



Juliana da Silva Alves **Qualidade de sono (BaSIQS), esforço para dormir (GSES) e pensamentos antes de adormecer (GCTI) numa amostra não clínica de adultos**



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2015

Juliana da Silva Alves Qualidade de sono (BaSIQS), esforço para dormir (GSES) e pensamentos antes de adormecer (GCTI) numa amostra não clínica de adultos

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Cardoso Allen Gomes, Professora Auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à minha família e ao Daniel, pelo apoio incondicional.

o júri

presidente

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Associada C/ Agregação da Universidade de Aveiro

Doutora Ana Paula Monteiro Amaral
Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

Prof. Doutora Ana Cardoso Allen Gomes
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro (Orientadora)

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Allen Gomes, orientadora desta tese, pela colaboração, disponibilidade e empenho que depositou nesta investigação.

Ao Doutorando Daniel Marques pelo olhar atento. Obrigada pelo exemplo de trabalho, perfeccionismo e entusiasmo.

Aos meus pais, à minha irmã e ao Daniel por todo o amor, força e apoio. Obrigada pela paciência e por acreditarem em mim. Sem vocês nada seria possível.

A todas as pessoas da minha família e amigos que me ajudaram na recolha da amostra e estiveram presentes ao longo deste caminho.

Muito obrigada a todos os participantes, sem os quais seria impossível a realização deste trabalho.

Agradeço aos professores, pela formação de excelência prestada e da qual muito me orgulho.

palavras-chave

Qualidade de sono, insónia, BaSIQS, GSES, GCTI, adultos portugueses.

Resumo

O presente estudo teve como objetivos, em primeiro lugar, analisar, em adultos portugueses, as características psicométricas das escalas BaSIQS (Escala Básica de Insónia e Qualidade de Sono, de Gomes, 2005), GSES (Glasgow Sleep Effort Scale, de Broomfield e Espie, 2005) e GCTI (Glasgow Content of Thoughts Inventory, de Harvey e Espie, 2004), nas versões portuguesas de Marques et al. 2013a e Marques et al. 2013b. Em segundo lugar, procedeu-se à análise da qualidade de sono percebida e queixas de insónia, do esforço para adormecer e da presença de pensamentos intrusivos antes de adormecer, em função de variáveis clínicas/de saúde e de características sociodemográficas. A BaSIQS avalia queixas de insónia e qualidade de sono; a GSES avalia o esforço para dormir; e a GCTI avalia os pensamentos intrusivos antes de adormecer. O estudo foi realizado numa amostra de 227 adultos portugueses, com idades compreendidas entre os 20 e os 74 anos ($M=43$; $DP=12.44$), sendo 50.2% do sexo masculino e 49.8% do sexo feminino. Pretendeu-se abranger uma amostra diversificada da população portuguesa, que incluísse indivíduos de vários grupos etários, profissionais, setores de atividade e graus de escolaridade. Na análise das características psicométricas, os resultados revelaram que a BaSIQS, a GSES e a GCTI apresentaram uma fidelidade adequada no que toca à consistência interna ($\alpha=0.84$, $\alpha=0.83$ e $\alpha=0.95$, respetivamente). Constatou-se ainda que as três escalas se associaram significativamente entre si. A análise da validade de critério mostrou que participantes que referiram ter problemas de sono apresentaram pontuações mais elevadas nas escalas, com magnitudes de efeito elevadas. No que respeita à análise das características sociodemográficas, verificou-se que as mulheres e os indivíduos com mais idade apresentaram pontuações mais elevadas nas escalas. Em geral, indivíduos com o 1º ciclo apresentaram maior esforço para dormir, maior quantidade de pensamentos intrusivos antes de adormecer e pior sono percebido, mas o mesmo se passou com os indivíduos mais velhos, por isso, os resultados podem dever-se, não à escolaridade em si mesma, mas a uma idade mais avançada no grupo do 1º ciclo. Quando se comparou casados e solteiros, empregados e desempregados, setor secundário e terciário, não foram encontradas diferenças significativas. Relativamente às variáveis clínicas/de saúde, constatou-se que participantes que tomam medicação e participantes com outras doenças do foro físico ou mental apresentaram pontuações mais elevadas na BaSIQS, na GSES e na GCTI. Estas escalas mostram-se úteis não apenas para amostras clínicas, mas também para a população em geral porque podem proporcionar informações pertinentes para promoção de um sono mais saudável.

keywords

Sleep quality, insomnia, BaSIQS, GSES, GCTI, portuguese adults.

Abstract

The aims of the present work were, firstly, to analyze the psychometric behavior of three scales in Portuguese adults: the BaSIQS (Basic Scale on Insomnia complaints and Quality of Sleep; Gomes, 2014); the GSES (Glasgow Sleep Effort Scale; Broomfield and Espie, 2005) and the GCTI (Glasgow Content of Thoughts Inventory, Harvey and Espie, 2004), Portuguese versions (Marques et al., 2013a and Marques, 2013b). Secondly, to explore insomnia complaints, perceived sleep quality, sleep effort and thoughts before falling asleep by considering clinical/health variables and sociodemographic characteristics. The BaSIQS addresses complaints of insomnia and poor sleep quality. The GSES evaluates the efforts that people make in order to try to fall asleep. The GCTI evaluates recurrent intrusive thoughts that may arise before people fall asleep. Participants consisted of 227 Portuguese adults, with ages between 20 and 74 years old ($M=43$; $SD=12.44$), 50.2% men and 49.8% women. We tried to reach a diverse sample of Portuguese population, which included individuals from a variety of age groups, occupations, activity sectors and educational levels. Regarding the analysis of psychometric characteristics, the results revealed that BaSIQS, GSES and GCTI had adequate reliability as to internal consistency ($\alpha=0.84$, $\alpha=0.83$ and $\alpha=0.95$, respectively). The three scales correlated significantly to each other. As to criterion validity, participants who reported sleep problems had higher scores in all three scales, with high effect sizes. Concerning the analysis of sociodemographic characteristics, it was found that women and older individuals had higher sleep difficulties in all three scales. In general, individuals with the lowest educational level showed poorer sleep quality, higher sleep effort and higher intrusive thoughts before falling asleep. However, the same happened with older individuals, so the results may be due, not to the level of education itself, but an older age in the primary education group. When we compared married vs. single individuals, employed vs. unemployed individuals and secondary vs. tertiary activity sectors, no significant differences were found. With respect to clinical/health variables, medication and other physical or mental disorders were associated to higher sleep difficulties in BaSIQS, GSES and GCTI. These scales might be relevant not only for clinical samples, but also for the general population as they may provide relevant information to promote better sleep health.

