



**Carlota Sofia
Andrade Nóbrega**

**Adaptação portuguesa do *Thought Control
Questionnaire Insomnia-Revised (TCQI-R)***



Universidade de Aveiro Departamento de Educação e Psicologia
2019

**Carlota Sofia
Andrade Nóbrega**

**Adaptação portuguesa do *Thought Control
Questionnaire Insomnia-Revised (TCQI-R)***

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica do Doutor Daniel Ruivo Marques, Professor Auxiliar Convidado, do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho aos meus pais e irmãs, pelo apoio incondicional.

o júri

Presidente

Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva
Professor Catedrático, Universidade de Aveiro

Professora Doutora Ana Cardoso Allen Gomes
Professora Associada, Universidade de Coimbra- na Faculdade de Psicologia e Ciências da
Educação da Universidade de Coimbra

Professor Doutor Daniel Ruivo Marques
Professor Auxiliar Convidado, Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço ao Professor Daniel Ruivo Marques por todo o apoio e incentivo que me deu ao longo do desenvolvimento da dissertação. À professora Allison Harvey, por ter autorizado a tradução e adaptação do instrumento. À Professora Doutora Maria Helena Azevedo e à Professora Doutora Ana Allen Gomes, muito obrigada pela ajuda imprescindível na tradução do instrumento. À Sofia Ferreira, muito obrigada pela colaboração na retroversão do instrumento.

Agradeço também a todos os participantes pela sua colaboração.

Aos meus pais, em especial à minha mãe, por todo o apoio, por ter me incentivado sempre a ser melhor pessoa e a continuar, independentemente das dificuldades e dos obstáculos, por me ter dado força, ânimo e coragem para ir sempre atrás dos meus sonhos. Palavras nenhuma serão suficientes para agradecer tudo o que já fizeram por mim!

Às minhas irmãs, que muitas vezes me tiram o juízo, mas que sem o apoio delas seria muito difícil continuar. São os seres mais importantes da minha vida. Amo-vos mais que tudo, muito obrigada por serem vocês e por estarem sempre presentes!

À minha família, por todo o apoio, por todas as palavras de força e ânimo, por toda a disponibilidade, por todo o carinho, por tudo. Muito obrigada por serem os melhores!

Às minhas meninas, Tatiana, Joana e Jéssica, não tenho palavras que consigam exprimir o quanto vos agradeço a nossa amizade. Obrigada por estarem sempre aqui, obrigada por serem vocês, por sermos nós. Vocês são os meus pilares e sem vocês seria tudo muito mais complicado!

A ti, Manuel, que me apoias, estás sempre presente, acreditas em mim, e, principalmente, por nunca me deixares desistir! O teu apoio é fundamental e não poderia estar mais agradecida por estares aqui! Muito obrigada, és o maior!

Às amigadas que criei em Aveiro e que levo para a vida, agradeço todo o apoio nas alturas em que as saudades falaram mais alto, quando se tornava difícil de suportar e quando a ansiedade tomava conta de mim. Fátima, Cátia, Luísa, Dora, João e Maria, muito obrigada!

Aos meus colegas e professores da Universidade da Madeira e da Universidade de Aveiro, agradeço o companheirismo, a amizade, e a transmissão de conhecimentos ao longo deste percurso.

palavras-chave

insónia, pensamentos intrusivos, controlo de pensamentos, TCQI-R, análise psicométrica.

resumo

Os pensamentos intrusivos são reportados, frequentemente, por indivíduos com queixas de insónia. Deste modo, as estratégias para lidar com esta ativação cognitiva constituem um tópico fundamental a abordar. O presente estudo tem como objetivo a tradução e adaptação para a população portuguesa do *Thought Control Questionnaire Insomnia-Revised (TCQI-R)*, de Ree, Harvey, Blake, Tang e Shawe-Taylor (2005). São também apresentados os primeiros dados psicométricos de fidelidade e validade. O Questionário de Controlo de Pensamentos na Insónia-Revisto (QCPI-R) é um instrumento de autorrelato, utilizado para compreender as estratégias utilizadas pelos indivíduos para controlar os pensamentos durante os episódios de insónia. A versão original é composta por 35 itens, com um escala de resposta de *Quase Nunca* (1), *Às Vezes* (2), *Muitas Vezes* (3) e *Quase Sempre* (4). Este questionário inclui ainda uma pergunta inicial, que questiona a frequência com que o pensar demasiado impede o indivíduo de adormecer, sendo a resposta dada numa escala de *Likert*, de 1 a 10. Neste estudo, recrutou-se uma amostra de 802 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos, sendo 163 do sexo masculino e 639 do sexo feminino (80%). A análise de componentes principais sugeriu a retenção de cinco componentes: reavaliação, distração cognitiva, supressão agressiva, preocupação e distração comportamental. Tanto a escala no geral ($\alpha=0.91$), como os componentes encontrados, apresentaram uma boa consistência interna (α de Cronbach entre 0.74 e 0.84). A versão portuguesa final do questionário é constituída por 33 itens. Através das análises realizadas, foi possível concluir que este instrumento apresenta uma boa capacidade discriminatória entre indivíduos com e sem “insónia”. Verificou-se ainda que o recurso a estratégias de preocupação e supressão agressiva se encontravam associadas a maior gravidade da insónia, ansiedade, depressão e catastrofização de pensamentos, ao passo que o recurso a estratégias de distração cognitiva se encontrava associado a menor gravidade da insónia, ansiedade, depressão e catastrofização de pensamentos. Os resultados deste estudo foram ao encontro da literatura encontrada e de estudos realizados anteriormente com o TCQI-R. Dado que os pensamentos intrusivos constituem um importante fator de manutenção da insónia, o QCPI-R parece ser um instrumento útil para a avaliação de estratégias de controlo de pensamentos intrusivos.

keywords

insomnia, intrusive thoughts, thought control, TCQI-R, psychometric analysis.

abstract

Intrusive thoughts are often reported by individuals with insomnia complaints. In this sense, strategies to deal with cognitive activation are a key topic to be addressed. This study aimed to translate and adapt the Thought Control Questionnaire Insomnia-Revised (TCQI-R) by Ree, Harvey, Blake, Tang and Shawe-Taylor (2005) for the Portuguese population. The first psychometric data on reliability and validity are also presented. The TCQI-R is a self-reporting instrument used to understand the strategies used by individuals to control their thoughts during insomnia episodes. The original version comprises 35 items with a response scale of Almost Never (1), Sometimes (2), Often (3), and Almost Always (4). This measure also includes an initial question pertaining to how often thinking too much prevents the individual from falling asleep, being the response given on a Likert scale, from 1 to 10. In the current study, a sample of 802 participants was recruited, aged between 18 and 66 years, of whom 163 were male and 639 females (80%). The principal component analysis found five components: reappraisal, cognitive distraction, aggressive suppression, worry and behavioral distraction. Both the general questionnaire ($\alpha=0.91$) and the components showed good internal consistency (Cronbach's α between 0.74 and 0.84). The final Portuguese version of the TCQI-R consists of 33 items. Through the analyses carried out, it was possible to conclude that the instrument has a good discriminatory capacity between individuals with and without "insomnia". We also found that the use of worry and aggressive suppression strategies was associated with greater insomnia severity, anxiety, depression and thought catastrophizing, whereas the use of cognitive distraction strategy was associated with lower severity of insomnia, anxiety, depression and thought catastrophizing. The results of our study are in line with the published literature on the TCQI-R. Given that intrusive thoughts are a crucial perpetuating factor in insomnia, the TCQI-R seems to be a useful tool for the assessment of control intrusive thoughts' strategies.

Índice

Introdução.....	1
Metodologia.....	6
Participantes	6
Instrumentos	6
Ficha de dados sociodemográficos e clínicos	6
Questionário de Controlo do Pensamento na Insónia – Revisto (QCPI-R).....	7
Escala de Catastrofização da Insónia (ECI).....	7
Índice de Gravidade da Insónia (ISI)	7
Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).....	8
Procedimentos	8
Análise de dados.....	9
Resultados.....	10
Discussão.....	20
Referências	25
Anexos.....	29

Índice de Tabelas

Tabela 1. Saturação dos itens do QCPI-R nos componentes

Tabela 2. Correlações de Pearson entre os componentes e as outras medidas utilizadas

Tabela 3. Correlação entre os itens da ISI e os resultados totais dos componentes

Tabela 4. Comparação das médias dos resultados totais dos componentes entre grupos

Tabela 5. Correlação item-total e Alfa de Cronbach se o item for excluído

Tabela 6. Correlações entre os componentes, a primeira questão do QCPI-R e o total QCPI-R

Tabela 7. Regressões múltiplas entre os componentes e a ISI, a HADS-A e a HADS-D

Introdução

O sono constitui uma parte fundamental da vida, sendo que um padrão de sono saudável é fulcral tanto para a saúde, como para o bem-estar dos indivíduos. Contudo, nem todas as pessoas conseguem manter um bom padrão de sono, resultando no desenvolvimento de várias patologias e implicando vários riscos na saúde dos indivíduos (Murawski, Wade, Plotnikoff, Lubans, & Duncan, 2018). Um sono considerado pobre ou insuficiente está relacionado com diversos problemas em vários sistemas do corpo humano, bem como com o surgimento de perturbações neurológicas. As queixas apresentadas pelos indivíduos podem incluir não só a falta de sono, como também o excesso de sono (sonolência excessiva), ou ainda perturbações do movimento durante o sono. Qualquer que seja a queixa, implica consequências graves na qualidade de vida, resultando em défices na funcionalidade dos indivíduos, surgindo assim a necessidade de tratamento (Pavlova & Latreille, 2019).

A insónia é uma das perturbações mais comuns do sono, com uma prevalência estimada em cerca de 10% (Riemann et al., 2017). É considerada um problema de saúde pública, tendo em conta os custos que envolve e o impacto significativo que tem na vida dos indivíduos (Buysse & Harvey, 2017; Straten et al., 2018). Caracteriza-se pela dificuldade em adormecer e/ou manter o sono em três ou mais noites numa semana durante, pelo menos, três meses e pelo comprometimento significativo existente no funcionamento do dia-a-dia (e.g., cansaço, variações no humor e desempenho cognitivo reduzido) (AASM, 2014; APA, 2013; Pollack, Thorphy, & Yager, 2010). Normalmente associada a diversos fatores (e.g., ter uma idade mais avançada, ser do sexo feminino e pertencer a um estatuto socioeconómico baixo), a insónia é uma perturbação multideterminada, que representa um enorme risco na saúde, pois pode ser um fator de risco para outras perturbações médicas, psicológicas e psiquiátricas (Lichstein, Taylor, McCrae, & Petrov, 2017; Morin, Davidson, & Beaulieu-Bonneau, 2017).

