preocupado que vá ter sérios problemas de dinheiro se continuar no tratamento			.657
4. Eu acredito que a minha família/relação amorosa irá tentar fazer com que eu saia do tratamento daqui a uns meses			.645
3. Eu tenho a certeza que a minha família não me deixava viver em casa se eu não viesse para o tratamento			.409
1. Eu tenho a certeza que eu iria para a cadeia se não entrasse num tratamento			.285
12. Eu não acredito muito que tenha de estar em tratamento para deixar os meus consumos, eu consigo parar quando eu quiser		.057	
Total da Variância: 46.91%	29.64%	10.01%	7.26%

Nota: As secções verticais a azul indicam os fatores em que os itens se encaixam, do maior para o menor, as secções horizontais em caixa indicam os itens excluídos por não terem carga superior a .40.

Análise fatorial confirmatória

A análise fatorial confirmatória (AFC) foi utilizada para analisar a estrutura fatorial da versão portuguesa. O modelo inclui três fatores, Circunstâncias, Motivação e Preparação, e partiu-se do pressuposto de que os fatores estavam correlacionados.

O teste do Qui-quadrado avalia o ajustamento do modelo de maneira limitada, especialmente em amostras grandes, levando à criação de índices alternativos, como o

Comparative Fit Index (CFI) e o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). No presente estudo, a AFC revelou um valor de $\chi^2/df = 2.27$ ($\chi^2 = 299.587$; $df = 132$), sugerindo que o modelo apresenta um ajustamento adequado. O índice CFI foi de .84, sugerindo um ajuste abaixo do ideal, já que valores de CFI acima de .90 são geralmente considerados bons, e acima de .95 indicam um excelente ajuste. O RMSEA foi de .08, indicando um ajuste razoável (Marôco, 2021). Em relação à significância o valor correspondeu a $p < .001$, reforçando a necessidade de considerar outros indicadores de ajustamento.

Para melhorar o ajuste, testaram-se os índices de modificação, correlacionando os erros entre item 13 e item 14 (MI = 20.82), item 14 e item 18 (MI = 9.18), item 15 e item 16 (MI = 8.23) e item 15 e item 18 (MI = 6.89), observou-se uma melhoria no ajuste do modelo. Resultando em $\chi^2/df = 2.00$ ($\chi^2 = 256.210$; $df = 128$), o que indica um ajuste mais adequado. O CFI = .88, teve uma subida, apesar de ainda não ser um valor ideal, e o RMSEA = .07, reduziu, acabando por indicar um ajuste mais razoável. O valor da significância foi $p = .006$.

Retirando os itens 1 e 12 e recorrendo novamente a AFC, esta análise revelou um valor de $\chi^2/df = 1.80$ ($\chi^2 = 181.90$; $df = 101$), sugerindo que o modelo apresenta um bom ajustamento. O índice CFI foi de .92, sugerindo um bom ajuste, uma vez que valores de CFI acima de .90 são geralmente considerados bons, e acima de .95 indicam um excelente ajuste. O RMSEA foi de .06, indicando um ajuste bom (Marôco, 2021). Em relação à significância o valor correspondeu a $p = .000$, reforçando a necessidade de considerar outros indicadores de ajustamento.

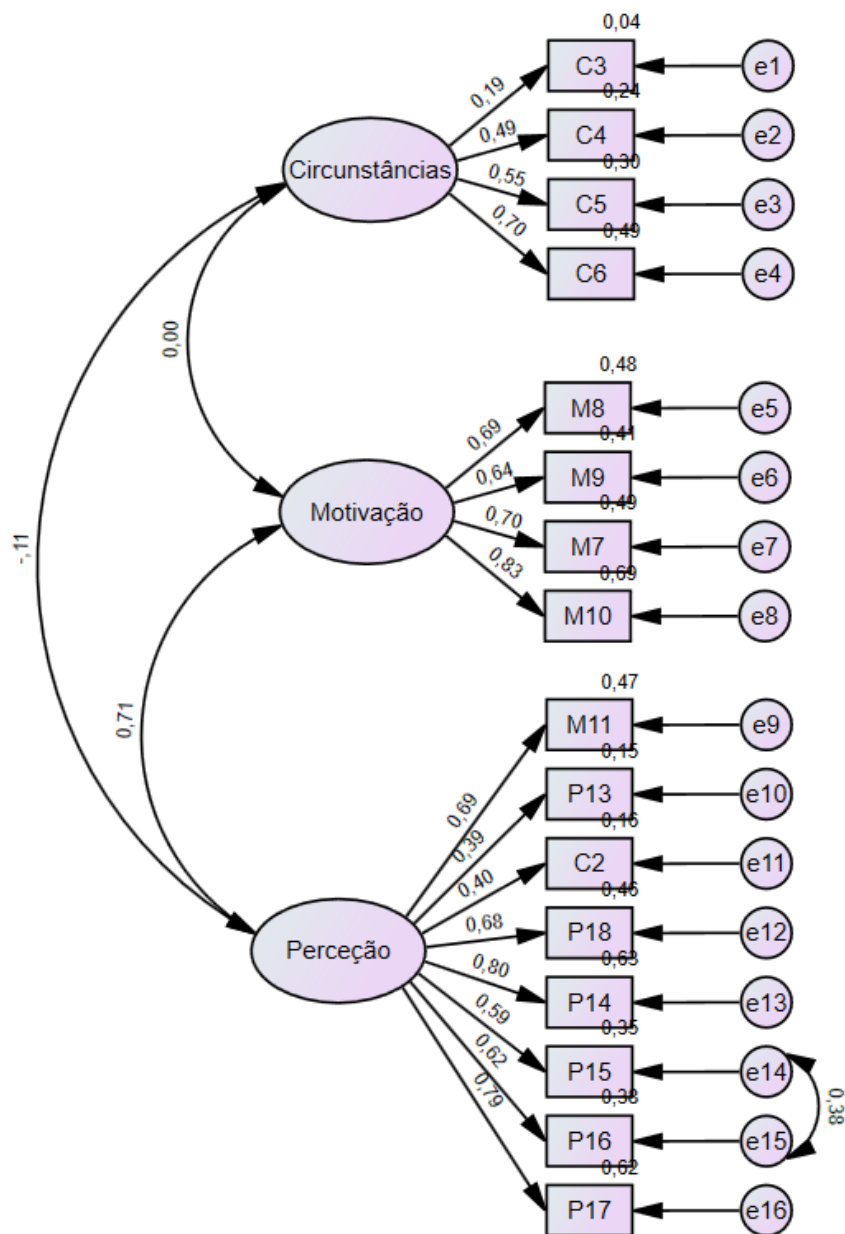
Para melhorar o ajuste, testaram-se os índices de modificação, correlacionando os erros entre item 15 e item 16 (MI = 20.82), observou-se uma melhoria no ajuste do modelo. Resultando em $\chi^2/df = 1.54$ ($\chi^2 = 153.65$; $df = 100$), o que indica um melhor

ajuste. O CFI = .95, teve uma subida, tornando-se num excelente ajuste, e o RMSEA = .05, reduziu, acabando por indicar um melhor ajuste. O valor da significância foi $p = .446$.