Índice

Introdução.....	1
Metodologia.....	6
Participantes.....	6
Instrumentos.....	8
Procedimento	9
Análise estatística	10
Resultados.....	11
Discussão.....	18
Referências	24
Anexos.....	29

Índice de tabelas

Tabela 1: <i>Características sociodemográficas da amostra</i>	7
Tabela 2: <i>Características clínicas da amostra</i>	8
Tabela 3: <i>Estatísticas item-total corrigido e alfa de Cronbach se o item for excluído da BaSIQS.</i>	11
Tabela 4: <i>Matriz de correlações inter-item da BaSIQS.</i>	11
Tabela 5: <i>Estatísticas item-total corrigido e alfa de Cronbach se o item for excluído da GSES.</i>	12
Tabela 6: <i>Matriz de correlações inter-item da GSES.</i>	12
Tabela 7: <i>Estatísticas item-total corrigido e alfa de Cronbach se o item for excluído da GCTI.</i>	13
Tabela 8: <i>Correlações entre as escalas.</i>	13
Tabela 9: <i>Comparação das pontuações das escalas em função do auto-relato para problemas de sono.</i>	14
Tabela 10: <i>Correlações entre a pontuação nas escalas e a idade.</i>	14
Tabela 11: <i>Comparação das pontuações das escalas entre homens e mulheres</i>	15
Tabela 12: <i>Comparação das pontuações das escalas em função da toma de medicação para dormir</i>	17
Tabela 13: <i>Comparação das pontuações das escalas em função do diagnóstico de doenças do foro físico ou mental.</i>	18
Tabela 14: <i>Comparação das pontuações das escalas em função da toma de medicação para alguma doença do foro físico ou mental.</i>	18

Introdução

O sono desempenha um papel relevante no comportamento humano e existem evidências de que a quantidade e qualidade do sono afetam o funcionamento geral do indivíduo (Gomes, 2005).

De acordo com uma definição comportamental simples, o sono é um estado comportamental reversível de “desligamento” perceptivo e ausência de responsividade ao meio ambiente (Carskadon & Dement, 2000). Buysse (2014) sugeriu recentemente uma nova expressão, “*sleep health*”, para definir um construto específico e que poderemos traduzir por “sono saudável”. De acordo com este autor, um sono saudável envolve um padrão multidimensional de sono-vigília, adaptado às exigências individuais, sociais e ambientais, promovendo bem estar-físico e mental. Uma boa saúde de sono é caracterizada por satisfação subjetiva, *timing* adequado, duração adequada, elevada eficiência e vigília contínua durante as horas de vigília. Neste estudo, o autor refere algumas razões pelas quais devemos considerar o conceito de “*sleep health*” ao invés do conceito de “*sleep deficiency*” (mais frequente na literatura; Buysse *et al.*, 2010): (1) a saúde não é apenas a ausência de doença e, por isso, o sono saudável não deve ser definido exclusivamente pela ausência de privação do sono ou perturbação do sono – o conceito de “sono saudável” é mais amplo e potencialmente mais útil; (2) estados de incapacidade são vistos como negativos, algo a ser evitado – enquadrar o sono numa perspetiva positiva pode ajudar em iniciativas de educação e promoção da saúde; (3) as incapacidades geralmente referem-se a quantidades inadequadas de uma substância exógena ou endógena em vez de processos endógenos ou estados – geralmente associamos o sono a termos quantitativos, como se este fosse uma substância, e, de facto, o sono é fundamentalmente um processo ou um estado; (4) as perturbações são geralmente definidas em termos categoriais – existem gradações, mesmo para o sono saudável, que, no entanto, são difíceis de avaliar; (5) finalmente, o processo contínuo do sono saudável pode ser medido e aplicado a todos os indivíduos ao passo que um sono deficiente ou perturbado, por definição, apenas existe em alguns indivíduos – para fins de educação e promoção da saúde, será útil incluir todos os indivíduos e não apenas uma minoria com doença (Ware, Brook, Davis, & Lohr, 1981).

De acordo com Doghramnji (2004), um terço da população geral sofre de alguma forma de perturbação do sono, sendo a insónia o problema de sono mais prevalente (American Academy of Sleep Medicine, 2005; American Psychiatric Association, 2014). De

acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; APA, 2014), a característica essencial da perturbação de insónia é a insatisfação com a quantidade ou qualidade do sono acompanhada de queixas de dificuldade em iniciar ou manter o sono. A insónia pode ocorrer devido à dificuldade em iniciar o sono na hora de dormir ou pode envolver despertares frequentes ou prolongados durante a noite. De modo similar, segundo a classificação internacional de perturbações de sono, a insónia caracteriza-se essencialmente por dificuldades no início e manutenção do sono, acordar antes da hora desejada e/ou acordar com a sensação de que o sono não foi reparador (AASM, 2005).

A desvalorização dos problemas do sono, não só por parte dos doentes, mas também por parte dos profissionais de saúde, contribui para o crescimento deste problema verificando-se um enorme impacto a nível da saúde e económico (Léger, Guilleminault, Bader, Lévy, & Paillard, 2002; Soldatos, Allaert, Ohta, & Dikeos, 2005; Santos, 2006; Antunes, 2008). A ausência de tratamento das perturbações do sono, em particular da insónia, tem graves repercussões na qualidade de vida dos indivíduos podendo mesmo colocar em risco a sua vida (e.g., acidentes de viação, acidentes em contexto de trabalho, cf. Doghramji, 2001; Reimer, & Flemons, 2003; Swanson, Arnedt, Rosekind, Belenky, Balkin, & Drake, 2011).

A insónia tem sido atribuída a fatores fisiológicos, cognitivos e comportamentais (Espie, 2007). Embora seja provável que todos estes três fatores possam desempenhar um papel na iniciação ou na manutenção da insónia, modelos cognitivos têm recebido apoio crescente nos últimos anos. Muitos doentes com insónia queixam-se com frequência de ativação cognitiva no período antes de adormecer e no período de readormecimento após qualquer acordar noturno, sendo que esta ativação pode incluir preocupação incontável e pensamentos intrusivos (Harvey, 2000; Harvey & Espie, 2004; Hiller, Johnston, Dohnt, Lovato, & Gradisar, 2015).

A insónia psicofisiológica (IP) parece ser o tipo de insónia mais comum na população em geral, em que cerca de 15% dos doentes com queixas de insónia são diagnosticados com este tipo de insónia (AASM, 2005; Espie, Broomfield, MacMahon, Macphee, & Taylor, 2006). À IP estão associadas algumas características: pensamentos automáticos disfuncionais relacionados com o sono e outros temas auto-referenciais, aumento da ansiedade sobre o sono, hiperativação de diversos sistemas psicobiológicos,

condicionamento mal adaptativo entre estímulos e respostas que provocam sono e um esforço acentuado para adormecer (AASM, 2005; Espie, 2007).