Dadas as consequências associadas à insónia, alguns pacientes tendem a procurar tratamento devido, principalmente, às implicações diurnas, como a fadiga, dificuldades de concentração, entre outros (Palagini, Ong, & Riemann, 2017; Straten et al., 2018). O tratamento pode ser psicológico (não-farmacológico), farmacológico ou uma combinação de ambos. As estratégias cognitivo-comportamentais, mais habitualmente designadas como

terapia cognitivo-comportamental para a insônia (TCC-I), constituem o tratamento “*standard*” ou de primeira linha, quer na insônia a curto-prazo, quer na insônia crônica (Morin et al., 2017). Quanto ao tratamento farmacológico, o mais recorrente é o uso de benzodiazepinas, sendo também comum a utilização de hipnóticos, antidepressivos, anti-histamínicos, entre outros (Pavlova & Latreille, 2019).

A insônia tem sido estudada ao longo dos anos e são vários os modelos que existem no sentido de a explicar. As primeiras perspectivas teóricas atribuíam a insônia a uma hiperativação fisiológica ou do sistema nervoso central, que afetava diretamente o sono, enquanto outras defendiam que seria apenas um sintoma (epifenómeno) e não era, por si só, suficiente para constituir uma perturbação (Marques, Gomes, Clemente, Santos, & Castelo-Branco, 2015). Mais recentemente, foram desenvolvidos vários modelos explicativos da insônia. Entre eles, destacam-se o modelo de controlo de estímulos de Bootzin, modelo neurocognitivo de Perlis e colaboradores, modelo dos dois fatores de Bonnet e Arand, modelo de processo sono interferência-interpretação de Lundh e Broman, modelo de inibição psicobiológica de Espie e modelo neurobiológico de Buysse e colaboradores (Perlis, Ellis, Kloss, & Riemann, 2017).

Como supramencionado, têm sido feitos esforços para explicar a etiologia da insônia e diversos modelos compreensivos têm surgido (Marques et al., 2015; Perlis et al., 2017). Um dos modelos mais utilizados na explicação da insônia é o de Spielman. Conhecido como o modelo dos 3 P’s, este modelo explica que a insônia surge e é mantida através de três fatores: predisponentes, precipitantes e de manutenção (ou perpetuadores). Os fatores predisponentes incluem a predisposição genética (e.g., a hiperativação), variáveis psicológicas (e.g., preocupação excessiva) e sociais (e.g., pressão para dormir de acordo com um padrão definido por normas sociais). São considerados fatores precipitantes aqueles que fazem desencadear a insônia, como por exemplo, preocupações com o trabalho ou situações stressantes da vida (e.g., doenças súbitas no próprio ou em familiares). No que concerne aos fatores de manutenção, são comportamentos levados a cabo pelos indivíduos com o intuito de lidar com a insônia, mas que acabam por perpetuá-la, como por exemplo, permanecer acordado na cama durante demasiado tempo. Este modelo revelou ser útil na medida em que, as estratégias terapêuticas dele derivadas, são eficazes na intervenção terapêutica da insônia (Marques et al., 2015; Perlis et al., 2017). O modelo microanalítico de Morin (Marques et al., 2015; Perlis et al., 2017) propõe que

existem quatro fatores que contribuem para que a insónia se mantenha ao longo dos anos. Estes fatores são a ativação (i.e., cognitiva, fisiológica e emocional), as cognições disfuncionais (i.e., ruminação, expectativas relativamente ao sono que não são realistas e preocupações), os comportamentos mal adaptativos (e.g., sestas, passar demasiado tempo na cama, horários de sono disfuncionais, ...) e as consequências (i.e., resultados negativos da insónia a nível psicossocial). Uma das mais-valias deste modelo é que chamou a atenção para o papel de crenças disfuncionais sobre o sono e os seus efeitos na perpetuação da insónia (Harvey, Tang, & Browning, 2005; Marques et al. 2015; Perlis et al., 2017). Outro modelo relevante é o modelo cognitivo de Harvey. Este modelo foca os processos cognitivos responsáveis pela manutenção da insónia, sendo eles: a preocupação, a atenção seletiva e monitorização, a perceção distorcida do sono e défices diários, as crenças disfuncionais e os comportamentos de segurança mal adaptativos. A preocupação leva a uma hiperativação fisiológica e distresse e, a junção destes fatores, induz um estado de ansiedade que dificulta o processo de adormecimento. A atenção seletiva e a monitorização são automáticas, inconscientes e derivam do estado de ansiedade, fazendo com que os indivíduos estejam mais atentos aos estímulos que possam constituir ameaças, dificultando, conseqüentemente, o processo de adormecimento. Como a ativação fisiológica desencadeia diversas sensações no corpo, com o estado de monitorização constante, estas serão percecionadas erradamente e aumentarão a preocupação. É de referir que a perceção errónea ou distorção da realidade define-se como a tendência que os indivíduos têm para sobrestimar a latência do sono e subestimar o tempo total de sono. As crenças disfuncionais, são aquelas que suportam a preocupação, ou seja, são as crenças que o indivíduo tem acerca do sono e que, quando não são confirmadas, precipitam a preocupação no indivíduo (e.g., se o indivíduo acredita que tem de adormecer a uma determinada hora, quando não consegue, fica preocupado). Os comportamentos de segurança são aqueles que os indivíduos levam a cabo para tentar adormecer, sendo disfuncionais dado que impedem que os doentes desconfirmem as suas crenças, reforçando, deste modo, a sua rigidez. Alguns dos pontos fortes deste modelo passam pelo foco nas consequências do dia-a-dia, a identificação dos mecanismos específicos que surgem como fatores de manutenção e a determinação da cognição como sendo um fator etiológico da insónia (Harvey, 2005a; Hiller, Johnston, Dohnt, Lovato, & Gradisar, 2015; Marques et al., 2015; Perlis et al., 2017).

Assim, tendo por base os modelos descritos, é de considerar que a atividade cognitiva excessiva constitui um impedimento ao processo de adormecimento. É frequente indivíduos com insónia relatarem a presença de pensamentos intrusivos, que se podem manifestar através de frases e/ou imagens e de preocupações quando estão a tentar adormecer, sendo difícil afastar ou lidar com esses pensamentos/atividade cognitiva (Harvey, 2005b). Esta ativação cognitiva antes de adormecer pode estar associada a um problema recente ou com o facto de não se estar a conseguir dormir, sendo que a estratégia escolhida para lidar com estes pensamentos tanto pode aumentar como diminuir a ativação cognitiva. Uma das estratégias comumente utilizada é o controlo de pensamento (*thought control*) que, dadas as suas múltiplas facetas, tanto pode ajudar a manter como também a afastar os pensamentos intrusivos (Harvey, 2001, 2003; Harvey & Payne, 2002; Schmidt, Harvey, & Van der Linden, 2011; Schmidt, Gay, Ghisletta, & Van der Linden, 2010).

Para Wegner (1994) a técnica de controlo de pensamento é desadequada e, através da sua teoria sobre os processos irónicos de controlo de pensamentos, explica que isso acontece devido a dois processos: a monitorização e os processos operacionais. Segundo o autor, esta técnica inclui um processo operacional, responsável por mudar a atenção do pensamento indesejado para um outro pensamento e a monitorização, que procura falhas nesse processo de tentativa de mudar de pensamento. Tendo em conta que a monitorização é mais fácil de concretizar do que o processo operacional, tem o efeito irónico de direcionar a atenção para os pensamentos que estão a ser evitados.

Como os pensamentos intrusivos estão presentes em diversas perturbações psicológicas, Wells e Davies (1994) desenvolveram o *Thought Control Questionnaire* (TCQ), composto por 30 itens, com o objetivo de avaliar a frequência com que os indivíduos utilizavam determinadas estratégias para controlar os pensamentos intrusivos. Este instrumento permitiu encontrar cinco dimensões do controlo de pensamentos: distração, castigo, controlo social, reavaliação e preocupação. Vários estudos que utilizaram o TCQ revelaram que algumas estratégias estão relacionadas com diversas psicopatologias, por exemplo, as estratégias de castigo e preocupação foram associadas com sintomatologia mais acentuada em diversas perturbações psicológicas (e.g., perturbação obsessiva-compulsiva, perturbação de stresse pós-traumático, depressão, entre outros) e a estratégia de controlo social revelou ser uma estratégia adaptativa que ajuda na diminuição do distresse psicológico (Ree, Harvey, Blake, Tang, & Shawe-Taylor, 2005).

Partindo da ideia de que os pensamentos intrusivos são muito comuns em indivíduos com insónia e que a dificuldade em controlá-los está envolvida na manutenção da perturbação, Harvey (2001) adaptou o TCQ e desenvolveu o *Thought Control Questionnaire-Insomnia* (TCQI), de forma a poder ser aplicado em pacientes com insónia, e com o objetivo de avaliar as estratégias que os pacientes utilizam para controlar os seus pensamentos. As diferenças são encontradas (i) nas instruções - no TCQI é pedido que seja indicada a frequência com que se utilizam as estratégias quando os pensamentos perturbam o processo de adormecimento dos indivíduos; (ii) no número de itens - o TCQI contém 13 itens adicionais relacionados com a insónia; (iii) nas escalas - em vez da escala de distração encontrada na versão original, no TCQI, existe uma escala de supressão e uma de substituição; (iv) e, por fim, na questão inicial - o TCQI tem uma questão inicial onde é pedido que os indivíduos indiquem a frequência com que os pensamentos dificultam o processo de adormecimento. Com o objetivo de avaliar e melhorar as propriedades psicométricas, Ree et al. (2005) desenvolveram o *Thought Control Questionnaire Insomnia-Revised* (TCQI-R). Nesta versão, foram eliminados alguns itens, nomeadamente aqueles que não estavam relacionados com a insónia; os que não foram selecionados pelos participantes pelo menos uma vez em todas as opções de resposta disponíveis; os que obtiveram um nível alto de correlação, por serem vistos como redundantes; e os que não se relacionavam com nenhum fator, ficando a versão final com 35 itens. O TCQI-R mostrou consistência interna e estrutura fatorial adequadas e uma boa capacidade discriminatória entre indivíduos “com insónia” e indivíduos “sem insónia”. Com as análises realizadas, foram encontrados seis fatores: supressão agressiva, distração cognitiva, reavaliação, evitamento social, distração comportamental e preocupação (Gellis & Park, 2013; Harvey, 2001; Kallestad, Hansen, Langsrud, Hjemdal, & Stiles, 2010; Ree et al., 2005).