O item 3 apresenta uma menor contribuição para o modelo, enfraquecendo-o devido à sua carga fatorial abaixo de .30.

Figura 1

AFC da escala CMR versão portuguesa (n = 208)



Consistência interna

A consistência interna da escala total com os itens resultantes da análise fatorial exploratória do CMR foi de $\alpha = .78$, mostrando ter uma boa consistência interna. As consistências internas das subescalas com os itens resultantes da Circunstâncias foram de $\alpha = .51$, mostrando uma consistência interna baixa, para a Motivação foram $\alpha = .80$, mostrando uma boa consistência interna, e para a Preparação foram de $\alpha = .81$, indicando uma boa consistência interna. Comparativamente com os valores encontrados no estudo original de De Leon et al., (1994), a subescala Motivação apresentou uma consistência interna superior à do estudo original, que variou entre $\alpha = .70$ e $\alpha = .77$, mostrando uma boa consistência interna. Em relação à subescala Preparação, esta mostrou uma boa consistência interna observada no presente estudo sendo superior aos valores do estudo original, que variaram de $\alpha = .62$ a $\alpha = .69$. Por outro lado, a subescala Circunstâncias apresentou uma consistência interna superior no presente estudo, em comparação com a do estudo original, que variaram entre $\alpha = .41$ e $\alpha = .44$.

CMR e as suas subescalas (Circunstâncias, Motivação e Preparação)

Relativamente às correlações de *Pearson*, o instrumento CMR encontra relações significativas em todas as subescalas do CMR, a subescala motivação tem uma relação positiva e moderada com a subescala preparação, tendo como valor $r = .58$ ($p < .001$). No que diz respeito, a relação do CMR total com as subescalas, foi encontrada uma relação positiva e moderada com as circunstâncias $r = .41$ ($p < .001$), e foram encontradas relações fortes com a motivação e preparação, $r = .77$ e $r = .86$ ($p < .001$), respetivamente.

A soma das subescalas reflete diferentes níveis de relação entre elas.

A relação moderada entre "motivação e preparação" indica uma associação mais significativa. As relações fortes entre o CMR total e as subescalas mostram que esses fatores contribuem basicamente para o construto global.

CMR e SOCRATES 8D

Foi utilizado o Teste de Correlação de *Pearson* para analisar a relação entre o CMR (circunstâncias, motivação e preparação) e o SOCRATES 8D (reconhecimento do problema, ação e ambivalência). Foram identificadas relações estatisticamente significativas, porém fracas e positivas, entre o CMR e o SOCRATES 8D, particularmente nas dimensões de reconhecimento do problema e ação. No entanto, para a dimensão de ambivalência, as relações foram estatisticamente significativas, negativas e também fracas.

Ao analisar as subescalas do CMR, verificou-se que a motivação apresentou relações fracas, mas estatisticamente significativas e positivas, com as dimensões de ação, reconhecimento do problema e com o SOCRATES 8D. Por outro lado, a subescala de preparação apresentou uma relação estatisticamente significativa negativa e fraca com a dimensão de ambivalência e relações estatisticamente significativas positivas, muito fracas e fracas com as dimensões de ação e reconhecimento do problema, respectivamente, conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6*CMR e SOCRATES 8D*

	SOCRATES 8D	Reconhecimento do problema	Ação	Ambivalência
	<i>r</i>			
CMR	.217**	.286**	.208**	-.213**
Circunstâncias	-.001	.050	-.001	-.071
Motivação	.299**	.306**	.265**	-.136
Preparação	.148	.222**	.158*	-.207**

Nota: $p < 0.05$, nível de significância; * $p < .05$; ** $p < .001$; r = magnitude do coeficiente de *Pearson*

CMR e EADS-21

Para analisar a relação entre o CMR e o EADS-21, recorreu-se ao o Teste de Correlação de *Pearson*. Foram encontradas relações estatisticamente significativas, embora positivas, muito fracas, entre a subescala de circunstâncias e os níveis de stress, ansiedade, depressão. Encontrou-se apenas uma relação estatisticamente significativa positiva e muito fraca entre a motivação e os níveis de stress. Como se pode verificar na tabela 7. Não foram observadas relações estatisticamente significativas entre as demais variáveis.

Tabela 7*CMR e EADS-21*

	Depressão	Stress	Ansiedade
	<i>r</i>		
CMR	.087	.094	.074
Circunstâncias	.199*	.147*	.143*
Motivação	.110	.150*	.086
Preparação	-.055	-.036	-.055

Nota: $p < 0.05$, nível de significância; * $p < .05$; ** $p < .001$; r = magnitude do coeficiente de *Pearson*

CMR e Substâncias Primárias

Foi utilizado o teste *Anova* para comparar as diferenças entre o CMR e as substâncias primárias. A análise revelou que não existe uma diferença significativa ($p > .05$) nas médias do CMR entre as diferentes substâncias primárias.

CMR e os dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e situação laboral)

Foi utilizado o *Independent Samples T-test*, para estudar as diferenças na escala CMR em função do sexo e não foram encontradas diferenças significativas ($p > .05$) em nenhuma das dimensões.

Para analisar a relação entre o CMR e a idade, utilizou-se o teste de correlação de *Pearson*. Os resultados revelaram uma relação estatisticamente significativa negativa e muito fraca entre a motivação e a idade ($r = -.197, p = .004$). No entanto, nas demais subescalas do CMR e na escala total, não foram encontradas relações estatisticamente significativas.

Para analisar as diferenças entre o CMR em função do estado civil, foi realizado um teste *Anova*, a análise revelou que não existe uma diferença significativa ($p > .05$).