Existem diversos modelos que têm tentado compreender a etiologia e manutenção da IP. O modelo de inibição psicobiológica de Espie (2002) difere de outras concetualizações porque toma como ponto de partida uma perspectiva sobre a normalidade do comportamento de sono ao invés de se centrar na patologia. De acordo com este modelo, os processos homeostáticos e circadianos dos indivíduos que não têm problemas de sono constituem um padrão automático e natural. Desta forma, à semelhança de outros sistemas neurocomportamentais, um sono saudável assume plasticidade e automaticidade funcionais. A plasticidade está relacionada com a capacidade do sono se ajustar aos fatores situacionais que contrariem o normal funcionamento do ciclo sono-vigília. A automaticidade acontece quando o sono é iniciado e mantido involuntariamente através de associações condicionadas bem estabelecidas entre os estímulos relacionados com o sono e o sono propriamente dito. Quando o processo de sono-vigília deixa de ser natural e automático pode existir comprometimento ao nível do comportamento de sono. O modelo de atenção-intenção-esforço (A-I-E) de Espie *et al.* (2006) constitui um aprofundamento do modelo de inibição psicobiológica e acrescenta que a automaticidade do ciclo sono-vigília é inibida através de três processos centrais: atenção seletiva, intenção explícita e esforço para dormir (Broomfield, Gumley, & Espie, 2005; Espie *et al.*, 2006; Espie, 2007). A percepção da existência de um problema de sono conduz a um maior anseio em dormir o que, conseqüentemente, incrementa o valor do sono enquanto conseqüência reforçadora. A incapacidade para dormir é, por isso, experienciada como uma ameaça. A atenção seletiva para pistas relacionadas com o sono pode surgir devido à saliência das mesmas, à monitorização da ameaça, à capacidade reforçadora do sono ou devido à combinação destes fatores (Espie *et al.*, 2006). Quando os processos atencionais são dirigidos para aspetos relacionados com o sono, este deixa de ser automático e fica perturbado (Perlis, Shaw, Cano, & Espie, 2011). Após a atenção seletiva para o sono, os indivíduos apresentam uma intenção explícita para dormir e, conseqüentemente, surge a última etapa deste circuito, o esforço para dormir. Por sua vez, o esforço para dormir e a ativação resultante dificultam o adormecimento. A ativação cognitiva pode incluir pensamentos intrusivos antes de adormecer, por exemplo, relacionados com problemas familiares ou profissionais, relacionados com a planificação do dia seguinte ou revisão do dia anterior ou simplesmente

com uma experiência de vida do indivíduo (Harvey, & Espie, 2004; Clemente, 2006). A privação do sono potencia o aumento do estado de ativação que vai assim atuar como fator de manutenção (Clemente, 2006).

Tendo em conta a relevância que o esforço para dormir e a ativação cognitiva assumem na perpetuação da insónia, Brommfield e Espie (2005) desenvolveram a *Glasgow Sleep Effort Scale* (GSES) que avalia o esforço para dormir; e Harvey e Espie (2004) desenvolveram a *Glasgow Content Thoughts Inventory* (GCTI) que avalia o conteúdo dos pensamentos antes de adormecer, nomeadamente em termos de frequência com que estes ocorrem. A GSES e a GCTI são instrumentos relevantes e pertinentes para avaliar queixas de sono que aparecem na prática clínica. Estas escalas foram desenvolvidas envolvendo um investigador de referência mundial no estudo da insónia, Colin Espie, e foram recentemente traduzidas e adaptadas para português de Portugal e validadas numa ampla amostra de estudantes do Ensino Superior (Meiavia, 2013; Meiavia, Marques, Espie, Silva, & Gomes, 2014; Marques, Meiavia, Espie, Silva, & Gomes, 2015). Também já foram estudadas em idosos (Silva, 2014).

Como constatamos, o sono não reparador e a queixa de má qualidade de sono são comuns e podem ocorrer em associação com a dificuldade em iniciar ou manter o sono, ou menos frequentemente de forma isolada. A qualidade de sono parece estar relacionada com aspetos subjetivos ou percebidos, por isso medidas de auto-resposta constituem o meio privilegiado para avaliação deste construto. Desta forma, a *Escala Básica de Insónia e Qualidade de Sono* (BaSIQS), desenvolvida por Gomes, Marques, Meiavia, Meiavia, Tavares, Silva, e Azevedo (2014), Gomes (2005) e Gomes, Tavares, e Azevedo (2011), parece-nos um instrumento oportuno. Esta escala avalia de modo parcimonioso a qualidade do sono e queixas de insónia. Gomes *et al.* (2014) procederam à caracterização psicométrica em várias amostras de estudantes do ensino superior e Silva (2014) estudou esta escala numa amostra de idosos.

Em Portugal, embora a investigação não seja abundante, alguns estudos têm procurado avaliar a insónia ou outros problemas relacionados com o sono em adultos. A insónia parece ser prevalente em Portugal, sendo a dificuldade em adormecer e os acordares prematuros os sintomas mais frequentes, quer em amostras mais abrangentes (Ohayon, & Paiva, 2005; Gonçalves, Paiva, Maltez, & Ramos, 2010), quer em amostras de conveniência mais delimitadas (Paixão, Branco, & Contreiras, 2006). Também o uso de medicação diária

para dormir é muito reportado pela população adulta portuguesa (Gonçalves, Paiva, Maltez, & Ramos, 2010; Rodrigues, Nina & Matos, 2014). A prevalência de insónia parece ser significativamente mais elevada nas mulheres e tende a aumentar com a idade (Paixão, Branco, & Contreiras, 2006; Gonçalves, Paiva, Maltez, & Ramos, 2010; Rodrigues, Nina & Matos, 2014). Este dado está de acordo com a literatura internacional (APA, 2014).

Em dois estudos realizados em Portugal que utilizaram o *Pittsburg Sleep Quality Index* (PSQI) como medida de qualidade de sono, grande parte dos participantes revelaram má qualidade de sono (Ohayon, & Paiva, 2005; Rodrigues, Nina & Matos, 2014). A baixa escolaridade e o desemprego apresentaram-se como fatores de risco para pior qualidade de sono (Rodrigues, Nina & Matos, 2014).

Em Portugal, verifica-se ainda alguma escassez de instrumentos de avaliação do comportamento de sono, evidenciando-se a necessidade de maior investimento e estudo nesta área por parte dos psicólogos. Se os clínicos e investigadores tivessem disponíveis um maior e mais diversificado conjunto de provas psicológicas, o processo de avaliação clínica seria mais rigoroso (Simões, Almeida, & Gonçalves, 1999).

Justificada a relevância de se considerar a qualidade de sono e as queixas de insónia e uma vez que o esforço para dormir e os pensamentos intrusivos antes de adormecer são fatores importantes na manutenção da insónia, com esta investigação, pretende-se contribuir para o estudo de três instrumentos clínicos enquadráveis na área da medicina comportamental do sono. Mais especificamente pretende-se averiguar, em adultos portugueses, as propriedades psicométricas da Escala Básica de Insónia e Qualidade de Sono (BaSIQS; Gomes *et al.*, 2014); Inventário de Pensamentos de Glasgow (GCTI; Versão original: Harvey & Espie, 2004; versão portuguesa autorizada: Marques, Gomes, Meivavia & Couto, 2013); e Escala de Glasgow sobre o Esforço para Dormir (GSES; Versão original: Broomfield & Espie, 2005; versão portuguesa autorizada: Marques, Gomes, Meivavia & Couto, 2013). Estas escalas incidem sobre temas muito atuais e pouco estudados em Portugal. Além disso são instrumentos curtos, de autorresposta e simples aplicação, já estudados com outro tipo de amostras mais específicas (estudantes e idosos, em Portugal; amostras clínicas, no caso das escalas de Glasgow), mas nunca estudados na população adulta geral. De acordo com a prática clínica, estes instrumentos são pertinentes para avaliar muitas das queixas relacionadas com sintomas de insónia e discriminam de forma adequada indivíduos com insónia de indivíduos com sono saudável (Harvey, & Espie, 2004;

Brommfield, & Espie, 2005; Kohn, & Espie, 2005; Gomes *et al.*, 2014). Os principais objetivos deste trabalho são obter dados da população adulta portuguesa que permitam a sua utilização no nosso país e que possam auxiliar os profissionais que lidam com problemas/distúrbios de sono na sua prática clínica. Pretende-se recorrer a uma amostra que traduza a diversidade da população adulta portuguesa (com idade igual ou superior a 20 anos) que inclua indivíduos de vários grupos etários, profissionais, setores de atividade e graus de escolaridade (entre outros), para tal procurando alguma aproximação aos dados do CENSOS 2011 (INE, 2012). Pretende-se, em primeiro lugar, proceder ao estudo das características psicométricas das escalas nesta amostra (em termos de fidelidade e validade). Em segundo lugar, iremos também analisar a qualidade de sono percebida e queixas de insónia, o esforço para adormecer e a presença de pensamentos intrusivos antes de adormecer, em função de variáveis clínicas/de saúde e características sociodemográficas.