Ao longo das últimas décadas, no âmbito da avaliação psicológica, têm sido desenvolvidos vários instrumentos. Contudo, em Portugal, existem ainda poucos instrumentos devidamente aferidos e/ou validados (Almeida, Araújo, & Diniz, 2013). Um dos campos onde a escassez de instrumentos adaptados e validados para a população portuguesa é sentida, é no estudo do comportamento do sono. Como anteriormente referido, o controlo de pensamentos intrusivos é um dos fatores de manutenção da insónia, tornando-se assim um ponto fundamental a avaliar e a abordar na intervenção psicológica, com vista a compreender que estratégias são mais utilizadas pelos indivíduos.

Assim, o objetivo principal deste estudo visa a adaptação e validação do TCQI-R para a população portuguesa, apresentando os primeiros dados psicométricos de fidelidade (consistência interna) e validade (construto, convergente e de critério) numa amostra da comunidade.

Metodologia

Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por 802 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos ($M=30,17$; $DP=12,84$), sendo 163 do sexo masculino e 639 do sexo feminino (80%). Desta amostra, 555 participantes eram solteiros (69,2%), 204 casados (25,4%), 40 divorciados (5%) e 3 viúvos. Foi incluída uma pergunta de autorrelato, na qual os participantes foram inquiridos se consideravam que sofriam de insónias, tendo 281 respondido que “sim” e 521 respondido que “não” (65%). Quanto ao número de anos de escolaridade concluídos, em média, os participantes tinham aproximadamente 15 anos de escolaridade concluídos ($DP=3,23$). Este estudo teve como critérios de inclusão ter idade superior a 18 anos e ser de nacionalidade portuguesa.

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos

De modo a caracterizar a amostra, foi elaborada uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos para o propósito do presente estudo. Os participantes foram questionados sobre a sua idade, sexo, estado civil, anos de escolaridade concluídos e foi também incluída uma pergunta de autorrelato, onde foram questionados se consideravam que sofriam de insónias (“considera que é uma pessoa que sofre de insónias?”).

Questionário de Controlo do Pensamento na Insónia – Revisto (QCPI-R)

O QCPI-R (*Thought Control Questionnaire-Insomnia Revised- TCQI-R*) (Ree et al., 2005; Adaptação Portuguesa: Marques, Nóbrega, & Correia, 2018) (cf. Anexo A) é um instrumento de autorrelato, utilizado para avaliar as estratégias utilizadas pelos indivíduos para controlar os pensamentos, durante os episódios de insónia (e.g., “Tento olhar o pensamento de um modo diferente”). A escala de resposta abrange as seguintes opções: *Quase Nunca* (1), *Às Vezes* (2), *Muitas Vezes* (3) e *Quase Sempre* (4), incluindo ainda uma pergunta inicial, onde é inquirida a frequência com que os pensamentos impedem o processo de adormecimento. Esta questão inicial é respondida com recurso a uma escala de *Likert*, compreendida entre 0 e 10 (“Com que frequência pensar demais o(a) mantém acordado(a)?”) (para detalhes, consultar introdução).

Escala de Catastrofização da Insónia (ECI)

A ECI (*Insomnia Catastrophising Scale- ICS*) (Jansson-Fröjmark, Harvey, & Flink, 2012, 2019; Adaptação Portuguesa: Marques, Correia, & Nóbrega, 2018) (cf. Anexo B) é um instrumento de autopreenchimento, que avalia os pensamentos catastróficos dos indivíduos durante o dia (ECI-D, composto por 11 itens; e.g.,: “Esta noite vou dormir muito pouco”) e durante a noite (ECI-N, composto por 6 itens; e.g.,: “Eu vou sentir-me mal o dia todo”), relacionados com os sintomas de insónia. A escala de resposta pode variar entre *Nunca* (0) a *Sempre* (5), sendo as pontuações mínima e máxima de 0 e 85, respetivamente. Neste estudo, o valor de consistência interna foi de $\alpha=0.93$ para o dia e $\alpha=0.95$ para a noite.

Índice de Gravidade da Insónia (ISI)

A ISI (Clemente et al., 2017) (cf. Anexo C) é um instrumento de autorrelato, composto por sete itens, que é comumente utilizado para detetar insónia em indivíduos e também para estimar a gravidade da mesma (e.g., “Qual a gravidade actual (últimas 2 semanas) do(s) seu(s) problema(s) de insónia?”). A escala de resposta desta escala varia de item para item, sendo que nos três primeiros itens (1a, 1b e 1c) vai de *Nenhuma* (0) a *Muito Grave* (4), no segundo item vai de *Muito Insatisfeito* (0) a *Muito Satisfeito* (4), no terceiro de *Não Interfere Nada* (0) a *Interfere MUITÍSSIMO* (4), o quarto vai de *Não Notam Nada* (0) a *Notam MUITÍSSIMO* (4), e, por fim, o quinto item vai de *Nada Preocupado* (0) a

Muitíssimo Preocupado (4). Tem como pontuação mínima 0 e máxima 28, sendo que a partir de 14 é considerado que o indivíduo poderá ter insónia, de acordo com dados preliminares obtidos a partir de uma amostra clínica portuguesa (Clemente et al., 2017). No presente estudo, a consistência interna deste instrumento foi muito boa ($\alpha=0.86$).

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

A HADS (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses, & Baltar, 2007) (cf. Anexo D) é um instrumento de *screening* para a depressão (HADS-D) e para a ansiedade (HADS-A). Este instrumento é, assim, composto por duas subescalas, uma que mede a depressão (7 itens, e.g., “Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar”) e outra que mede a ansiedade (7 itens, e.g., “Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a)”), sendo as mesmas cotadas separadamente. A escala de resposta vai de 0 a 3, variando as opções de item para item, com uma pontuação mínima de 0 e máxima de 21 para cada uma das subescalas, existindo itens cuja pontuação é invertida (e.g., “Sinto-me animado(a)”). Neste estudo, ambas as escalas mostraram uma boa consistência interna ($\alpha=0.84$, para HADS-D; $\alpha=0.80$, para HADS-A).

Procedimentos

Primeiramente, foram pedidas as devidas autorizações para a tradução e adaptação do instrumento à autora original (cf. Anexo E) e também ao Conselho de Ética e Deontologia da Universidade de Aveiro (cf. Anexo F), para a realização do presente estudo. Foram necessárias também autorizações para a utilização dos outros instrumentos de avaliação utilizados (cf. Anexos G e H) para complementar o estudo, nomeadamente do Índice de Gravidade da Insónia (ISI) (Clemente et al., 2017) e da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Numa segunda fase, o instrumento foi traduzido, de forma independente, por três tradutores com conhecimento na área abrangida pela escala. Posteriormente, foi gerada uma versão consensual, tendo esta última sido revista por duas especialistas com larga experiência nos campos da medicina do sono e da adaptação de instrumentos de avaliação psicológica. Seguidamente, foi elaborada uma retroversão da escala por uma tradutora independente sem acesso prévio à versão original da TCQI-R.

Numa terceira fase, recorreu-se ao método da reflexão falada, onde a versão experimental da escala foi aplicada a 16 pessoas, de várias faixas etárias e com diferentes níveis de escolaridade, no sentido de perceber se o instrumento suscitava dúvidas e se os itens se encontravam claros e perceptíveis. Após esta etapa, foi gerada a versão final que se designou “Questionário de Controlo do Pensamento na Insónia – Revisto (QCPI-R)”, tendo em conta algumas sugestões dos participantes. A versão final do instrumento foi disponibilizada na plataforma *online Google Forms* e os dados foram recolhidos durante um mês (de 20 de novembro a 20 de dezembro de 2018). Na página inicial, foi providenciado um consentimento informado aos participantes, onde estes tinham de assinalar com um “X” em como aceitavam participar no estudo, de forma consciente, sendo também garantido que os seus dados seriam tratados de forma anónima e confidencial, utilizados meramente para fins científicos (cf. Anexo I).

Análise de dados

Os dados foram tratados recorrendo a diversas análises. Foram calculadas as estatísticas descritivas, mais especificamente, médias, desvios-padrão e amplitudes. Para comparação de grupos foram realizados testes *t* para amostras independentes, sendo o *d* de Cohen utilizado para calcular a magnitude dos efeitos. Para calcular o *d*, recorreu-se a uma calculadora *online* (<https://www.uccs.edu/lbecker/>), seguindo as *guidelines* de interpretação de Cohen (pequena=0.2; média= 0.5 e grande=0.8) (Field, 2013). De modo a prevenir erros de tipo I, no que respeita a comparações múltiplas, recorreu-se a correções de *Bonferroni*. Foram ainda calculadas matrizes de correlações de Pearson, para estudar as associações entre variáveis. Para a análise da estrutura da escala, foi realizada uma análise de componentes principais (ACP), com rotação oblíqua (*Direct Oblimin*) e com extração de componentes apoiada por uma análise paralela (*Parallel Analysis*) (O’Connor, 2000). De modo a examinar a consistência interna, foram calculadas correlações de Pearson, através da correlação item-total e do alfa de Cronbach se o item for excluído. Finalmente, para analisar o contributo de cada um dos componentes na predição dos valores obtidos na ISI, na HADS-A e na HADS-D, foram realizadas regressões múltiplas, com método “*Enter*”, utilizando coeficientes de correlação semi-parciais (sr^2) como medida de magnitude de efeito.

Para a realização de todas as análises, recorreu-se ao programa *IBM SPSS Statistics* v.25 para Windows.

Resultados

Estatísticas descritivas

A amplitude teórica do QCPI-R tem como mínimo 35 e como máximo 140. Nesta amostra, a amplitude foi de 35 como mínimo e 119 como máximo, com uma média de 73.69 ($DP=15.66$). Para o sexo feminino, a amplitude foi de 35 a 119, com média de 74.58 ($DP=15.19$) e para o sexo masculino, a amplitude foi de 35 a 109, com média de 70.21 ($DP=16.97$).