Recorreu-se ao teste *Anova* para comparar as diferenças entre o CMR e as habilitações literárias. Os participantes foram divididos em sete grupos: analfabeto ($n = 5$), primeira classe ($n = 34$), segunda classe ($n = 54$), terceira classe ($n = 47$), ensino secundário ($n = 53$), licenciatura ($n = 13$) e mestrado ($n = 2$). A análise revelou que não existe uma diferença significativa ($p > .05$) nas médias do CMR entre as dimensões das habilitações literárias.

Novamente, recorreu-se ao teste *Anova* para estudar as diferenças entre o CMR e a situação laboral. Os participantes foram divididos em três grupos: trabalhador ($n = 72$), desempregado ($n = 100$) e outro ($n = 36$). A análise revelou que não existem

diferenças significativa ($p > .05$) nas médias do CMR entre as dimensões da situação laboral.

Discussão

Considerando o foco na discussão dos resultados e na confrontação com as hipóteses, foram analisados e refletidos os dados obtidos em comparação com a revisão da literatura. Tendo em conta o principal objetivo deste estudo, que foi explorar a relação da preparação para o tratamento nas CT na psicopatologia e no consumo, e adaptar um instrumento que avalia as circunstâncias, motivação e preparação para a mudança.

Na análise dos resultados relativos à hipótese 1, foi proposto que a versão portuguesa do instrumento correspondesse à estrutura fatorial do instrumento original. Inicialmente, os resultados obtidos com a análise fatorial exploratória (AFE) confirmaram a adaptação dos dados, evidenciada pelos resultados do teste de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .84$) e do teste de Esfericidade de Bartlet ($\chi^2 = 1150.41$; $p < .001$), que indicaram que a matriz de correlações era apropriada para este tipo de análise (Marôco, 2021). A identificação de três fatores principais (motivação, circunstâncias e preparação) estava em conformidade com a estrutura fatorial original da escala CMRS (De Leon et al., 1994), sugerindo que a versão portuguesa da escala fosse capaz de deter de forma robusta as dimensões fundamentais para avaliar as perceções dos indivíduos sobre o tratamento. No entanto, durante a análise, o item 1 e 12 foram removidos, devido à sua carga fatorial inferior a .40, o que segue a prática recomendada em análises fatoriais, para melhorar a precisão da medida e minimizar o ruído nos dados, garantindo que os itens restantes estivessem mais alinhados com as dimensões propostas (Soyez et al., 2006).

Na análise fatorial confirmatória (AFC) demonstrou-se que, apesar de o modelo tridimensional identificado na AFE ser replicado, o ajustamento geral apresentou algumas objeções. O índice CFI de .84 e o RMSEA de .08 indicaram um ajuste abaixo do ideal, sugerindo que a estrutura fatorial geral foi mantida, mas que há áreas que podem ser melhoradas (Marôco, 2021). Estes valores refletem que, embora o modelo tenha uma estrutura subjacente sólida, ajustes adicionais, como a revisão de itens, com baixo desempenho, poderiam melhorar o ajuste geral. O valor do qui-quadrado ajustado pelo grau de liberdade ($\chi^2/df = 2.27$) vem reforçar possíveis áreas de refinamento do modelo (Marôco, 2021), para isso, foram testados os índices de modificação, relacionando os erros entre itens (item 13 e item 14), o que resultou numa melhoria do ajuste geral (CFI de .88 e o RMSEA de .07), mas ainda não suficientes para atingir um ajuste excelente (Marôco, 2021).

Com a remoção adicional dos dois itens (1 e 12), o modelo apresentou um ajuste significativamente melhor (CFI = .92, RMSEA = .06), indicando que a exclusão destes itens é benéfica para a adequação do modelo da amostra portuguesa. Estes resultados significam que, apesar de a estrutura fatorial original ter sido refinada, o ajuste, ainda, exigiu alterações para obter um modelo mais adequado.

Relacionando com outros estudos de validação da escala em vários países, como a Alemanha, Eslovênia e Irão (Soyez et al., 2006), os valores de consistência interna da versão portuguesa para as subescalas de motivação ($\alpha = .80$) e preparação ($\alpha = .81$) foram idênticas aos encontrados nestes estudos. Contudo, a consistência interna, da subescala de circunstâncias, foi baixa ($\alpha = .51$), sendo inferior aos valores observados noutros contextos, sugerindo que os participantes portugueses podem interpretar as circunstâncias de maneiras diferentes, o que pode refletir diferenças culturais nas

circunstâncias externas que influenciam a procura para o tratamento e também, uma possível necessidade de reformular alguns dos itens desta subescala.

A hipótese 2 sugeriu que houvesse uma relação significativa entre as dimensões do CMR e o SOCRATES 8D. Os resultados demonstraram a existência de relações positivas significativas, entre o CMR e as subescalas de reconhecimento do problema e ação, enquanto que a dimensão de ambivalência apresentou uma relação negativa.

Os resultados deste estudo, indicam uma relação positiva, entre o CMR e as subescalas do SOCRATES 8D, indo de acordo com estudos anteriores que revelam que a motivação e a preparação no processo de mudança de comportamento são fundamentais quando relacionadas ao uso de substâncias. Segundo De Leon et al. (1994), a escala CMR foi desenvolvida para captar diferentes aspetos que influenciam a preparação e o compromisso com o tratamento, com a motivação sendo um fator primordial. A relação entre a motivação e as dimensões de ação e reconhecimento do problema refletem a ideia de que indivíduos, mais motivados estão mais dispostos a reconhecer a necessidade de mudar e a agir de forma proativa, para lidar com o problema.

A literatura refere, também, que a ambivalência, embora seja uma característica comum em muitos consumidores, pode interferir no sucesso do tratamento. A relação negativa observada entre a ambivalência e a preparação, no atual estudo é sólida, uma vez que, indivíduos com uma maior ambivalência tendem a ter mais dificuldades em comprometerem-se, completamente, com o tratamento. A ambivalência é uma dimensão complexa, onde os indivíduos oscilam entre o desejo de mudar e a resistência à mudança, influenciando diretamente a preparação para o tratamento (Janeiro et al., 2016; Tisdale et al., 2023).

Concluindo, os resultados deste estudo comprovam a literatura existente, indicando que a motivação e a preparação estão positivamente relacionadas ao reconhecimento do problema e à ação, mas a ambivalência pode atuar como um impedimento para o compromisso com o tratamento.