Metodologia

Participantes

Neste estudo recorreu-se a uma amostra não probabilística de 227 adultos portugueses. Os critérios de inclusão dos participantes foram: (1) ter idade ≥ 20 anos, (2) ter ou ter tido anteriormente alguma ocupação profissional, e (3) participação voluntária na investigação.

Os participantes tinham em média 43 anos, sendo 49.8% do sexo masculino e 50.2% do sexo feminino. Os participantes eram maioritariamente casados ou viviam em união de facto (68.3%), tinham o 3º ciclo completo (25.6%) ou o ensino secundário (23.8%) e estavam empregados (82.8%). Depois de questionados relativamente à profissão, esta foi classificada de acordo com os setores de atividade económica e de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (2010). A maioria dos participantes trabalhava no setor terciário (53.7%; que engloba o comércio, o turismo, os transportes e as atividades financeiras) e tinha profissões relativas ao grupo 7 (38.8%; trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices).

No que se refere a características clínicas e de saúde, quando questionados, 20.3% dos participantes referiram ter problemas de sono, enquanto 79.7% referiu não ter qualquer problema de sono. No entanto, apenas 9.7% dos participantes mencionaram ter recebido tratamento para problema de sono. Relativamente à medicação para dormir, 11.0% dos

participantes toma medicação para dormir e 89.0% não toma. A maioria dos indivíduos referiu não ter doença do foro físico ou mental (90.3%) e não tomar medicação para alguma doença do foro físico ou mental (80.6%).

Tabela 1: *Características sociodemográficas da amostra*

Características sociodemográficas	
(n=227)	
	M (DP)
Idade	42.99(12.44)
	n (%)
Sexo	
Feminino	113 (49.8%)
Masculino	114 (50.2%)
Estado Civil	
Solteiro	58 (25.6%)
Casado/União de facto	155 (68.3%)
Separado	2 (0.9%)
Divorciado	9 (4.0%)
Viúvo	3 (1.3%)
Escolaridade	
1º ciclo ou inferior	27 (11.9%)
2º ciclo	42 (18.5%)
3º ciclo	58 (25.6%)
Ensino Secundário	54 (23.8%)
Ensino Superior	46 (20.3%)
Situação Profissional	
Empregado	188 (82.8%)
Desempregado	25 (11.0%)
Baixa médica	2 (0.9%)
Reformado	12 (5.3%)
Setor de atividade	
Primário	2 (0.9%)
Secundário	103 (45.4%)
Terciário	122 (53.7%)
Grupo de Profissão	
Grupo 0	0 (0.0%)
Grupo 1	3 (1.3%)
Grupo 2	38 (16.7%)
Grupo 3	18 (7.9%)
Grupo 4	24 (10.6%)
Grupo 5	29 (12.8%)
Grupo 6	0 (0.0%)
Grupo 7	88 (38.8%)
Grupo 8	13 (5.7%)
Grupo 9	14 (6.2%)

Tabela 2: *Características clínicas da amostra*

Características clínicas (n=227)	
	n (%)
Tem algum problema de sono?	
Sim	46 (20.3%)
Não	181 (79.7%)
Recebeu tratamento para problema de sono?	
Sim	21 (9.3%)
Não	206 (90.7%)
Toma medicação para dormir?	
Sim	25 (11.0%)
Não	202 (89.0%)
Foi diagnosticada alguma outra doença do foro físico ou mental?	
Sim	22 (9.7%)
Não	205 (90.3%)
Toma medicação para alguma doença do foro físico ou mental?	
Sim	44 (19.4%)
Não	183 (80.6%)

Instrumentos

Relativamente aos instrumentos de avaliação utilizaram-se os seguintes:

Questionário Sociodemográfico e Clínico. Breve conjunto de questões para caracterização da amostra em termos sociodemográficos e clínicos. Para o presente estudo considerámos a informação sobre a idade (resposta aberta), sexo (feminino/masculino), estado civil (solteiro/casado ou união de facto/separado/divorciado/viúvo), nível de escolaridade (1º ciclo do ensino básico ou inferior/ 2º ciclo do ensino básico/ 3º ciclo do ensino básico/ ensino secundário/ ensino superior), situação profissional atual (empregado/desempregado/baixa médica/reformado), profissão (resposta aberta), tem algum problema de sono (sim/não), recebeu tratamento para problema de sono (resposta aberta), atualmente encontra-se a tomar medicação ou produto natural para dormir (sim/não), foi diagnosticada alguma doença do foro físico ou mental (sim/não), atualmente toma mais algum tipo de medicação (sim/não).

Escala Básica de Insónia e Qualidade de Sono (BaSIQS) (cf. Anexo A, Gomes *et al.*, 2014). Instrumento que avalia queixas de insónia e a qualidade do sono. Foi desenvolvido por Gomes em estudos sucessivos com diversos co-autores, em amostras de estudantes do ensino superior. O questionário é constituído por 7 itens que questionam

acerca de acontecimentos relativos à última semana. Cada item é avaliado numa escala de 5 pontos e pontuações mais elevadas traduzem queixas acrescidas de insónia ou sono pobre. A pontuação total pode variar entre 0 e 35 pontos. O valor α de Cronbach em amostras universitárias (Gomes *et al.*, 2014) e em amostras com idosos portugueses (Silva, 2014) foi, na maioria dos casos, de 0.73.

Escala de Glasgow sobre o Esforço para Dormir (Glasgow Sleep Effort Scale) [EGED / GSES] (cf. Anexo B, Broomfield & Espie, 2005; adaptação portuguesa: Marques *et al.*, 2012). Instrumento que avalia o esforço dos indivíduos para dormir. Os autores referem que o esforço para dormir é um fator relevante na manutenção da insónia. Neste sentido, construíram a GSES. A escala é constituída por 7 itens, que dizem respeito à frequência com que determinados comportamentos e sentimentos ocorreram nas 7 noites anteriores. Cada item é avaliado numa escala tipo Likert de 3 pontos (“Muito, Até certo ponto, De modo algum”). Quanto mais elevada for a pontuação na GSES, maior o esforço para dormir. A pontuação total pode variar entre 0 e 14 pontos. No estudo de Meivavia (2013), numa amostra de estudantes do ensino superior, o valor de α de Cronbach foi de 0.79 e no estudo de Silva (2014), numa amostra com idosos institucionalizados e não institucionalizados, o valor de α de Cronbach foi de 0.76.