Estrutura do QCPI-R- Análise de Componentes Principais (ACP)

De forma a estudar a estrutura fatorial do QCPI-R, foi verificado se os dados eram suscetíveis de serem analisados através de uma análise fatorial, recorrendo ao valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) que, nesta amostra, foi de 0.91 (>0.60); ao teste de esfericidade de Bartlett, que revelou ser estatisticamente significativo; e ao padrão de correlações (r) que foi, na sua maioria, superior a 0.3. Após confirmadas as condições necessárias, foi realizada uma análise fatorial semelhante à dos autores originais, onde foram encontrados oito fatores, que explicavam cerca de 50% da variância encontrada. Porém, a existência destes oito fatores não se revelou interpretável. Tendo em conta todas as limitações encontradas, optou-se por um método alternativo e foi realizada uma ACP com rotação *Direct Oblimin* (dado que se esperava que os componentes estivessem relacionados), e os componentes foram extraídos através do método de análise paralela (Field, 2013; O'Connor, 2000). Como o *software IBM SPSS Statistics* não possui comandos para executar uma análise paralela, recorreu-se a uma sintaxe, criada por Brian O'Connor e que pode ser consultada em: <https://people.ok.ubc.ca/briocconn/nfactors/nfactors.html>. Através desta análise, foram retidos cinco componentes, que explicavam aproximadamente 52% da variância total. Os itens foram incluídos nos componentes em que a saturação fosse mais elevada, excluindo itens cuja saturação fosse inferior a 0.35 ou caso tivessem dupla saturação com valores aproximados (cf. Tabela 1).

Tabela 1. Saturação dos itens do QCPI-R nos componentes

Item	Componentes				
	1	2	3	4	5
<i>Reavaliação</i>					
Analiso o pensamento racionalmente	0,786				
Confronto a validade dos pensamentos	0,665				
Tento olhar o pensamento de um modo diferente	0,651				
Penso de uma maneira diferente sobre isso	0,607				
Se os pensamentos se relacionam com um problema, decido resolver o problema	0,565				
Prefiro pensar as coisas ao pormenor em vez de me distrair delas	0,555				
Pergunto as razões por ter o pensamento	0,408				
<i>Distração Cognitiva</i>					
Em vez desses pensamentos, eu penso que coisas agradáveis		0,702			
Em vez desses pensamentos, eu penso sobre outra coisa		0,661			
Em vez desses pensamentos, eu preocupo-me com coisas menos importantes		0,558			
Em vez desses pensamentos, eu tento lembrar-me de imagens boas		0,526			
Deixo que a minha cabeça fique “vazia”		0,524			
Decido adiá-los até de manhã		0,443			
<i>Supressão Agressiva</i>					
Digo a mim mesmo(a) para não pensar sobre eles agora			0,713		
Digo para mim mesmo(a): “Para!”			0,697		
Tento afastar os pensamentos para fora da minha cabeça			0,697		
Procuo bloquear os pensamentos através de uma ação física (ex: virar-me na cama, sair da cama)			0,649		
Fico irritado(a) comigo mesmo(a) por ter o pensamento			0,558	(0,389)	
Digo a mim mesmo(a) para não ser tão tolo(a)			0,427		
Evito discutir o pensamento			0,375		

Tabela 1. Saturação dos itens do QCPI-R nos componentes (cont.)

Item	Componentes				
	1	2	3	4	5
<i>Preocupação</i>					
Concentro-me noutros pensamentos negativos				0,771	
Em vez desses pensamentos, eu penso sobre preocupações passadas				0,761	
Substituo o pensamento por outro pensamento mau mas mais vulgar				0,705	
Castigo-me a mim mesmo(a) por ter esse pensamento				0,656	
Digo a mim mesmo(a) que alguma coisa má acontecerá se eu tiver o pensamento				0,650	
Grito comigo mesmo(a) por ter o pensamento				0,600	
Continuo a pensar noutras preocupações				0,575	
Concentro-me no pensamento				0,452	
<i>Distração comportamental</i>					
Mantenho-me ocupado					0,774
Tento pará-los lendo um livro, vendo televisão ou ouvindo música					0,722
Faço alguma coisa que gosto					0,707
Tento ocupar-me com trabalho					0,574
Procuro apoio dos outros (ex: companheiro(a) ou um amigo no dia seguinte					0,462

Nota. Método: Análise de Componentes Principais com rotação *Direct Oblimin*; saturação mínima aceitável=0.35.

Como os itens se distribuem de forma semelhante à versão original, foi decidido manter as designações originais dos componentes, a saber: reavaliação, distração cognitiva, supressão agressiva, preocupação e distração comportamental. O componente “evitamento social” foi excluído, sendo alguns dos itens que o constituíam originalmente integrados noutros componentes. O alfa de Cronbach da escala total foi de 0.91; quanto aos valores de alfa de Cronbach para os componentes reavaliação, distração cognitiva, supressão agressiva, preocupação e distração comportamental, os valores foram de 0.81, 0.76, 0.82, 0.84 e 0.74, respetivamente.

Associação da QCPI-R com outras medidas

Foram calculados coeficientes de correlação de Pearson entre a QCPI-R total e os componentes e a ISI, a HADS-A, a HADS-D, ECI-N e a ECI-D. Na tabela 2, encontram-se os valores das correlações encontradas.

Tabela 2. Correlações de Pearson entre os componentes e as outras medidas utilizadas

	Reavaliação	Distração Cognitiva	Supressão Agressiva	Preocupação	Distração Comportamental	QCPI-R Total
ISI	0.149**	-0.014	0.300**	0.350**	0.156**	0.296**
HADS-A	0.152**	-0.015	0.343**	0.490**	0.115**	0.353**
HADS-D	0.029	-0.113**	0.178**	0.406**	-0.027**	0.179**
ECI-N	0.230**	0.058	0.450**	0.503**	0.123**	0.431**
ECI-D	0.184**	0.080*	0.417**	0.424**	0.115**	0.383**

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Foram também calculadas as correlações de Pearson entre a pergunta inicial do QCPI-R e os outros instrumentos de avaliação utilizados: ISI: $r=0.576$, $p < 0.01$; HADS A: $r=0.540$, $p < 0.01$; HADS D: $r=0.453$, $p < 0.01$; ECI N: $r=0.571$, $p < 0.01$; ECI D: $r=0.478$, $p < 0.01$. Elaborou-se ainda uma matriz de correlações entre os 7 itens da ISI e os resultados totais de todos os componentes da QCPI-R (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Correlação entre os itens da ISI e os resultados totais dos componentes

	Reavaliação	Distração Cognitiva	Supressão Agressiva	Preocupação	Distração Comportamental
ISI_1a	0.081*	-0.020	0.240**	0.276**	0.095**
ISI_1b	0.120**	-0.052	0.206**	0.269**	0.077*
ISI_1c	0.103**	-0.035	0.145**	0.194**	0.109**
ISI_2	0.086*	-0.054	0.205**	0.228**	0.102**
ISI_3	0.134**	0.096**	0.329**	0.293**	0.155**
ISI_4	0.129**	0.041	0.198**	0.240**	0.119**
ISI_5	0.120**	-0.051	0.222**	0.312**	0.147**

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$; itens: **ISI_1a**: “Dificuldade em adormecer”; **ISI_1b**: “Dificuldade em manter-se a dormir”; **ISI_1c**: “Acordo demasiado cedo, antes da hora habitual”; **ISI_2**: “Está satisfeito/insatisfeito com o seu padrão actual do sono?”; **ISI_3**: “Acha que o seu problema do sono interfere com o seu funcionamento diário (ex.: fadiga diurna, capacidade para trabalhar, concentração, memória, humor, etc.)?”; **ISI_4**: “Acha que as outras pessoas notam o impacto que o seu problema do sono tem na sua qualidade de vida?”; **ISI_5**: “Está preocupado com o seu actual problema do sono?”.

Comparação entre grupos “com insónia” e “sem insónia”

Tendo em conta o ponto de corte da ISI (14), foram criados dois grupos dentro da amostra: um grupo “sem insónia” e outro “com insónia”. Foram considerados “com insónia” todos os participantes que obtiveram pontuação igual ou superior a 14 na ISI e “sem insónia” os que obtiveram pontuação inferior a este valor. A média da pontuação total do QCPI-R foi de 71.86 ($DP=15.85$) para o grupo “sem insónia” e de 80.49 ($DP=12.84$) para o grupo “com insónia”. A diferença entre ambos foi estatisticamente significativa, alcançando uma magnitude de efeito moderada ($t=-14.889$; $g.l.=357.555$; d de Cohen=0.60) (Field, 2013).

Na tabela 4 são apresentados os resultados encontrados acerca das diferenças entre os grupos, no que toca aos componentes do QCPI-R. Foram observadas diferenças significativas em todos os componentes à exceção da distração cognitiva.

Tabela 4. Comparação das médias dos resultados totais dos componentes entre grupos

		<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i> [†]	<i>d</i>
Reavaliação	“Insónia”	2,30 (0,54)	-3,577	306.042	0.000	0.29
	“Sem insónia”	2,13 (0,64)				
Distração Cognitiva	“Insónia”	2,23 (0,54)	0,435	308.576	0.664	0.03
	“Sem insónia”	2,25 (0,64)				
Supressão Agressiva	“Insónia”	2,73 (0,58)	-7,497	306.346	0.000	0.62
	“Sem insónia”	2,34 (0,68)				
Preocupação	“Insónia”	1,90 (0,60)	-7.472	234.287	0.000	0.69
	“Sem insónia”	1,52 (0,50)				
Distração Comportamental	“Insónia”	2,27 (0,66)	-3.020	800	0.003	0.27
	“Sem insónia”	2,09 (0,69)				

Nota. O pressuposto da homogeneidade das variâncias não foi assumido para nenhuma das variáveis à exceção da “distração comportamental”; † aplicação da Correção de *Bonferroni*: $p=(0.05 / 5 = 0.01)$

Fidelidade

Consistência Interna

O alfa de Cronbach da escala total foi de 0.91. Foi ainda testado se, com a eliminação de itens, este valor se alterava, não tendo sido encontrada nenhuma diferença significativa (cf. Tabela 5).

Tabela 5. Correlação item-total e Alfa de Cronbach se o item for excluído

	Correlação de item- total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1. Digo a mim mesmo(a) para não pensar sobre eles agora	0,471	0,904
2. Tento afastar os pensamentos para fora da minha cabeça	0,489	0,904
3. Em vez desses pensamentos, eu tento lembrar-me de imagens boas.	0,425	0,905
4. Se os pensamentos se relacionam com um problema, decido resolver o problema	0,389	0,906

Tabela 5. Correlação item-total e Alfa de Cronbach se o item for excluído (cont.)