Nos resultados obtidos na hipótese 3, previa-se encontrar relações negativas entre o CMR e a psicopatologia, ou seja, maiores níveis de psicopatologia estão associados a menores níveis de circunstâncias, motivação e preparação para o tratamento. No entanto, os resultados revelaram relações significativas positivas, entre a subescala de circunstâncias e os níveis de stress, ansiedade e depressão, bem como entre a motivação e os níveis de stress. Estes resultados, não foram corroborados, pela literatura, que geralmente associa os estados emocionais negativos a uma maior probabilidade de recaídas (Oveisi et al., 2020) . Neste sentido, o aumento dos níveis de stress, ansiedade e depressão pode levar os indivíduos a abandonar o tratamento (Fernández-Montalvo et al., 2008). Além disso, a literatura demonstra que os indivíduos com maiores níveis de stress, tendem a ter uma menor preparação para o tratamento e uma maior probabilidade de recaída (Tisdale et al., 2023).

A relação positiva entre a motivação e os níveis de stress pode ser explicada, pela dificuldade dos indivíduos em lidar com situações de elevado stress, pondo em causa a motivação para o tratamento. Apesar desta hipótese não ter sido comprovada, as circunstâncias e a motivação podem desempenhar um papel importante no processo de mudança e a ausência nas restantes relações, pode estar associada a determinadas características da amostra.

Na hipótese 4 era esperado encontrar diferenças significativas entre as dimensões do CMR e o consumo de substâncias primárias. No entanto, os resultados desta hipótese não foram provados, uma vez que, não foram encontradas diferenças

significativas nas médias do CMR entre os grupos de diferentes substâncias primárias consumidas.

Estes resultados, não vão de encontro à literatura, dado que, segundo De Leon et al. (2000), os consumidores de cocaína tendem a apresentar pontuações mais elevadas no CMR, contrariamente, consumidores de haxixe e álcool costumam ter pontuações mais baixas (Melnick et al., 2014). Além do mais, existem outros estudos que indicam que os consumidores de substâncias injetáveis e metanfetaminas, enfrentam maiores dificuldades de adesão e progressão no tratamento (Opsal et al., 2019).

A ausência de diferenças significativas nos resultados deste estudo, podem ser explicadas pelas características específicas da amostra ou até mesmo, pelo facto dos grupos de substâncias não apresentarem alterações, tão relevantes.

Relativamente à hipótese 5, esperava-se encontrar diferenças nas dimensões do CMR em função das variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e situação laboral. No entanto, os resultados não confirmaram esta hipótese na maioria das variáveis estudadas.

Não foram encontradas diferenças significativas entre as médias do CMR e as respetivas dimensões entre o sexo masculino e feminino. Este resultado é confirmado segundo a literatura, pois esta relata que variáveis como o sexo não apresenta relações consistentes com a motivação para a mudança (De Leon et al., 2000). Isto indica que a motivação para a mudança é influenciada por fatores intrapessoais e contextuais, não estando, diretamente, relacionada com o sexo do indivíduo. A ausência de diferenças significativas no sexo, reforça a ideia de que o processo de mudança pode depender mais de experiências individuais de consumo e do contexto social e não tanto das características sociodemográficas.

Em relação ao CMR e a idade, revelou-se uma relação significativa negativa entre a motivação e a idade. Apesar dos resultados obtidos, estes contrariam a literatura existente, uma vez que, a motivação para a mudança tende a aumentar com a idade, ou seja, à medida que a idade avança, os indivíduos tendem a aumentar a motivação para o tratamento, promovendo uma maior percepção das consequências do abuso de substâncias e a necessidade de tratamento (De Leon et al., 2000). Contudo, no presente estudo, esta relação foi negativa, o que pode indicar que outros fatores estão a interferir na motivação dos indivíduos. Uma possível causa pode ser a amostra, que apresenta como idade média os 44 anos. Quando um indivíduo consome, por um longo período, o consumo tende a tornar-se mais intenso e os padrões de uso mais marcados. Nesta fase, a idade do indivíduo tem menos influência sobre a motivação para o consumo. Isto deve-se ao comportamento de uso que já está profundamente enraizado, tornando-se um hábito consistente e que persiste, independentemente da idade.

Ao estudar as diferenças entre o CMR e o estado civil, os resultados indicaram que não existem diferenças significativas entre as dimensões do estado civil e o CMR. Sugerindo, assim que o estado civil não é um fator determinante para a motivação, preparação ou circunstâncias do tratamento. A literatura sobre o impacto do estado civil na preparação para a mudança é limitada. O presente estudo parece indicar que o estado civil, por si só, não exerce um efeito direto no processo de mudança, podendo ser explicado por outros fatores, como o contexto de comunidade terapêutica, o apoio social e o compromisso com o tratamento.

As diferenças entre o CMR e as habilitações literárias não foram significativas. Este resultado sugere que, em comunidades terapêuticas, o nível de educação pode ter menos influência sobre a preparação para o tratamento, pois o ambiente comunitário tende a fornecer uma estrutura de suporte, que iguala as diferenças sociais. A literatura

não é esclarecedora quanto ao papel da escolaridade na preparação para a mudança, mas neste estudo percebe-se que num contexto de comunidade terapêutica, o nível de habilitações literárias não é um elemento determinante.

Por fim, as diferenças entre o CMR e a situação laboral, não foram significativas entre os grupos. Este resultado, reforça a hipótese de que numa comunidade terapêutica, a situação laboral não afeta, significativamente, a motivação, preparação ou circunstâncias para a mudança. Muitas vezes, indivíduos em comunidades terapêuticas encontram-se afastados das atividades profissionais devido ao internamento prolongado, podendo neutralizar o impacto da situação laboral sobre os níveis de motivação e preparação para o tratamento.

Diante destes resultados, é notório que as variáveis sociodemográficas analisadas, não têm uma influência significativa sobre a motivação, preparação ou circunstâncias de tratamento nas comunidades terapêuticas, podendo as características da amostra como o ambiente das comunidades terapêuticas, os fatores internos e contextuais desempenhar um papel mais relevante do que estas variáveis sociodemográficas. Embora a literatura seja limitada sobre a relação entre o CMR e variáveis sociodemográficas como estado civil, habilitações literárias e situação laboral, Oyediran e colaboradores (2019) analisaram que indivíduos solteiros, desempregados e com baixos níveis de escolaridade apresentavam uma maior probabilidade de recaída, refletindo uma menor motivação para a mudança.