Inventário de pensamentos de Glasgow - Sono (Glasgow Content of Thoughts Inventory [IPG-S /GCTI]) (cf. Anexo C, Harvey & Espie, 2004; adaptação portuguesa: Marques *et al.*, 2012). Instrumento que avalia o conteúdo dos pensamentos e sua frequência, no período antes de adormecer. Os itens do instrumento dizem respeito à frequência com que os pensamentos descritos ocorreram nas 7 noites anteriores. Cada item é avaliado numa escala tipo Likert de 4 pontos (“Nunca, Algumas vezes, Frequentemente, Sempre”). A pontuação total pode variar entre 25 e 100 pontos e quanto mais elevada for a pontuação, maior a quantidade de pensamentos intrusivos antes de adormecer. No estudo de Meivavia (2013), o valor de α de Cronbach foi de 0.93 e no estudo de Silva (2014) foi de 0.76.

Procedimento

Inicialmente solicitou-se formalmente a autorização aos autores portugueses responsáveis pela adaptação dos instrumentos de avaliação, para proceder à sua aplicação. Como se pretendia uma amostra pertencente à população geral, a investigadora foi

localizando pessoas recorrendo a uma diversidade de locais: na rua, em locais de trabalho como fábricas ou lojas ou através de familiares e conhecimentos. Os participantes pertenciam, na maioria, aos concelhos de Santa Maria da Feira e Santo Tirso. Na recolha da amostra teve-se minimamente em conta características da população descritas no INE (CENSOS, 2011). Os questionários foram aplicados individualmente ou em pequenos grupos, havendo sempre o cuidado em proporcionar as melhores condições possíveis para aplicação dos mesmos, aguardando por momentos de maior disponibilidade das pessoas. A cada participante, foram explicados os objetivos do estudo e o modo de participação e fornecido o consentimento informado. Após o consentimento, cada participante respondeu às questões do questionário sociodemográfico e clínico e preencheu os instrumentos de avaliação. As escalas foram administradas obedecendo sempre à mesma ordem: BaSIQS, GCTI, GSES.

Análise estatística

Para a realização da análise estatística foi utilizado o programa estatístico IBM SPSS Statistics Versão 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Para a caracterização sociodemográfica da amostra, foram calculadas estatísticas descritivas como médias e desvios-padrão.

Para o estudo da consistência interna dos instrumentos e análise do comportamento psicométrico dos itens, foram calculados coeficientes alfa de Cronbach, correlações item-total corrigido, coeficientes alfa excluindo item e correlações inter-item. Nos estudos de fidelidade tivemos em conta a amostra total.

Todas as variáveis mostraram distribuições próximas à curva normal, indicadas pelos índices de simetria e achatamento (valores entre -1 e +1), pelo que se recorreu ao cálculo de estatísticas inferenciais paramétricas, nomeadamente testes-*t* para amostras independentes e ANOVA. Sempre que o pressuposto da homogeneidade de variâncias não foi assumido optou-se por testes estatísticos alternativos mais adequados. A validade convergente das escalas foi analisada através do cálculo de correlações de Pearson. Os tamanhos de efeito foram analisados através do cálculo do *d* de Cohen, a partir de uma plataforma *online*: The Campbell Collaboration (Wilson, n.d.).

Resultados

Fidelidade

BaSIQS

O valor de α de Cronbach para a BaSIQS foi de 0.843. Verificou-se que a exclusão de qualquer item da escala não aumentava o índice de consistência interna obtido. As correlações item-total corrigido foram no mínimo 0.518 e no máximo 0.687 (cf. Tabela 3).

Tabela 3: Estatísticas item-total corrigido e alfa de Cronbach se o item for excluído da BaSIQS.

Item	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach excluindo o item
Item 1	0.537	0.832
Item 2	0.687	0.807
Item 3	0.654	0.813
Item 4	0.518	0.835
Item 5	0.555	0.829
Item 6	0.661	0.813
Item 7	0.607	0.821

Dado que a maior parte das correlações entre os itens foram superiores a 0.30 de acordo com os critérios de Cohen (Pallant, 2007), pode-se afirmar que estas foram correlações positivas e maioritariamente moderadas (cf. Tabela 4), por isso, os itens estão relacionados mas não são redundantes.

Tabela 4: Matriz de correlações inter-item da BaSIQS.

	Itens						
	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7
Item 1	-						
Item 2	0.687	-					
Item 3	0.376	0.430	-				
Item 4	0.278	0.384	0.522	-			
Item 5	0.327	0.472	0.428	0.341	-		
Item 6	0.397	0.566	0.545	0.338	0.500	-	
Item 7	0.314	0.403	0.554	0.466	0.401	0.540	-

GSES

O valor de α de Cronbach para a GSES foi de 0.832. Constatou-se que a exclusão de qualquer item da escala não aumentava o índice de consistência interna obtido. As correlações item-total corrigido foram no mínimo 0.481 e no máximo 0.684 (cf. Tabela 5).

Tabela 5: Estatísticas item-total corrigido e alfa de Cronbach se o item for excluído da GSES.

Item	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach excluindo o item
Item 1	0.684	0.791
Item 2	0.481	0.824
Item 3	0.543	0.818
Item 4	0.647	0.797
Item 5	0.504	0.822
Item 6	0.598	0.810
Item 7	0.659	0.796

Os itens da GSES correlacionam-se positivamente entre si. As correlações são, em geral, moderadas (cf. Tabela 6), tendo em conta os critérios de Cohen (Pallant, 2007), o que indica que os itens estão relacionados mas não são redundantes.

Tabela 6: Matriz de correlações inter-item da GSES.

	Itens						
	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7
Item 1	-						
Item 2	0.400	-					
Item 3	0.474	0.312	-				
Item 4	0.527	0.372	0.402	-			
Item 5	0.540	0.300	0.325	0.302	-		
Item 6	0.474	0.311	0.534	0.448	0.373	-	
Item 7	0.487	0.412	0.367	0.674	0.371	0.478	-

GCTI

O valor de α de Cronbach para a GCTI foi de 0.951. Também nesta escala se constatou que a exclusão de qualquer item da escala não aumentava o índice de consistência interna obtido. As correlações item-total corrigido foram no mínimo 0.403 e no máximo 0.777 (cf. Tabela 7). Os itens da GCTI correlacionaram-se positivamente entre si e originaram correlações maioritariamente moderadas (cf. Anexo D), tendo em conta os critérios de Cohen (Pallant, 2007), o que significa que estão relacionados mas não são redundantes.

Tabela 7: Estatísticas item-total corrigido e alfa de Cronbach se o item for excluído da GCTI.