	Correlação de item- total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
5. Tento para-los lendo um livro, vendo televisão ou ouvindo música	0,265	0,908
6. Rumino (penso muito) sobre eles	0,412	0,905
7. Decido adiar-los até de manhã	0,328	0,906
8. Deixo que a minha cabeça fique “vazia”	0,309	0,907
9. Digo a mim mesmo(a) para não ser tão tolo(a)	0,560	0,903
10. Concentro-me no pensamento	0,425	0,905
11. Substituo o pensamento por outro pensamento mau mas mais vulgar	0,392	0,905
12. Castigo-me a mim mesmo(a) por ter esse pensamento	0,416	0,905
13. Continuo a pensar noutras preocupações	0,431	0,905
14. Guardo o pensamento para mim mesmo(a)	0,444	0,905
15. Em vez desses pensamentos, eu penso sobre outra coisa	0,442	0,905
16. Confronto a validade dos pensamentos	0,542	0,903
17. Fico irritado(a) comigo mesmo(a) por ter o pensamento	0,548	0,903
18. Evito discutir o pensamento	0,424	0,905
19. Grito comigo mesmo(a) por ter o pensamento	0,416	0,905
20. Analiso o pensamento racionalmente	0,476	0,904
21. Em vez desses pensamentos, eu penso em coisas agradáveis	0,408	0,905
22. Em vez desses pensamentos, eu preocupo- me com coisas menos importantes	0,477	0,904
23. Faço alguma coisa de que gosto	0,405	0,905
24. Tento olhar o pensamento de um modo diferente	0,555	0,903
25. Tento ocupar-me com trabalho	0,444	0,905
26. Penso de uma maneira diferente sobre isso	0,541	0,903

Tabela 5. Correlação item-total e Alfa de Cronbach se o item for excluído (cont.)

	Correlação de item- total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
27. Em vez desses pensamentos, eu penso sobre preocupações passadas	0,450	0,905
28. Concentro-me noutros pensamentos negativos	0,389	0,906
29. Pergunto as razões por ter o pensamento	0,556	0,903
30. Digo a mim mesmo(a) que alguma coisa má acontecerá se eu tiver o pensamento	0,484	0,904
31. Mantenho-me ocupado(a)	0,480	0,904
32. Prefiro pensar as coisas ao pormenor em vez de me distrair delas	0,448	0,905
33. Procuro apoio dos outros (ex: companheiro(a) ou um amigo no dia seguinte)	0,345	0,906
34. Digo para mim mesmo(a): “Para!”	0,570	0,903
35. Procuro bloquear os pensamentos através de uma ação física (ex: virar-me na cama. sair da cama)	0,467	0,904

Adicionalmente, foram calculadas correlações de Pearson entre os resultados totais dos componentes e a pontuação total da escala. Foi também incluída a pergunta inicial (“Com que frequência o pensar demais o(a) mantém acordado(a)?”). Todas as associações foram estatisticamente significativas à exceção da correlação entre a distração cognitiva e a pergunta inicial (cf. Tabela 6).

Tabela 6. Correlações entre os componentes, a primeira questão do QCPI-R e o total QCPI-R

	QCPI-R Total	Reavaliação	Distração Cognitiva	Supressão Agressiva	Preocupação	Distração Comportamental
QCPI-R Total	-					
Reavaliação	0.790**	-				
Distração Cognitiva	0.659**	0.457**	-			
Supressão Agressiva	0.798**	0.466**	0.509**	-		
Preocupação	0.674**	0.396**	0.145**	0.464**	-	
Distração Comportamental	0.622**	0.517**	0.409**	0.292**	0.229**	-
Com que frequência o pensar demais o(a) mantém acordado(a)?	0.313**	0.131**	-0.36	0.329**	0.416**	0.110**

Nota. ** $p < 0.01$

Análise de Regressões Múltiplas

Foram realizadas três regressões múltiplas (método *Standard*), no sentido de averiguar o contributo de cada um dos componentes na predição dos valores obtidos na ISI, na HADS-A e na HADS-D. Os componentes foram introduzidos como preditores e as variáveis referentes à gravidade da insónia, à ansiedade e à depressão, como variáveis dependentes. Cada análise foi realizada separadamente. A escala, no total, explicou 19% da variação na ISI, 29% da variação na HADS-A e 21% da variação na HADS-D. Na tabela 7 encontram-se representados os resultados obtidos. Quanto à ISI, os componentes com um peso mais significativo enquanto preditores, foram a supressão agressiva, preocupação e a distração cognitiva. Na HADS-A, entre os componentes que se revelaram significativos, destacam-se a preocupação e a supressão agressiva. Por fim, no que diz respeito à HADS-D, entre os componentes que mostraram um peso mais significativo, destaca-se a preocupação. Resumindo, o componente da preocupação foi aquele que melhor explicou a

variação tanto na HADS-A como na HADS-D e a supressão agressiva o que melhor explicou a variação na ISI.

Tabela 7. Regressões múltiplas entre os componentes e a ISI, a HADS-A e a HADS-D

	β	t	p	sr^2
<i>Variável dependente: ISI</i>				
Reavaliação	-0.042	-0.992	0.321	0.001
Distração Cognitiva	-0.231	-5.678	0.000	0.033
Supressão Agressiva	0.288	6.808	0.000	0.048
Preocupação	0.236	6.225	0.000	0.040
Distração Comportamental	0.133	3.469	0.001	0.012
<i>Variável dependente: HADS-A</i>				
Reavaliação	-0.078	-1.973	0.049	0.003
Distração Cognitiva	-0.206	-5.446	0.000	0.026
Supressão Agressiva	0.276	6.998	0.000	0.043
Preocupação	0.408	11.543	0.000	0.118
Distração Comportamental	0.066	1.837	0.067	0.003
<i>Variável dependente: HADS-D</i>				
Reavaliação	-0.096	-2.297	0.022	0.005
Distração Cognitiva	0.181	-4.520	0.000	0.020
Supressão Agressiva	0.132	3.160	0.002	0.010
Preocupação	0.417	11.184	0.000	0.124
Distração Comportamental	-0.038	-1.006	0.315	0.001

Discussão

O presente estudo teve como objetivo central adaptar e validar o TCQI-R à população portuguesa (QCPI-R). Ao analisar a estrutura do QCPI-R, foram encontrados cinco componentes que foram denominados reavaliação, distração cognitiva, supressão agressiva, preocupação e distração comportamental. Tal como noutros estudos (Gellis & Park, 2013; Ree, et al., 2005; Schmidt, Gay, & Van der Linden, 2009; Sella, Tona, & Beni, 2016), tanto o questionário no geral ($\alpha=0.91$), como os componentes encontrados obtiveram uma consistência interna boa (α de Cronbach entre 0.74 e 0.84). No entanto, a estrutura encontrada neste estudo divergiu das encontradas quer na versão inglesa (Ree et al., 2005), quer na versão francesa (Schmidt et al., 2009), que encontraram ambas seis fatores; ainda assim, a estrutura encontrada vai ao encontro da versão italiana (Sella et al., 2016), onde foram também encontrados cinco componentes. Esta diferença pode dever-se a particularidades da amostra, provavelmente pela inexistência de amostra com diagnóstico clínico de insónia no presente estudo, bem como pela variabilidade do efetivo amostral.

Na primeira análise realizada, seguindo o método dos autores originais, foram encontrados oito fatores que explicavam 50% da variância, mas devido à ausência de justificação teórica para estes fatores, foi executada uma ACP com rotação *Direct Oblimin*. Com esta análise foram encontrados cinco componentes que explicavam 52% da variância. O componente “evitamento social”, presente na versão original de Ree et al. (2005), teve no nosso estudo, uma consistência interna baixa ($\alpha=0.28$) na primeira análise, tendo sido excluído após a análise de componentes principais. Resultados semelhantes foram encontrados num estudo realizado por Gellis e Park (2013), no qual o componente “evitamento social” apresentou uma consistência interna muito baixa ($\alpha=0.16$), sendo também excluído das análises. No presente estudo, dois dos itens que compunham este fator foram incluídos noutros componentes e o item 14 “guardo o pensamento para mim mesmo(a)” foi eliminado por ter uma saturação inferior a 0.35.

Quanto à distribuição dos itens nos componentes encontrados, o componente da “reavaliação” manteve os mesmos itens da versão original (i.e., itens 4, 16, 20, 24, 26, 29 e 32). O componente “distração cognitiva” é constituído igualmente pelos mesmos itens da versão original (i.e., itens 3, 7, 8, 15 e 21), com a junção do item 22 “em vez desses pensamentos, eu preocupo-me com coisas menos importantes”. Esta alteração é justificável

uma vez que a preocupação com coisas com menos importância pode ser vista como uma estratégia de distração cognitiva. O componente “supressão agressiva” sofreu algumas alterações quanto aos itens que o compõem, tendo mantido da versão original os itens 1, 2, 9, 17 e 34 e sendo acrescentados os itens 35 “procuro bloquear os pensamentos através de uma ação física (ex: virar-me na cama, sair da cama)” e 18 “evito discutir o pensamento”. Quanto à inclusão do item 35, pode residir no facto de, como o pensamento é evitado com a realização de um bloqueio físico, pode ser considerado como supressão agressiva; e o item 18 pode-se explicar tendo em conta que, como o ato de discutir pode ser considerado como agressivo, evitar discutir pensamentos pode ser visto como supressão agressiva. O componente “preocupação” também sofreu alterações a nível dos itens constituintes, uma vez que aos itens da versão original (i.e., itens 10, 11, 13, 27 e 28), foram adicionados os itens 12 “castigo-me a mim mesmo(a) por ter esse pensamento” e 19 “grito comigo mesmo(a) por ter o pensamento”. Esta alteração pode dever-se ao facto de, como os atos de castigar e gritar podem ser tipos de agressão, os indivíduos se sintam preocupados por pensarem em “autoagressão”. Teve o acréscimo também do item 30 “digo a mim mesmo(a) que alguma coisa má acontecerá se eu tiver o pensamento”, que pode ser considerado preocupação pelo facto do indivíduo esperar que algo de mal aconteça como consequência de ter um pensamento mau; e ainda foi eliminado o item 6 “rumino (penso muito) sobre eles”. Por fim, o componente “distração comportamental”, além de manter os itens da versão original (i.e., itens 5, 23, 25 e 31), incluiu o item 33 “procuro apoio dos outros (ex: companheiro(a) ou um amigo no dia seguinte)” que, tendo subjacente a ideia de que o ato de procurar apoio de terceiros pode ser uma distração comportamental, é uma possível justificação para esta alteração.