Conclusão

Este estudo teve como objetivo principal, explorar a relação entre a preparação para o tratamento nas comunidades terapêuticas, o consumo e a psicopatologia, bem como adaptar a escala CMR para o contexto português. Os resultados obtidos, aprovaram a estrutura fatorial da escala original, composta por três dimensões:

motivação, circunstâncias e preparação. Apesar da análise fatorial exploratória, confirmar a resposta da estrutura original do instrumento, a análise fatorial confirmatória revelou a necessidade de reformulação, para melhorar o ajustamento e a consistência interna, principalmente, na dimensão circunstâncias, por causa de itens que apresentaram cargas fatoriais baixas.

Conforme é indicado na literatura, a relação encontrada entre a motivação e as dimensões de ação e reconhecimento do problema reforçam a importância destes aspetos na preparação para a mudança. Porém, a relação negativa entre a dimensão ambivalência e a ausência de diferenças significativas, entre o consumo de substâncias e o estado civil demonstram a dificuldade do processo de mudança e a influência de fatores individuais e contextuais. Estes resultados indicam que variáveis como o tipo de substância primária, o apoio social e o contexto de internamento em comunidades terapêuticas, podem ser determinantes para a motivação e a preparação dos indivíduos para o tratamento.

Apesar dos resultados terem demonstrado um potencial promissor da versão portuguesa da escala CMR, a necessidade de ajustes adicionais demonstra que o processo de adaptação cultural, obriga um olhar mais atento sobre as características dos itens e as interpretações dos participantes. Especificamente, os baixos índices de consistência interna na dimensão circunstâncias, destacam a importância de explorar com mais profundidade, as diferenças culturais e as influências externas que afetam a procura pelo tratamento em Portugal.

Assim sendo, este estudo contribuiu para a validação de um instrumento adaptado para a população portuguesa, fornecendo uma base sólida para futuros estudos e intervenções direcionadas à motivação e preparação dos indivíduos em tratamento.

No entanto, o presente estudo não está livre de limitações. O tamanho da amostra e a sua representatividade podem ter influenciado os resultados, limitando a generalização dos mesmos. Além do mais, o contexto cultural em Portugal pode ter influenciado as percepções dos indivíduos, relativamente às circunstâncias para o tratamento, o que poderá explicar a sua baixa consistência interna. Outro aspeto a considerar é a utilização de um único método de recolha de dados, o autorreporte, podendo levar a alterações nos resultados, pelo facto de os indivíduos responderem de acordo com o que consideram socialmente mais aceitável, ou poderem interpretar de forma incorreta as questões.

Para estudos futuros, seria importante utilizar uma abordagem metodológica mais diversificada, incluindo a utilização de entrevistas semiestruturadas ou *focus groups* para uma melhor compreensão de como os participantes interpretam as dimensões de motivação, preparação e circunstâncias. Além disso, seria interessante explorar a validade preditiva do instrumento nos diferentes contextos clínicos e faixas etárias, assim como aplicar em diferentes grupos étnicos, de maneira a permitir uma análise mais abrangente da escala. Outro ponto que seria importante explorar em futuras investigações, seria o impacto dos fatores psicossociais e contextuais, como o apoio social e o suporte familiar, na preparação para o tratamento. Investigar como a gravidade do consumo e as experiências prévias de tratamento influenciam a motivação para a mudança, isto poderia fornecer maiores níveis de *insight* para o desenvolvimento de intervenções, mais personalizadas.

Concluindo, a adaptação da versão portuguesa da escala CMR revelou propriedades psicométricas favoráveis. Apesar disso, o estudo aponta para a importância de ajustamentos adicionais, para melhorar a fiabilidade da dimensão circunstâncias e a aplicação da escala, no contexto português. Na prática, esta investigação possibilita que

os profissionais nas comunidades terapêuticas possam utilizar a versão portuguesa da CMR para avaliar a preparação dos indivíduos e alinhar as suas intervenções de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

Este estudo destaca ainda, a importância de continuar a validar e a adaptar instrumentos para contextos culturais específicos, garantindo assim, que estes sejam capazes de compreender de forma precisa as perceções dos indivíduos em tratamento, e fornecer uma base sólida de intervenções, mais eficazes e adaptadas culturalmente.

Referências Bibliográficas

- Amani, M., Saemian, H., & Rezvan-Doust, H. (2019). Comparison of residential and therapeutic community centers in preventing substance abuse recurrence and reducing self-destructive behaviors of substance users. *Addiction and Health*, 11(1), 43–50. <https://doi.org/10.22122%2Fahj.v11i1.227>
- Beck, A. T., & Clarck, D. A. (2012). *Terapia cognitiva para os estados de ansiedade: ciência e prática*. Artmed..
- American Psychological Association (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7th ed.). APA
- Azar, B. (2022). El abordaje del consumo problemático de sustancias en comunidades terapéuticas religiosas: el caso de las fazendas. *De Prácticas y Discursos*, 11(17). <http://dx.doi.org/10.30972/dpd.11176026>
- Beltrán, N. J. (2017). Locus de control en consumidores de marihuana. Chimbote, 2015. [Dissertação de mestrado, Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Psicología]. Repositório aberto da Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. <https://hdl.handle.net/20.500.13032/93>
- Broekaert, E., Kooyman, M., & Ottenberg, D. J. (1998). The “new” drug-free therapeutic community: challenging encounter of classic and open therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(6), 595-597. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(97\)00310-3](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(97)00310-3)
- Bukten, A., Virtanen, S., Hesse, M., Chang, Z., Kvamme, T. L., Thylstrup, B., Tverborgvik, T., Skjærvø, I. & Stavseth, M. R. (2024). The prevalence and comorbidity of mental health and substance use disorders in Scandinavian prisons 2010–2019: a multi-national register study. *BMC Psychiatry*, 24(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05540-6>

- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882.
- De Leon, G. (2015). "The gold standard" and related considerations for a maturing science of substance abuse treatment. Therapeutic communities. A case in point. *Substance Use & Misuse*, 50(8-9), 1106-1109.
<http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2015.1012846>
- De Leon, G., & Jainchill, N. (1986). Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18(3), 203-208. <https://doi.org/10.1080/02791072.1986.10472348>
- De Leon, G., Melnick, G., & Hawke, J. (2000). The motivation-readiness factor in drug treatment: Implications for research and policy. In Levy, J.A., Stephens, R.C. & McBride, D.C. (Eds.). *Emergent Issues in the Field of Drug Abuse: Advances in Medical Sociology* (pp. 103-129). Emerald Group Publishing Limited.
[http://dx.doi.org/10.1016/S1057-6290\(00\)80006-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1057-6290(00)80006-6)
- De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D., & Jainchill, N. (1994). Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability (The CMRS Scales): Predicting retention in therapeutic community treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20(4), 495- 515. <http://dx.doi.org/10.3109/00952999409109186>
- De Leon, G., Perfas, F., Aloysious, J., & Bunt, G. (2015). Therapeutic Communities for Addictions: Essential Elements. *Cultural and Current Issues*, 63, 1030-1038.
[10.1007/978-88-470-5322-9_52](http://dx.doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9_52)
- De Leon, G., & Unterrainer, H. (2020). The therapeutic community: A unique social psychological approach to the treatment of addictions and related disorders.

Frontiers in Psychiatry, 11, 786–791.

<http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.00786>

- Elisabetsky, E. (2021). Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é. In A. P. Hermann, A. Piato & V. Moura (Eds), *Descomplicando a psicofarmacologia: Psicofármacos de uso clínico e recreacional* (pp. 13-14). Blucher.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2008). Evaluation of a therapeutic community treatment program: A long-term follow-up study in Spain. *Substance Use & Misuse*, 43(10), 1362-1377. <https://doi.org/10.1080/10826080801922231>
- Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Haviv, N., & Hasisi, B. (2019). Prison addiction program and the role of integrative treatment and program completion on recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63(15), 2741–2770. <http://dx.doi.org/10.1177/0306624X19871650>
- Janeiro, L., Faisca, L., & Miguel, M. (2016). Qualidades psicométricas da versão portuguesa da SOCRATES 8D numa amostra de heroinodependentes em tratamento. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 42(2), 177–191. https://psycnet.apa.org/doi/10.21865/RIDEP42_179
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)

- Madalena, T. S., & Sartes, L. M. A. (2018). Usuários de crack em tratamento em Comunidades Terapêuticas: Perfil e prevalência. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(1), 21-36.
- Marchetti, S. P., Badagnan, H. F., Dumaressq, L., Tófoli, L. F. F. D., & Worcman, N. D. C. (2024). Dificuldades no cuidado em saúde para as pessoas que fazem uso problemático de drogas: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(3). <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.17712022>
- Marôco, J. (2021). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software & Aplicações* (7.^a Ed.). ReportNumber.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 7^a edição*. ReportNumber, Lda.
- Miller, W.R., & Tonigan, J.S. (1996). Assessing Drinkers' Motivation for Change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>
- Moreira, D., Azeredo, A., & Dias, P. (2022). Instruments used for evaluation in substance use disorder: A systematic review. *Journal of Substance Use*, 1–10. <http://dx.doi.org/10.1080/14659891.2022.2082334>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2021). Informe Mundial sobre las Drogas 2021 de UNODC: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras la juventud subestima los peligros del cannabis. Organización de las Naciones Unidas.
- Opsal, A., Kristensen, Ø., & Clausen, T. (2019). Readiness to change among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use

disorders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 14, 1-10.

<https://doi.org/10.1186/s13011-019-0237-y>

Organización de los Estados Americanos (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas, 2019. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA).

Oveisi, S., Stein, L. A. R., Babaeepour, E., & Araban, M. (2020). The impact of motivational interviewing on relapse to substance use among women in Iran: a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, 20, 1-7. <http://doi/10.1186/s12888-020-02561-9>

Oyediran, O. O., Ajao, O. O., Oyelade, O. O., Ayandiran, E. O., Adediran, G. A., & Abokede, A. O. (2019). A Retrospective Study of Relapse among Mentally Ill Clients Receiving Care in Selected Teaching Hospitals in a South Western State, Nigeria. *Nigeria*, 1(2), 30-9. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3353822>

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239. <http://hdl.handle.net/10400.12/1058>

Pozo, E., Mariño, C., & Ramos, C. (2019). Efectos neuropsicológicos por el consumo de marihuana en adultos jóvenes. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 13(3), 21-28. <http://doi.org/10.7714/CNPS/13.3.201>

Ramirez-Castillo, D., Garcia-Roda, C., Guell, F., Fernandez-Montalvo, J., Bernacer, J., & Morón, I. (2019). Frustration tolerance and personality traits in patients with substance use disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1–12. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2019.00421>

- Ramos, S. (2019). The recovery-oriented therapeutic community for addictions (ROTC): A response to contemporary substance use disorder treatments in the Philippines. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 40(1), 25–41. <http://dx.doi.org/10.1108/TC-12-2017-0037>
- Ribeiro, J. Mira, E., Lourenço, I, Santos, M. & Braúna, M. (2019). Intervenção da Terapia Ocupacional na toxicod dependência: estudo de caso na Comunidade Terapêutica Clínica do Outeiro- Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 1584-1596. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82232018245.04452019>
- Ronzani, T. M., Pereira, T. S., Castro, J. B., & Dimenstein, M. (2023). Determinantes sociais e dependência de drogas: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 39. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e39407.pt>
- Sant’Anna, W., Mitsuhiro, S., Figlie, N., Diehl, A., Pillon, S., & Laranjeira, R. (2020). Relapse in involuntary substance treatment: A transversal study. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 49(4), 255–261. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2019.02.004>
- Selamoglu, A., Langley, C., Crean, R., Savulich, G., Cormack, F., Sahakian, B. J., & Mason, B. (2021). Neuropsychological performance in young adults with cannabis use disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 35(11), 1349-1355. [10.1177/02698811211050548](https://doi.org/10.1177/02698811211050548)
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2011). Linhas Orientadoras para o Tratamento e Reabilitação em Comunidades Terapêuticas Departamento de Tratamento e Reinserção. Retirado de <https://www.sicad.pt/BK/Intervencao/TratamentoMais/Documentos%20Partilha>

[dos/LinhasOrientadorasTratamentoReabilitacaoComunidadesTerapeuticas.pdf](#)

em 15 de maio de 2023.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2018).