Item	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach excluindo o item
Item 1	0.593	0.950
Item 2	0.597	0.950
Item 3	0.684	0.949
Item 4	0.737	0.948
Item 5	0.624	0.950
Item 6	0.651	0.949
Item 7	0.597	0.950
Item 8	0.777	0.948
Item 9	0.680	0.949
Item 10	0.618	0.950
Item 11	0.739	0.948
Item 12	0.716	0.949
Item 13	0.575	0.950
Item 14	0.637	0.950
Item 15	0.702	0.949
Item 16	0.403	0.952
Item 17	0.562	0.950
Item 18	0.595	0.950
Item 19	0.603	0.950
Item 20	0.720	0.949
Item 21	0.674	0.949
Item 22	0.741	0.948
Item 23	0.580	0.950
Item 24	0.659	0.949
Item 25	0.656	0.949

Validade convergente

De modo a averiguar as relações entre as pontuações na BaSIQS, GSES e GCTI foram calculadas correlações de Pearson. Observou-se que as três escalas estão positiva e significativamente correlacionadas entre si. Adotando os critérios de Cohen, as magnitudes das associações foram, em todos os casos, elevadas (cf. Tabela 8).

Tabela 8: Correlações entre as escalas.

	BaSIQS	GCTI	GSES
BaSIQS	-		
GCTI	0.643*	-	
GSES	0.676*	0.653*	-

Nota: * $p < 0.001$

Validade de critério

No questionário sociodemográfico e clínico existia a questão: “Acha que tem algum problema de sono?” à qual os participantes deveriam responder sim/não consoante a percepção da sua situação atual. Desta forma, foram realizados testes-*t* para amostras independentes de forma a comparar os participantes que referiram ter problema(s) de sono e os participantes que referiram não ter problema(s) de sono.

Os participantes que referiram ter problema(s) de sono apresentaram pontuações mais elevadas na BaSIQS, na GCTI e na GSES, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.001$) e com magnitudes de efeito elevadas (cf. Tabela 9).

Tabela 9: Comparação das pontuações das escalas em função do auto-relato para problemas de sono.

Acha que tem algum problema de sono?		<i>M</i>	<i>DP</i>	Teste estatístico			
				<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
BaSIQS	Sim	15.65	5.29	8.385	58.291	0.000	1.38
	Não	8.66	3.94				
GCTI	Sim	54.04	12.92	6.717	225	0.000	1.11
	Não	40.88	11.60				
GSES	Sim	6.30	3.08	8.490	57.886	0.000	1.40
	Não	2.20	2.26				

Relação entre as pontuações nas escalas e variáveis sociodemográficas

De modo a averiguar as relações entre as pontuações na BaSIQS, GSES e GCTI e a idade foram calculadas correlações de Pearson. Verificaram-se correlações positivas significativas entre a idade e as escalas de sono (cf. Tabela 10). Quanto maior a idade, maior esforço para dormir, maior quantidade de pensamentos intrusivos antes de adormecer e pior sono percebido. No entanto a magnitude dos coeficientes de correlação aponta para associações relativamente baixas, tendo em conta os pontos de corte propostos por Cohen.

Tabela 10: Correlações entre a pontuação nas escalas e a idade.

	Idade
BaSIQS	0.257**
GCTI	0.213*
GSES	0.236**

Nota: * $p < 0.005$; ** $p < 0.001$

Foram conduzidos testes-*t* para amostras independentes de forma a comparar o sono percebido, o esforço para dormir e os pensamentos antes de adormecer entre *sexos*. As mulheres apresentaram pior sono percebido em termos de qualidade/queixas de insônia, maior esforço para dormir e maior quantidade de pensamentos intrusivos antes de adormecer do que os homens. Estas diferenças foram estatisticamente significativas, com magnitudes de efeito moderadas (cf. Tabela 11).

Tabela 11: Comparação das pontuações das escalas entre homens e mulheres

	Sexo	<i>M</i>	<i>DP</i>	Teste estatístico			
				<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
BaSIQS	Masculino	8.92	4.23	-3.506	210.425	0.001	0.47
	Feminino	11.23	5.60				
GCTI	Masculino	40.71	11.24	-3.540	214.611	0.000	0.46
	Feminino	46.65	13.85				
GSES	Masculino	2.49	4.50	-2.816	211.759	0.000	0.37
	Feminino	3.57	3.25				

Foram conduzidas análises estatísticas de forma a estudar a relação da pontuação nas escalas e a *escolaridade*. Para a BaSIQS a homogeneidade de variâncias foi garantida, sendo o pressuposto assumido. A ANOVA unifatorial para medidas independentes permitiu verificar a existência de diferenças significativas entre os grupos em relação à pontuação total da escala, $F(4, 222) = 3.337, p=0.011$. Testes *post-hoc* de Tukey HSD evidenciaram a existência de diferenças significativas entre os participantes com o 1º ciclo e os restantes grupos ($p<0.05$), com exceção do grupo dos participantes com o 3º ciclo.

Para a GCTI a homogeneidade de variâncias foi garantida, pelo que se conduziu uma ANOVA unifatorial para medidas independentes para se verificar a existência de diferenças significativas entre os grupos em relação à pontuação total da escala, $F(4, 222) = 4.194, p=0.003$. Testes *post-hoc* de Tukey HSD evidenciaram a existência de diferenças significativas entre o grupo dos participantes com o 1º ciclo comparativamente com os restantes grupos, $p\leq 0.05$.

Para a GSES o pressuposto da homogeneidade de variâncias não foi assumido e, por isso, recorreu-se à análise através de um teste mais adequado como o de Welch, $F(4, 96.591) = 4.466, p=0.002$, como estatística alternativa ao *F* de *Snedecor*. Verificaram-se diferenças significativas entre os grupos em relação à pontuação total da escala. Testes *post-hoc* de Games-Howell verificaram que os participantes com o 1º ciclo apresentaram

pontuações mais elevadas comparativamente com os restantes grupos, com exceção do grupo de participantes com o 3º ciclo.

Para todas as escalas verificaram-se tamanhos de efeito moderados, $\eta^2 \approx 0.06$ (Pallant, 2007).

Como os participantes com idade mais avançada poderão ter menor escolaridade e tendo-se verificado previamente um efeito da idade sobre as variáveis de sono, tentámos perceber se o efeito da baixa escolaridade seria devido ao facto do grupo com o 1º ciclo ser também o grupo com mais idade. Fomos assim comparar as idades nos diferentes grupos de escolaridade. Para tal, e como o pressuposto da homogeneidade de variâncias não foi assumido, conduziu-se o teste de Welch, como estatística alternativa ao F de *Snedecor*, e verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, $F(4, 98.629) = 31.455, p < 0.001$. Testes *post-hoc* de Games-Howell revelaram diferenças significativas entre os grupos, com exceção entre as idades dos participantes com o 3º ciclo e dos participantes com o ensino secundário e entre as idades dos participantes com o ensino secundário e dos participantes com o ensino superior. Constatou-se que o grupo do 1º ciclo apresentou uma média de idades mais elevada.

Foram conduzidos testes- t para amostras independentes de forma a comparar o sono percebido, o esforço para dormir e os pensamentos antes de adormecer entre casados/união de facto e solteiros, entre empregados e desempregados e entre setor de atividade secundário e terciário. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$) para todos os grupos.