Como encontrado por Ree et al. (2005), Schmidt et al. (2009) e Sella et al. (2016), a supressão agressiva e a preocupação são os componentes com maior associação com a insónia e a distração cognitiva o componente com menor associação. Maiores níveis de preocupação estão associados a maior gravidade da insónia, mais sintomatologia ansiosa e depressiva, e mais catastrofização de pensamentos. Por outro lado, maior distração cognitiva está associada a menor gravidade da insónia e menos sintomatologia ansiosa e depressiva. Estes dados vão ao encontro da literatura encontrada, pois estratégias de preocupação estão associadas a maior dificuldade em adormecer e estratégias de distração cognitiva são vistas como facilitadoras do adormecimento (Harvey, 2005a). Outro estudo

realizado por Schmidt et al. (2010), no qual um dos objetivos era perceber como é que estratégias disfuncionais de controlo cognitivo estavam relacionadas com perturbações do sono, também concluiu que as estratégias de supressão agressiva e preocupação estão relacionadas com maior gravidade da insónia.

No presente estudo, foi também possível perceber as diferenças encontradas entre os dois tipos de distração, cognitiva e comportamental. Tal como observado por Ree et al. (2005) e Schmidt et al. (2009), a distração cognitiva parece ser facilitadora do sono, enquanto que a distração comportamental parece ser um componente que dificulta o adormecimento. Contrariamente aos estudos de validação francesa (Schmidt et al., 2009), quer a distração comportamental quer a distração cognitiva estão associadas com a interferência do problema de sono no dia-a-dia. Contudo, à semelhança dos resultados encontrados por Schmidt et al. (2009), maiores níveis de distração cognitiva levam a menor preocupação com o problema de sono e maior satisfação com o padrão de sono, ao passo que maiores níveis de distração comportamental levam a maior preocupação com o problema de sono e maior dificuldade em adormecer. Estes resultados corroboram os resultados obtidos por Harvey e Payne (2002) que, num estudo experimental onde alguns participantes foram incentivados a imaginar situações positivas, concluíram que os indivíduos que tiveram incentivo para recorrer a distração cognitiva relataram menos frequência de pensamentos intrusivos e menos desconforto com os mesmos antes de adormecer, comparativamente aos indivíduos que não tiveram qualquer indicação.

Deve referir-se a existência de uma correlação significativa entre a frequência do “pensar demasiado” (medido através da pergunta inicial do QCPI-R) e a gravidade da insónia, indo ao encontro da literatura encontrada, onde é explicado que os pensamentos intrusivos são um fator importante na manutenção da insónia (Harvey, 2005b; Harvey et al. 2005; Schmidt et al., 2011). A frequência de pensamentos está também associada com a preocupação e a supressão agressiva, e apenas a distração cognitiva obteve uma correlação negativa com a frequência de pensamentos, tal como observado no estudo de Ree et al. (2005).

No presente estudo, foi ainda possível concluir que a preocupação e a supressão agressiva têm boa capacidade discriminatória entre indivíduos “com insónia” e “sem insónia”, corroborando com a literatura encontrada, de que pessoas com insónia tendem a

se preocupar mais do que pessoas sem insónia (Harvey, 2005a), e com estudos realizados anteriormente (Harvey, 2001; Ree et al., 2005; Schmidt et al., 2009; Sella et al., 2016). Quando comparados os grupos com e sem “insónia”, apenas o componente da distração cognitiva não mostrou diferenças significativas, o que vai ao encontro de estudos realizados anteriormente com o TCQI (Harvey, 2001) e TCQI-R (Ree et al., 2005; Schmidt et al., 2009; Sella et al., 2016).

Com o cálculo das regressões lineares múltiplas, observou-se que a supressão agressiva e a preocupação são preditores de valores mais elevados na gravidade da insónia, na ansiedade e na depressão. Verificou-se de igual modo que, contrariamente à gravidade da insónia e à ansiedade, a distração cognitiva é preditora de níveis mais elevados de depressão. Resultados semelhantes foram encontrados por Ree et al. (2005).

Em suma, a preocupação e a supressão agressiva constituem estratégias de controlo de pensamentos que estão associadas com maior gravidade de insónia, ansiedade e depressão. Os resultados deste estudo, tal como os de estudos anteriores que utilizaram o TCQ (Wells & Davies, 1994) e o TCQI-R (Gellis & Park, 2013; Ree et al. 2005; Schmidt et al., 2009; Sella et al., 2016) e a literatura encontrada (Harvey, 2005b), sugerem que a preocupação é uma estratégia mal adaptativa no controlo de pensamentos. A supressão agressiva, por incluir itens que envolvem castigo e supressão de pensamentos, está também associada a maior gravidade de insónia, ansiedade e depressão, indo ao encontro de um estudo realizado por Harvey (2003), que mostrou que a tentativa de supressão dos pensamentos tem um efeito paradoxal no processo de adormecimento.

Tal como foi possível constatar em estudos previamente realizados (Gellis & Park, 2013; Ree et al., 2005; Schmidt et al., 2009; Sella et al., 2016), existem estratégias de controlo de pensamento que efetivamente ajudam, mas existem também estratégias que se revelam inadequadas e que dificultam o processo de adormecimento.

Não obstante os resultados encontrados no presente estudo, devem mencionar-se algumas limitações. Uma das limitações deste estudo é não ter sido possível analisar a estabilidade temporal da escala; por outro lado, a amostra recrutada não incluiu indivíduos com diagnóstico clínico de insónia, sendo constituída por indivíduos da população em geral; finalmente, a constituição dos grupos “com insónia” e “sem insónia” foi levada a

cabo com base numa medida de autorrelato, ainda que esta última seja frequentemente utilizada para este fim em diversos estudos publicados no âmbito da medicina do sono (Gellis & Park, 2013).

Para estudos futuros seria de interesse realizar uma análise fatorial confirmatória, de modo a confirmar os componentes extraídos desta análise. Seria também pertinente incluir uma amostra clínica, para que o diagnóstico não seja apenas baseado em autorrelatos. A inclusão de mais faixas etárias seria também interessante, com o objetivo de comparar as estratégias privilegiadas em diferentes faixas. Em investigações futuras, poderia também ser estudada a possibilidade de redução da escala, atendendo a que a mesma contém itens semelhantes.

Concluindo, e tendo em consideração as diversas análises efetuadas, podemos considerar que o QCPI-R se revela um instrumento com boas qualidades psicométricas, que pode ser utilizado para avaliar as diferentes estratégias de controlo de pensamentos em contexto clínico e de investigação. A validação deste instrumento é uma mais-valia para a avaliação psicológica na área da medicina do sono e psicologia do sono, principalmente no âmbito da insónia. Como descrito anteriormente, a insónia é considerada um problema de saúde pública, sendo os pensamentos intrusivos um fator de manutenção importante deste distúrbio. Deste modo, torna-se fundamental possuir instrumentos adequados e devidamente validados que auxiliem, por exemplo, o clínico na sua prática profissional.

Referências

- Almeida, L., Araújo, A., & Diniz, A. (2013). Avaliação psicológica e o uso dos testes em Portugal. *Psiencia. Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica*, 5(2), 144-149. doi: 10.5872/psiencia/5.2.76
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Academy of Sleep Medicine (2014). *International classification of sleep disorders* (3rd ed.). Darien: American Academy of Sleep Medicine.
- Buysse, D. & Harvey, A. (2017). Insomnia: recent developments and future directions. In Kryger, M., Roth, T., & Dement, W. (Eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* (6th ed.) (pp. 757-760). Philadelphia: Elsevier.
- Clemente, V., Gomes, A., Mendes, M., Marques, D., Russo, B., Serra, J., Moutinho dos Santos, J., & Moita, J. (2017). The European Portuguese version of the insomnia severity index (ISI): reliability, validity and diagnostic accuracy [Abstract]. *Sleep Medicine*, 40, e67. doi: 10.1016/j.sleep.2017.11.191
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using SPSS* (4th ed.). SAGE: London.
- Gellis, L. & Park, A. (2013). Nighttime thought control strategies and insomnia severity. *Cognitive Therapy and Research*, 37(2), 383-389. doi: 10.1007/s10608-012-9479-y
- Harvey, A. (2001). I can't sleep, my mind is racing! An investigation of strategies of thought control in insomnia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 3-11.
- Harvey, A. (2003). The attempted suppression of presleep cognitive activity in insomnia. *Cognitive Therapy and Research*, 27(6), 593-602.
- Harvey, A. (2005a). A cognitive theory and therapy for chronic insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19(1), 41-59.
- Harvey, A. (2005b). Unwanted intrusive thoughts in insomnia. In Clark, D. (Ed.). *Intrusive thoughts in clinical disorders, theory, research and treatment* (pp. 86-118). New York: The Guilford Press.
- Harvey, A. & Payne, S. (2002). The management of unwanted pre-sleep thoughts in insomnia: distraction with imagery versus general distraction. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 267-277.

- Harvey, A., Tang, N., & Browning, L. (2005). Cognitive approaches to insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25, 593-611. doi: 10.1016/j.cpr.2005.04.005
- Hiller, R., Johnston, A., Dohnt, H., Lovato, N., & Gradisar, M. (2015). Assessing cognitive processes related to insomnia: a review and measurement guide for Harvey's cognitive model for the maintenance of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 23, 46-53. doi: 10.1016/j.smr.2014.11.006
- Jansson-Fröjmark, M., Harvey, A., & Flink, I. (2012). Psychometric properties of the Insomnia Catastrophizing Scale (ICS). *Journal of Sleep Research*, 21(1), 168-168.
- Jansson-Fröjmark, M., Harvey, A., & Flink, I. (2019). Psychometric properties of the Insomnia Catastrophizing Scale (ICS) in a large community sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-17. doi: 10.1080/16506073.2019.1588362
- Kallestad, H., Hansen, B, Lansgrud, K., Hjemdal, O., & Stiles, T. (2010) Psychometric properties and the predictive validity of the Insomnia Daytime Worry Scale: a pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(2), 150-157. doi: 10.1080/16506070903115317
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225 – 237. doi: 10.1080/13548500500524088
- Lichstein, K., Taylor, D., McCrae, C., & Petrov, M. (2017). Insomnia: Epidemiology and Risk Factors. In Kryger, M., Roth, T., & Dement, W. (Eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* (6th ed.) (pp. 761-768). Philadelphia: Elsevier.
- Marques, D., Gomes, A., Clemente, V., Santos, J., & Castelo-Branco, M. (2015). Hyperarousal and failure to inhibit wakefulness in primary insomnia: “birds of a feather”? *Sleep and Biological Rhythms*, 13, 219-228. doi: 10.1111/sbr.12115
- Marques, D., Correia, A., & Nóbrega, C. (2018). *Escala de Catastrofização da Insónia – ECI, versão portuguesa*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Morin, C., Davidson, J., & Beaulieu-Bonneau, S. (2017). Cognitive behavior therapies for insomnia I: approaches and efficacy. In Kryger, M., Roth, T., & Dement, W. (Eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* (6th ed.) (pp. 804-812). Philadelphia: Elsevier.