Modelos, Respostas e Intervenções. Retirado de

<https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/TratamentoMais/SitePages/ModelosRespostas.aspx> em 15 de maio de 2023.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2022).

SINOPSE ESTATÍSTICA 2021– Substâncias Ilícitas, 2021. Retirado de

https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/Documents/2022/SinopseEstatistica21_substanciasIllicitas_PT.pdf em 7 de maio de 2023.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (s.d.)

Modelos, respostas e intervenções. Retirado de

<https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/TratamentoMais/SitePages/ModelosRespostas.aspx> em 10 de novembro de 2023.

Soyez, V., De Leon, G., Rosseel, Y., & Broekaert, E. (2006). Motivation and readiness for therapeutic community treatment: Psychometric evaluation of the Dutch translation of the Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability scales. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(4), 297–308.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2006.02.007>

Terán, A., Mayor, E. & García, L. (2017). Drogodependencias en el adolescente, actuación desde la consulta. *Pediatría Integral*, 21(5), 343-349.

Tisdale, C., Leung, J., de Andrade, D., & Hides, L. (2023). What Client Demographic, Substance Use, Mental Health, Treatment, and Psychological Variables Predict Residential Treatment Completion for Substance Use Disorders?. *International*

Journal of Mental Health and Addiction, 1-21. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-01002-w>

Tyler, N., Heffernan, R., & Fortune, C. A. (2020). Reorienting locus of control in individuals who have offended through strengths-based interventions: Personal agency and the good lives model. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1-12.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.553240>

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandavelde, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal*, 2013.

<http://doi.org/10.1155/2013/427817>

Velázquez, D., Friman, N., & González, M. (2017). Polémica actual a nivel internacional sobre la legalización de la marihuana. *Correo Científico Médico*, *21*(1), 269-272.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., & Tomasi, D. (2012). Addiction circuitry in the human brain. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, *52*(1), 321-336.

World Health Organization. European Health Report 2021. Retirado de

<file:///C:/Users/p%C3%A7/Downloads/9789289057608-eng.pdf> em 15 de maio de 2023.

ANEXOS

Anexo B – Consentimento Informado para Participação na Investigação

O meu nome é Matilde Mendes e sou aluna de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga, e no âmbito da dissertação de mestrado, estou a realizar, sob orientação do Professor Doutor Paulo Dias (pcdias@ucp.pt), uma investigação sobre o Efeito da preparação para o Tratamento das Comunidades Terapêuticas no Consumo e na Psicopatologia e validar o instrumento *Circumstances, Motivation and Readiness Scales* (CMRS), sendo o objetivo primordial deste estudo.

Solicito, deste modo, a sua participação na referida investigação, que consistirá em responder a um questionário para recolha de dados sociodemográficos e a mais três questionários. A duração da administração das medidas está sujeita ao tempo que o participante levar a concluir todo o procedimento e o investigador terá a função de ajudar no preenchimento dos questionários para esclarecer eventuais dúvidas.

Não há benefícios conhecidos para os participantes neste estudo, para além da aquisição de conhecimentos para pesquisas e ideias futuras, e também não existe qualquer tipo de risco.

A participação é voluntária. Se decidir, por algum motivo, não participar, não sofrerá qualquer consequência, caso consinta em participar, poderá ainda desistir em qualquer momento do estudo. Não serão recolhidos dados de identificação e todos os resultados recolhidos serão tratados de forma confidencial e anónima.

Estou disponível para prestar os esclarecimentos adicionais que julgue necessários, através do contacto indicado matildemendes@sapo.pt.

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Desta forma, aceito participar neste estudo de forma voluntária.

Anexo C – Questionário Sociodemográfico

No âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde propus-me a realizar um estudo para explorar o efeito da preparação para o tratamento das CT no consumo e na psicopatologia e validar o instrumento *Circumstances, Motivation and Readiness Scales* (CMR), de De Leon e colaboradores (1994). Para isso, solicito a sua colaboração com o intuito de adquirir um maior conhecimento sobre o tema. Trata-se de um estudo confidencial, no qual o seu contributo é de extrema importância, não existindo respostas certas ou erradas, pelo que solicito que responda com máxima sinceridade às perguntas. Agradeço a sua colaboração.

1. Sexo

Masculino

Feminino

2. Idade _____ anos

3. Nacionalidade _____

4. Estado Civil

Solteiro(a)

Divorciado(a)

Casado(a)/ União de facto

Viúvo(a)

5. Habilitações Literárias

Analfabeto (a)

Ensino Secundário (12º ano)

Primeiro Ciclo (4º classe)

Licenciatura

Segundo Ciclo (6º classe)

Mestrado

Terceiro Ciclo (9º classe)

Doutoramento

6. Situação Laboral atual?

Estudante

Trabalhador

Desempregado

Outro _____

7. Idade de consumo? _____ anos

8. Como iniciou o interesse pelo consumo?

Amigos

Media

Familiares

Outro _____

9. Motivo que o levou ao consumo?

Curiosidade

Refúgio

Pressão Social

Outro _____

10. Frequência de consumo?

Diariamente

Semanalmente

Mensalmente

11. Atualmente, encontra-se em processo de reabilitação?

Sim

Não

12. Se sim, onde se encontra institucionalizado? _____

13. Considera que o consumo de substâncias causou alterações nas suas competências cognitivas? (e.g., memória, atenção, percepção)

Sim

Não

14. Se sim, qual(ais) competência(a) considera estarem mais afetadas?

Anexo D – Circunstâncias, motivação e preparação

Escala para tratamento de abuso de substâncias

Gênero do utente: ____

1= Masculino; 2= Feminino

Etnia do utente: ____

1= Africano; 2= Hispânico; 3= Caucasiano; 4= Outra

Idade do utente: ____

Substância primária: ____ / ____

1= Cocaína; 2= Crack; 3= Opiáceos; 4= Haxixe/Marijuana; 5= Álcool; 6=Policonsumo;

8= Outra

Modelo de tratamento: ____ / ____

1= Ambulatório; 2= Tratamento diário; 3= Manutenção de Metadona; 4= Residência de

curta duração; 5= Residência de longa duração; 6= Sem tratamento atual; 7= Apenas

desintoxicação; 8= Desintoxicação para entrada em tratamento; 9= Internamento

hospitalar; 10= “Centro de Referência”; 11= Outro

Data de administração: ____ / ____ / ____

O que sente pode ter um forte efeito no seu tratamento. Estes sentimentos incluem as suas circunstâncias, os problemas da sua vida, os seus sentimentos em relação a si próprio, e os seus sentimentos em relação ao seu tratamento. De forma atenta, considere cada uma das questões abaixo e indique de que forma descrevem os seus próprios pensamentos e sentimentos.