Relação entre as pontuações nas escalas e variáveis clínicas

No questionário sociodemográfico e clínico existia a questão: “Atualmente encontra-se a tomar algum tipo de medicação ou produto natural para dormir?”, à qual os participantes deveriam responder sim/não. Desta forma, foram realizados testes- t para amostras independentes de forma a comparar os participantes que tomam medicação para dormir e os participantes que não tomam com a pontuação nas escalas.

Os participantes que referiram tomar medicação para dormir apresentaram pior qualidade de sono percebida, mais pensamentos intrusivos antes de adormecer e maior esforço para dormir comparativamente com os participantes que referiram não tomar

qualquer medicação. Estas diferenças foram estatisticamente significativas, com magnitudes de efeito elevadas (cf. Tabela 12).

Tabela 12: *Comparação das pontuações das escalas em função da toma de medicação para dormir*

Atualmente encontra-se a tomar algum tipo de medicação ou produto natural para dormir?		Teste estatístico					
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
BaSIQS	Sim	15.12	4.84	5.593	225	0.000	1.18
	Não	9.46	4.77				
GCTI	Sim	53.28	12.31	4.113	225	0.000	0.87
	Não	42.34	12.57				
GSES	Sim	6.76	3.49	5.817	27.184	0.000	1.23
	Não	2.57	2.52				

No questionário sociodemográfico e clínico existiam as questões: “Foi-lhe diagnosticada mais alguma doença do foro físico ou mental?” e “Atualmente encontra-se a tomar mais algum tipo de medicação?”, às quais os participantes deveriam responder sim/não. Desta forma, foram realizados testes-*t* para amostras independentes de forma a comparar os participantes que têm alguma doença do foro físico ou mental, para além de problemas de sono, e os participantes que não têm diagnóstico de qualquer outra doença. Realizaram-se igualmente testes-*t* para comparar os participantes que atualmente tomam medicação para outra doença do foro físico ou mental com os que não tomam medicação.

Os participantes que referiram ter doença(s) do foro físico ou mental apresentaram pior sono percebido, maior quantidade de pensamentos intrusivos antes de adormecer e maior esforço para dormir comparativamente com os participantes que não têm qualquer doença diagnosticada. Estas diferenças foram estatisticamente significativas, com um tamanho de efeito elevado (cf. Tabela 13).

Os participantes que referiram tomar medicação para doença(s) do foro físico ou mental apresentaram pior sono percebido, maior quantidade de pensamentos intrusivos antes de adormecer e maior esforço para dormir comparativamente com os participantes que não tomam medicação, com diferenças estatisticamente significativas e com um tamanho de efeito moderado (cf. Tabela 14).

Tabela 13: Comparação das pontuações das escalas em função do diagnóstico de doenças do foro físico ou mental.

Foi-lhe diagnosticada mais alguma doença do foro físico ou mental?		<i>M</i>	<i>DP</i>	Teste estatístico			
				<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
BaSIQS	Sim	13.86	4.63	3.778	225	0.000	1.18
	Não	9.67	4.98				
GCTI	Sim	50.50	8.87	3.662	31.866	0.001	1.23
	Não	42.80	13.14				
GSES	Sim	5.18	3.39	3.704	225	0.000	0.87
	Não	2.80	2.81				

Tabela 14: Comparação das pontuações das escalas em função da toma de medicação para alguma doença do foro físico ou mental.

Atualmente encontra-se a tomar mais algum tipo de medicação?		<i>M</i>	<i>DP</i>	Teste estatístico			
				<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
BaSIQS	Sim	12.64	5.08	3.824	225	0.000	0.64
	Não	9.46	4.91				
GCTI	Sim	48.41	11.62	2.810	225	0.005	0.47
	Não	42.38	13.04				
GSES	Sim	4.48	3.68	3.054	54.105	0.003	0.51
	Não	2.68	2.64				

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo proceder à análise das qualidades psicométricas dos instrumentos BaSIQS, GSES e GCTI, numa amostra de adultos portugueses. Outro objetivo passou pelo estudo e comparação de diferentes grupos constituídos de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas, relativamente à qualidade de sono percebida e queixas de insónia, esforço para adormecer e presença de pensamentos intrusivos antes de adormecer.

Inicialmente pretendíamos alcançar uma amostra diversificada da população portuguesa (com idade igual ou superior a 20 anos) que correspondesse, o mais aproximadamente possível, à descrita no CENSOS 2011 (INE, 2012), respeitando a proporcionalidade de cada uma das categorias: sexo, escolaridade, setor de atividade e grupo de profissão (de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões 2010, cf. INE, 2011). Devido ao tempo limitado para a realização deste estudo e ao efetivo amostral

conseguido esse objetivo não foi completamente atingido. No entanto, conseguimos algumas aproximações. Procurámos equilibrar o número de homens (50,2%) e mulheres (49,8%), que corresponde aproximadamente à distribuição dos sexos na população portuguesa. Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria da população portuguesa tem o 1º ciclo completo (30%), seguindo-se o ensino secundário (17%), o 3º ciclo (16%), o ensino superior (17%) e o 2º ciclo (11%). A percentagem de pessoas analfabetas situa-se nos 9%. Nesta investigação constatou-se que a maioria dos participantes tinham o 3º ciclo completo (26%) e uma minoria referiu ter o 1º ciclo ou grau inferior de escolaridade (12%). Este resultado pode dever-se ao facto de existirem poucos participantes com idades mais elevadas, sendo que população mais idosa é que apresenta níveis de escolaridade mais inferiores (INE, 2012). Em relação aos setores de atividade, de acordo com o CENSOS 2011 (INE, 2012), a maioria da população portuguesa trabalha no setor terciário (70%), seguido do setor secundário (27%) e apenas 3% desempenha funções do setor primário. Nesta investigação obtivemos distribuições aproximadas, com a maioria dos participantes a desempenharem funções do setor terciário e apenas dois participantes pertencerem ao setor primário. O CENSOS 2011 descreve que a maioria da população portuguesa tem profissões pertencentes aos grupos 5 (20%), 7 (16%) e 2 (15%) e uma minoria desempenha funções pertencentes aos grupos 6 (2%) e 0 (1%). Apesar de algumas discrepâncias, esta amostra mostrou alguns valores aproximados, sendo que a maioria dos participantes apresentou profissões pertencentes ao grupo 7 (39%) e não existiu nenhum participante com profissões dos grupos 0 e 6.

No que respeita à análise das características psicométricas das escalas, na amostra de adultos portugueses do presente estudo, a BaSIQS apresentou uma fidelidade bastante adequada no que diz respeito à consistência interna ($\alpha = 0.843$), tendo em conta o critério de índices iguais ou superiores a 0.70 (Field, 2005). Observou-se que todos os itens individualmente contribuía significativamente para a homogeneidade da medida, como indicado pelos alfas excluindo o item e correlações adequadas item-total corrigido. Os nossos resultados assemelham-se aos encontrados em alunos do ensino superior (Gomes *et al.*, 2014) e em idosos (Silva, 2014), devendo salientar-se o valor mais elevado do coeficiente alfa de Cronbach no presente estudo.

O valor de alfa de Cronbach obtido para a GSES foi bastante satisfatório ($\alpha = 0.832$). Os valores de alfa excluindo o item e item total corrigido podem considerar-se

adequados (Field, 2005). Estes resultados vão de encontro aos valores obtidos na investigação de Meivavia (2013), numa amostra de estudantes do ensino superior e aos resultados de Silva (2014), numa amostra de idosos.