- Murawski, B., Wade, L., Plotnikoff, R., Lubans, D. & Duncan, M. (2018) A systematic review and meta-analysis of cognitive and behavioral interventions to improve sleep health in adults without sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 40, 160-169. doi: 10.1016/j.smr.2017.12.003
- O'Connor, B. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 32(3), 396–402. doi:10.3758/BF03200807
- Palagini, L., Ong, J., & Riemann, D. (2017). The mediating role of sleep-related metacognitive processes in trait and pre-sleep state hyperarousal in insomnia disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 59-65. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.03.001
- Pavlova, M. & Latreille, V. (2019). Sleep disorders. *The American Journal of Medicine*, 132(3), 292-299. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.09.021
- Perlis, M., Ellis, J., Kloss, J., & Riemann, D. (2017). Etiology and pathophysiology of insomnia. In Kryger, M., Roth, T., & Dement, W. (Eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* (6th ed.) (pp.769-784). Philadelphia: Elsevier.
- Pollak, C., Thorpy, M., & Yager, J. (2010). *The encyclopedia of sleep and sleep disorders* (3rd ed.). New York: Facts on File.
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Groselj, L., Ellis, J., ... & Spiegelhalder, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26(6), 675-700. doi: 10.1111/jsr.12594
- Ree, M., Harvey, A., Blake, R., Tang, N., & Shawe-Taylor, M. (2005). Attempts to control unwanted thoughts in the night: development of the thought control questionnaire-insomnia revised (TCQI-R). *Behaviour Research and Therapy*, 43, 985-998. doi: 10.1016/j.brat.2004.07.003
- Sella, E., Tona, G., & Beni, R. (2016). Il Metacognitions Questionnaire-Insomnia (MCQ-I) e il Thought Control Questionnaire Insomnia-Revised (TCQI-R): adattamento italiano di due questionari metacognitivi per la valutazione dei disturbi del sonno. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 22(2), 139-167. doi: 10.1037/t63791-000

- Schmidt, R., Harvey, A., & Van der Linden, M. (2011). Cognitive and affective control in insomnia. *Frontiers in Psychology*, 2(349), 1-12. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00349
- Schmidt, R., Gay, P., Ghisletta, P., & Van der Linden, M. (2010). Linking impulsivity to dysfunctional thought control and insomnia: a structural equation model. *Journal of Sleep Research*, 19, 3-11. doi: 10.1111/j.1365-2869.2009.00741.x
- Schmidt, R., Gay, P., & Van der Linden, M. (2009). Validation of a French version of the thought control questionnaire-insomnia revised (TCQI-R). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 59(1), 69-78. doi: 10.1016/j.erap.2007.08.002
- Straten, A., Zweerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C., & Lancee, J. (2018). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: a meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 38, 3-16. doi: 10.1016/j.smr.2017.02.001
- Wegner, D. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52.
- Well, A. & Davies, M. (1994). The thought control questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.

ANEXOS

Anexo A: Questionário de Controlo do Pensamento na Insónia-Revisto (QCPI-R)

Questionário de Controlo do Pensamento na Insónia – Revisto [QCPI-R]

Versão original: TCQR-I (Ree et al., 2005)

Versão Portuguesa autorizada: D. Marques, C. Nóbrega e A. Correia (2018)

Muitas pessoas acham que à noite quando tentam dormir lhes vêm à cabeça pensamentos relacionados com o dia que tiveram ou sobre o dia a seguir. Outras vezes, vêm-lhes à cabeça pensamentos relacionados com problemas constantes ou situações de stress no trabalho ou em casa. Às vezes, estes pensamentos fazem com que seja difícil adormecer.

Com que frequência pensar demais o(a) mais acordado(a)?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca										Todas as noites

Abaixo, estão coisas que as pessoas fazem para controlar estes pensamentos. Por favor, para cada afirmação cuidadosamente indique a que frequência usa cada técnica para controlar os pensamentos que lhe passam pela cabeça quando tenta adormecer à noite, colocando um círculo no número que melhor se aplica a si. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a pensar em cada uma das técnicas.

	Quase nunca	Az vezes	Muitas vezes	Quase sempre
<i>Quando os pensamentos que lhe passam pela cabeça me mantêm acordado(a) à noite, eu...</i>				
1. Digo a mim mesmo(a) para não pensar sobre eles agora	1	2	3	4
2. Tento afastar os pensamentos para fora da minha cabeça	1	2	3	4
3. Em vez desses pensamentos, tento lembrar-me de imagens boas		2	3	4
4. Se os pensamentos se relacionam com um problema, decido resolver o problema	1	2	3	4
5. Tento parar de ler um livro, ver televisão ou ouvir música	1	2	3	4
6. Rumino (penso) muito sobre eles	1	2	3	4
7. Decido adiá-los até de manhã	1	2	3	4
8. Deixo que a minha cabeça fique "vazia"	1	2	3	4
9. Digo a mim mesmo(a) para não ser tão tolo(a)	1	2	3	4
10. Concentro-me no pensamento	1	2	3	4
11. Substituo o pensamento por outro pensamento mau mas mais vulgar	1	2	3	4

12. Castigo-me a mim mesmo(a) por ter esse pensamento	1	2	3	4
13. Continuo a pensar noutras preocupações	1	2	3	4
14. Guardo o pensamento para mim mesmo(a)	1	2	3	4
15. Em vez desses pensamentos, eu penso sobre outra coisa	1	2	3	4
16. Confronto a validade dos pensamentos	1	2	3	4
17. Fico irritado(a) comigo mesmo(a) por ter o pensamento	1	2	3	4
18. Evito discutir o pensamento	1	2	3	4
19. Grito comigo mesmo(a) por ter o pensamento	1	2	3	4
20. Analiso o pensamento racionalmente	1	2	3	4
21. Em vez desses pensamentos, eu penso em coisas agradáveis	1	2	3	4
22. Em vez desses pensamentos, eu preocupo-me com coisas mais importantes	1	2	3	4
23. Faço alguma coisa de que gosto	1	2	3	4
24. Tento olhar o pensamento de um modo diferente	1	2	3	4
25. Tento ocupar-me com o trabalho	1	2	3	4
26. Penso de uma maneira diferente sobre	1	2	3	4
27. Em vez desses pensamentos, eu penso sobre preocupações passadas	1	2	3	4
28. Concentro-me em outros pensamentos negativos	1	2	3	4
29. Pergunto as razões do pensamento	1	2	3	4
30. Digo a mim mesmo(a) que alguma coisa má acontecerá se eu tiver o pensamento	1	2	3	4
31. Mantenho-me ocupado(a)	1	2	3	4
32. Prefiro pensar as coisas ao pormenor em vez de me distrair de	1	2	3	4
33. Procuro apoiar-me em outros (ex: companheiro(a) ou um amigo no dia seguinte)	1	2	3	4
34. Digo para mim mesmo(a): "Para!"	1	2	3	4
35. Procuro bloquear os pensamentos através de uma ação física (ex: virar-me na cama, sair da cama)	1	2	3	4

Anexo B: Escala de Catastrofização da Insónia (ECI)

Escala de Catastrofização da Insónia (ICS)

Versão original: ICS (Jansson-Fröjmark, Harvey, & Flink, 2012).
 Versão Portuguesa autorizada: D. Marques, A. Correia e C. Nóbrega (2014)

Instrução ICS-N: Toda a gente tem, às vezes, uma má noite de sono. Nessas noites, pode pensar sobre o seu sono mau (**dormir mal**) e as suas consequências. Por favor, marque um círculo no número que melhor descreve a frequência com que nota esses pensamentos.

Com que frequência tem estes pensamentos nas noites em que não consegue dormir?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
O meu sono vai continuar sempre mau	0	1	2	3	4	5
Não há nada que eu possa fazer para conseguir dormir	0	1	2	3	4	5
A minha saúde física será afetada negativamente	0	1	2	3	4	5
Esta noite vou dormir muito pouco	0	1	2	3	4	5
O meu sono mau terá consequências graves	0	1	2	3	4	5
Os meus pensamentos vão "correr" toda a noite	0	1	2	3	4	5
O meu sono mau vai piorar	0	1	2	3	4	5
A minha aparência física será afetada negativamente	0	1	2	3	4	5
Eu vou perder controlo sobre a minha capacidade para dormir	0	1	2	3	4	5
O meu sono mau irá resultar num esgotamento nervoso	0	1	2	3	4	5
A minha capacidade para funcionar será gravemente afetada (ex: no trabalho, fazer exercício físico, e tarefas domésticas)	0	1	2	3	4	5
Eu vou sentir-me mal o resto do dia	0	1	2	3	4	5
O meu sono mau terá consequências graves no trabalho hoje	0	1	2	3	4	5
Vou sentir-me cada vez pior	0	1	2	3	4	5
Vou funcionar mal todo o dia	0	1	2	3	4	5
As minhas atividades diárias serão gravemente afetadas	0	1	2	3	4	5
Vou perder o controlo sobre a minha capacidade para funcionar (ex: no trabalho, fazer exercício físico, em tarefas domésticas)	0	1	2	3	4	5

Instrução ICS-D: Toda a gente tem, às vezes, uma má noite de sono. Durante o dia, pode pensar sobre o seu sono mau (**dormir mal**) e as suas consequências. Por favor, coloque um círculo no número que melhor descreve a frequência com que nos esses pensamentos.