Assinale com um círculo o número que melhor descreve a sua resposta.

1	2	3	4	5	9
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica

Circunstâncias

1. Eu tenho a certeza que eu iria para a cadeia se não entrasse num tratamento.	1 ---2 --- 3 ---4 --- 5 ---9
2. Eu tenho a certeza que eu viria para o tratamento mesmo sem os meus problemas legais.	1 ---2 --- 3 ---4 --- 5 ---9
3. Eu tenho a certeza que a minha família não me deixava viver em casa se eu não viesse para o tratamento.	1 ---2 --- 3 ---4 --- 5 ---9
4. Eu acredito que a minha família/relação amorosa irá tentar fazer com que eu saia do tratamento daqui a uns meses.	1 ---2 --- 3 ---4 --- 5 ---9
5. Eu estou preocupado que vá ter sérios problemas de dinheiro se continuar no tratamento.	1 ---2 --- 3 ---4 --- 5 ---9
6. Basicamente, eu sinto que tenho demasiados problemas lá fora que me vão impedir de completar o tratamento (Pais, cônjuge, filhos, perda de emprego, problemas de família, perda de casa/sítio para viver, etc.).	1 ---2 --- 3 ---4 --- 5 ---9

Motivação

7. Basicamente, eu sinto que o meu consumo de substâncias é um grande problema na minha vida.	1 ---2 ---3 ---4 ---5 ---9
8. Muitas vezes não gosto de mim por causa do problema que tenho com os consumos.	1 ---2 ---3 ---4 ---5 ---9
9. Ultimamente, eu sinto que se eu não mudar, a minha vida vai ficar cada vez pior.	1 ---2 ---3 ---4 ---5 ---9
10. Eu sinto-me mesmo mal por causa do meu consumo de substâncias e a maneira como eu tenho vivido tem magoado muitas pessoas que me rodeiam.	1 ---2 ---3 ---4 ---5 ---9
11. A coisa mais importante para mim é deixar o consumo de substâncias.	1 ---2 ---3 ---4 ---5 ---9

Preparação

12. Eu não acredito muito que tenha de estar em tratamento para deixar os meus consumos, eu consigo parar quando eu quiser.	1 ---2 ---3 ---4 ---5 ---9
13. Eu vim para este programa porque me sinto preparado para lidar comigo mesmo em tratamento.	1 ---2 ---3 ---4 ---5 ---9
14. Eu vou fazer o que for preciso para endireitar a minha vida.	1 ---2 ---3 ---4 ---5 ---9
15. Basicamente, eu não vejo outra escolha para pedir ajudar neste momento sem ser este tratamento.	1 ---2 ---3 ---4 ---5 ---9
16. Eu não penso que posso parar o consumo de substâncias só com a ajudar dos meus amigos, família ou religião. Eu preciso de algum tipo de tratamento.	1 ---2 ---3 ---4 ---5 ---9
17. Eu estou mesmo cansado de usar substâncias e quero mudar, mas sei que não consigo mudar sozinho.	1 ---2 ---3 ---4 ---5 ---9
18. Eu estou disposto a entrar no tratamento assim que possível.	1 ---2 ---3 ---4 ---5 ---9

Anexo F – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0 – Não se aplicou nada a mim

1 – Aplicou-se a mim algumas vezes

2 – Aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1.	Tive dificuldade em me acalmar	0	1	2	3
2.	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3.	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4.	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5.	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6.	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7.	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8.	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9.	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10.	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11.	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12.	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13.	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14.	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15.	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16.	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17.	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18.	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19.	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20.	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21.	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Obrigada pela colaboração

Anexo G – E-mail enviado às Comunidades Terapêuticas

Assunto: Pedido de Ajuda na Recolha de Dados para a Dissertação de Mestrado

Bom dia Exmo (a),

Espero que se encontre bem.

O meu nome é Matilde Mendes, sou estudante do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Católica de Braga. Estou a realizar um estudo para a minha dissertação de mestrado, que se foca no “Efeito da preparação para o Tratamento das Comunidades Terapêuticas no Consumo e Psicopatologia. Contributos da adaptação do Instrumento *Circumstances, Motivation and Readiness Scales* (CMRS)”. Este estudo visa contribuir para uma compreensão mais aprofundada do impacto da preparação para o tratamento nas Comunidades Terapêuticas e, consequentemente, melhorar o atendimento a pessoas com perturbações no uso de substâncias.

O principal objetivo da minha pesquisa é explorar o efeito da preparação para o tratamento em Comunidades Terapêuticas no consumo de substâncias e na psicopatologia.

A sua participação é fundamental para o estudo, uma vez que, existem poucos estudos nesta área e a sua contribuição pode ajudar, e assim melhorar a eficácia das Comunidades Terapêuticas no tratamento das pessoas com perturbações do uso de substâncias.

A participação é totalmente voluntária e anónima. Todos os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial, garantindo a sua privacidade.

A sua contribuição será importante para o avanço do conhecimento nesta área.

Se estiver interessado em participar no estudo ou tiver alguma dúvida, pode contactar-me.

Envio anexo e o link do questionário:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScy90YFJHDfYbWupjLLXmQXawv-A_ucfoyO0WfMlfezRTcqzw/viewform

Agradeço a sua colaboração e apoio neste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Matilde Mendes

Anexo H – Caracterização da amostra (Instituições que foram recolhidos os dados)

Tabela 1

Continuação da caracterização da amostra

Instituição		
Associação Minha Casa	2	1.0%
Associação Viagem de Volta	20	9.6%
Beco com Saída	19	9.1%
Casa da Barragem	14	6.7%
Casa do Farol	7	3.4%
Clínica Horizonte	3	1.4%
Comunidade Terapêutica Sol Nascente	1	0.5%
Comunidade Terapêutica Vida e Paz	10	4.8%
Comunidade Terapêutica Ares do Pinhal	13	6.3%
Desafio Jovem	2	1.0%
Projeto Homem – Braga	74	35.6%
Projeto Homem – Abrantes	5	2.4%
Sempre a Crescer	31	14.9%
Viver Mais	7	3.4%