Com que frequência tem estes pensamentos durante o dia depois de uma noite em que dormiu mal.	<i>Nunca</i>	<i>Quase nunca</i>	<i>A algumas vezes</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Sempre</i>
Eu vou sentir-me mal o dia todo	0	1	2	3	4	5
O meu sono mau terá consequências graves no dia de hoje	0	1	2	3	4	5
Vou sentir-me cansado por	0	1	2	3	4	5
Vou funcionar mal todo o dia	0	1	2	3	4	5
As minhas atividades diárias serão gravemente afetadas	0	1	2	3	4	5
A minha capacidade para trabalhar será gravemente afetada (ex: no trabalho, fazer exercício físico, em tarefas domésticas)	0	1	2	3	4	5

Anexo C: Índice de Gravidade da Insónia (ISI)

ÍNDICE DE GRAVIDADE DE INSÓNIA (ISI)

Nome: _____ Data: _____

Para cada questão apresentada, por favor, coloque um círculo no número que corresponde à sua resposta.

1. Qual a **GRAVIDADE** actual (últimas 2 semanas) do(s) seu(s) problem(a)s de insónia?

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Muito Grave
Dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
Dificuldade em manter-se a dormir	0	1	2	3	4
Acordo demasiado cedo, antes da hora habitual	0	1	2	3	4

2. Está satisfeito/insatisfeito com o seu padrão actual do sono?

Muito Satisfeito	Satisfeito	Neutro	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
0	1	2	3	4

3. Acha que o seu problema do sono interfere com o seu funcionamento diário (ex: fadiga diurna, capacidade para trabalhar, concentração, memória, humor, etc.)?

Não Interfere Nada	Pouco Interfere	Moderadamente Interfere	Muito Interfere	Muitíssimo Interfere
0	1	2	3	4

4. Acha que o seu problema do sono tem um impacto que as outras pessoas notam na sua qualidade de vida?

Não Notam Nada	Pouco Notam	Moderadamente Notam	Muito Notam	Notam Muitíssimo
0	1	2	3	4

5. Está preocupado com o seu actual problema do sono?

Nada Preocupado	Pouco Preocupado	Moderadamente Preocupado	Muito Preocupado	Muitíssimo Preocupado
0	1	2	3	4

© C. Morin (1993) - Versão original

© V. Clemente, (2007; 2013) - Versão autorizada para Portugal

Anexo D: Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:
 Quase sempre
 Muitas vezes
 Por vezes
 Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:
 Tanto como antes
 Não tanto agora
 Só um pouco
 Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo mau me estivesse para acontecer:
 Sim e muito forte
 Sim, mas não muito forte
 Um pouco, mas não me aflige
 De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:
 Tanto como antes
 Não tanto como antes
 Muito menos agora
 Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:
 Na maior parte do tempo
 Muitas vezes
 Por vezes
 Quase nunca
6. Sinto-me cansado/a:
 Muito
 Pouco
 De vez em quando
 Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:
 Quase sempre
 Muitas vezes
 Por vezes
 Nunca
8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
 Quase sempre
 Muitas vezes
 Por vezes
 Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
 Nunca
 Por vezes

- () Muitas vezes
() Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
() Completamente
() Não dou a atenção que devia
() Talvez cuide menos que antes
() Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
() Muito
() Bastante
() Não muito
() Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
() Tanto como antes
() Não tanto como antes
() Bastante menos agora
() Quase nada
13. De repente, tenho sensações de pânico:
() Muitas vezes
() Bastantes vezes
() Poucas vezes
() Nunca
14. Sou capaz de ler um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
() Muitas vezes
() De vez em quando
() Poucas vezes
() Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Anexo E: Autorização para adaptação e validação do TCQI-R

Permission to develop an European Portuguese version of the TCQI-R



Dr. Allison Harvey <aharvey@berkeley.edu>

ter 21-08, 15:31

drmarques@ua.pt



Responder a todos | v

Of course, please do, Dr. Marques. All my very best to you for the process! Allison

...

On Aug 21, 2018, at 6:09 AM, drmarques@ua.pt wrote:

Dear Prof. Allison Harvey,

My name is Daniel Marques and I am an invited Assistant Professor (Psychology) at the University of Aveiro (Portugal). In the next months, I would like to develop an European Portuguese version of the thought control questionnaire-insomnia revised (TCQI-R). For that purpose, I would like to get your permission. The only materials I have are the original paper (2005) and the French version published in 2009. If there are more papers on the scale please let me know. Of course, in the future, we would like that you can be our co-author in publications.

To know a liitle bit about my interests and publications please see my ResearchGate.

I look forward to hearing from you,

Daniel Ruivo Marques

Anexo F: Parecer da Comissão de Ética



universidade de aveiro

Comissão Permanente para os Assuntos de Investigação (CPAI)

Parecer nº: 27/2018 (Extrato)

Requerente: Daniel Ruivo Marques

Título do Projeto: “Adaptação Portuguesa do *Thought Control Questionnaire-Insomnia Revised (TCQI-R)* e da *Insomnia Catastrophising Scale (ICS)*”

Orientador e Investigador responsável: Doutor Daniel Ruivo Marques (DEP-UA)

Equipa de Investigação:

- Ana Luísa Marques Correia (Aluna do 2.º ano do mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica);

- Carlota Sofia Andrade Nóbrega (Aluna do 2.º ano do mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica);

Enquadramento Institucional: Departamento de Educação e Psicologia - Universidade de Aveiro.

Relator: Doutor Jorge Carvalho Arroiteia

Relatores Adjuntos: Doutora Paula Cristina M. S. Pereira; Professor António Rocha Andrade, Doutor Jorge Frade, Doutor Armando J. Formoso de Pinho.

II. Parecer

a. Fundamentação

1. A proposta relativa ao projeto apresenta-se fundamentada com indicação dos participantes, objetivos do estudo, metodologia de recolha, tratamento dos dados e bibliografia de apoio;
2. Estão asseguradas as questões éticas associadas ao desenvolvimento, à privacidade e à divulgação dos resultados do estudo;
3. Estão indicados os procedimentos a seguir, nomeadamente no que respeita às análises a levar a cabo e ao interesse do estudo;
4. Está indicada a equipa responsável pelo desenvolvimento do projeto de investigação.

De acordo com exposto a proposta respeita os princípios de ética neste género de investigação na medida em que o estudo:

1. Salvaguarda o consentimento informado dos participantes;
2. Salvaguarda a intervenção voluntária dos intervenientes;
3. Confidencialidade dos dados recolhidos no projeto que são analisados pela equipa de investigação, mantendo-se sigilosos e anónimos sendo destruída no termo do estudo;
4. Assegura a utilização de instrumentos não invasivos.

b. Sugestões e Recomendações

Solicita-se que em todos os procedimentos seja respeitada a legislação nacional e europeia relativa à Proteção dos Dados Pessoais.

c. Conclusão

A Comissão Permanente do Conselho de Ética, constituída pelos ora relatores, após apreciação da documentação recebida e atendendo aos procedimentos descritos no estudo de investigação, considera que a realização do projeto “Adaptação Portuguesa do *Thought Control Questionnaire-Insomnia Revised (TCQI-R)* e da *Insomnia Catastrophising Scale (ICS)*”, merece parecer favorável.

Aveiro, 6 de novembro de 2018

Anexo G: Autorização para utilização da ISI

A Ter, 25 de set de 2018, 15:09, Daniel Marques <drmarques@ua.pt> escreveu:

Boa tarde Vanda,

Espero que se encontre bem :)

Estou a enviar-lhe este mail porque vou orientar dois trabalhos de mestrado aqui na UA que serão dois estudos de validação de instrumentos da insónia:

- *Thought Control Questionnaire-Insomnia Revised (TCQI-R)* e *Insomnia Catastrophising Scale (ICS)*

Para este trabalho, pretendíamos também utilizar a ISI no protocolo para fins de divisão de amostra e validade convergente. Deste modo, venho pedir-lhe autorização para usar. Eu já tenho a sua cópia da ISI do meu doutoramento e do pós-doc pelo que não precisa de enviar :-)

Beijinhos,

Daniel

pedido de autorização para usar a ISI



Vanda Clemente <vandaclem@gmail.com>

📧 Responder a todos | ▾

qua 26-09-2018, 07:37

Daniel Marques ▾

Daniel,

É claro que sim. Desejo um bom trabalho!

Bjinhos

Vanda Clemente

Anexo H: Autorização para utilização da HADS



Daniel Marques

ter 25-09-2018, 15:13

jlpr@fpce.up.pt

Responder a todos

Caro Prof. Pais-Ribeiro,

Chamo-me Daniel Marques e sou Prof. Auxiliar Convidado da Universidade de Aveiro. Encontro-me a orientar duas dissertações de mestrado sobre validação de duas escalas sobre insónia e, no protocolo, gostaríamos de incluir a versão portuguesa da HADS que validou para o nosso país. Neste sentido, venho pedir-lhe autorização para utilizarmos esta versão portuguesa da HADS.

Cumprimentos,

Daniel Marques

pedido de autorização para usar a HADS-PT



José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

qua 26-09-2018, 09:48

Responder a todos

Caro colega

Não nos opomos ao uso da versão do da HADS que estudámos e desenvolvemos para uso com a população portuguesa.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

...

Anexo I: Página inicial de apresentação do estudo e Consentimento Informado

Adaptação e Validação da ECI e QCPI-R

Caro(a) participante,

No âmbito da nossa dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, que estamos a levar a cabo na Universidade de Aveiro, vimos solicitar a sua colaboração para participar num estudo para adaptação de dois instrumentos de avaliação psicológica sobre insónia.

A sua tarefa consistirá apenas em preencher alguns questionários breves. O tempo estimado para o preenchimento é de 10-15 minutos.

Os seus dados serão tratados de forma anónima e confidencial e utilizados apenas para fins científicos.

Para participar neste estudo deverá ter pelo menos 18 anos e ter nacionalidade portuguesa.

Muito obrigado, desde já, pela sua colaboração.

Alunas de mestrado: Ana Luísa Correia (almc@ua.pt) e Carlota Nóbrega (carlotanobrega@ua.pt)
Orientação: Prof. Doutor Daniel Ruivo Marques (drmarques@ua.pt) (DEP, Universidade de Aveiro)

SEGUINTE Página 1 de 7

Nunca envie palavras-passe através dos Formulários do Google.

Adaptação e Validação da ECI e QCPI-R

*Obrigatório

Consentimento informado *

Declaro que aceito participar neste estudo, estando consciente de que os meus dados serão tratados de maneira anónima e confidencial.

ANTERIOR **SEGUINTE** Página 2 de 7

Nunca envie palavras-passe através dos Formulários do Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#)