Neste estudo, a GCTI apresentou uma fidelidade muito adequada ($\alpha = 0.951$) e todos os itens individualmente contribuem significativamente para a consistência interna da escala. Estes resultados são semelhantes aos resultados obtidos na investigação de Meivavia (2013) e de Silva (2014).

De acordo com a literatura, o aumento do número de itens de uma escala e da sua redundância faz com que os coeficientes de consistência interna se tornem mais elevados (Almeida & Freire, 2007). Assim, como as escalas do presente estudo têm pequeno número de itens (ou um número não elevado, no caso do GCTI), este facto reforça os adequados índices de consistência interna das escalas.

Relativamente à validade convergente, tal como previsto, foram encontradas correlações positivas significativas entre a BaSIQS, a GSES e a GCTI, o que significa que as três escalas medem construtos relacionados. Verificaram-se correlações elevadas entre as três escalas tendo em conta os critérios de Cohen (Pallant, 2007). Deste modo, constata-se que maior esforço para dormir e a presença de mais pensamentos intrusivos estão associados a pior sono percebido em termos de qualidade/queixas de insónia. Também o estudo de Silva (2014), numa amostra com idosos, apresentou resultados semelhantes. Este facto é consistente com a literatura. Como o processo de sono-vigília é automático e subconsciente, que não pode ser forçado pela vontade do indivíduo, crenças e atitudes disfuncionais sobre o sono, como os pensamentos intrusivos antes de adormecer e o esforço para dormir, desempenham um papel mediador na perpetuação da insónia (Espie, 2007), originando pior qualidade sono e, conseqüentemente, mais queixas de dificuldades em dormir.

Quando questionados acerca da perceção para problemas de sono, 20.3% dos participantes deste estudo revelaram ter problemas de sono. Este auto-relato mostrou-se relacionado com maior pontuação na BaSIQS, GSES e GCTI, i.e., indivíduos que afirmam sofrer de algum problema de sono apresentam pior sono percebido em termos de qualidade/queixas de insónia, maior esforço para dormir e maior quantidade de pensamentos intrusivos antes de adormecer. Estes dados reforçam a validade dos instrumentos em estudo. Além disso, estão de acordo com os resultados dos estudos com as versões originais, em que estes instrumentos parecem contribuir para a distinção entre pessoas que apresentam sono

perturbado e pessoas que têm um sono saudável (Harvey, & Espie, 2004; Broomfield, & Espie, 2005; Kohn, & Espie, 2005; Gomes *et al.*, 2014). De acordo com uma investigação de Harvey (2000), com 60 participantes (30 com insónia e 30 sem perturbações), indivíduos com insónia reportam má qualidade de sono e demoram mais tempo a adormecer. Além disso, participantes com insónia reportam atividade cognitiva como o fator mais relevante na perturbação do sono.

No que toca à análise das variáveis sociodemográficas, verificou-se que quanto maior a idade, pior é o sono percebido, maior é o esforço para dormir e maior é a quantidade de pensamentos intrusivos antes de adormecer, apesar destas associações serem relativamente baixas no presente estudo. Como mencionado na introdução, estes dados estão de acordo com estudos sobre prevalência da insónia em Portugal que mostram que as mulheres e indivíduos com mais idade apresentam maior percentagem de alterações do sono (Paixão, Branco, & Contreiras, 2006; Gonçalves, Paiva, Maltez, & Ramos, 2010; Rodrigues, Nina & Matos, 2014). Também se verificou neste estudo que são as mulheres que apresentam maiores pontuações em todas as escalas, com magnitudes de efeito moderado. Uma meta-análise realizada por Zhang e Wing (2006), envolvendo 29 investigações, confirmou que existe uma predisposição do sexo feminino para a insónia.

No presente estudo, os indivíduos com o 1º ciclo apresentam pontuações mais elevadas comparativamente com os restantes grupos que atingem significância exceto para o 3º ciclo (para a BaSIQS e GSES). A literatura sugere que pessoas com menor nível de escolaridade e com poder socioeconómico mais baixo apresentam mais dificuldades relacionadas com o sono (Gellis *et al.*, 2005; Mezick *et al.*, 2008; Arber, Bote, & Meadows, 2009; Grandner *et al.*, 2010). Constatou-se, no entanto, que o grupo do 1º ciclo apresentou uma média de idades mais elevadas, e este facto pode ter influenciado os resultados, uma vez que, como já vimos, a idade encontra-se significativamente relacionada com maior risco para dificuldades no sono.

Neste estudo não foram encontradas diferenças significativas quando analisamos a pontuação das escalas entre casados e solteiros, empregados e desempregados e entre setores secundário e terciário. De acordo com a literatura, os desempregados e as pessoas não casadas (solteiros, divorciados e viúvos) tendem a relatar pior sono (Arber, Bote, & Meadows, 2009; Grandner *et al.*, 2010; Lallukka *et al.*, 2012). Não foram encontrados estudos que relacionassem o sono com os setores de atividade económica.

A literatura sugere que o uso de medicação diária para dormir é frequentemente reportada pela população portuguesa (Gonçalves, Paiva, Maltez, & Ramos, 2010; Rodrigues, Nina & Matos, 2014). Nesta investigação, 11% dos participantes referiram tomar medicação para dormir. Verificou-se que indivíduos que tomam medicação para dormir apresentam pior sono percebido em termos de qualidade/queixas de insónia, maior esforço para dormir e maior quantidade de pensamentos intrusivos antes de adormecer, com associações elevadas. Curiosamente, de acordo com o senso comum, seria de esperar que indivíduos que tomam medicação para dormir reportassem menos queixas de insónia e dificuldades para dormir, mostrando que a medicação estaria a ser eficaz no tratamento de sintomas de insónia. No entanto, este dado confirma os de estudos científicos, que de modo sistemático indicam que o tratamento por excelência para a insónia não é farmacológico (Morin, Blais, & Savard, 2002; Morgenthaler *et al.*, 2006). Neste estudo, a toma de medicação para outras doenças do foro físico ou mental está também relacionada com a pontuação nas escalas de sono, com efeito moderado. As intervenções psicológicas e comportamentais são eficazes e recomendadas no tratamento da insónia (Morgenthaler *et al.*, 2006; Morin *et al.*, 2006).

A insónia pode ser considerada um sintoma (e.g., uma queixa de dificuldade em adormecer), ou uma perturbação (i.e., uma queixa de sofrimento mais significativo e prejuízo funcional) (Harvey, 2001). Perturbações clínicas, assim como perturbações psiquiátricas representam riscos significativos para a insónia (Roth, 2007). É importante reconhecer que estes fatores não causam insónia de forma independente, mas eles são precipitantes da insónia em indivíduos predispostos a esta perturbação. Os resultados deste estudo estão de acordo com a literatura. Verificou-se associação entre a presença de outras doenças do foro físico ou mental e a pontuação nas escalas, sendo que, indivíduos com outras perturbações do foro físico ou mental apresentam pior sono percebido, maior esforço para dormir e mais pensamentos intrusivos antes de adormecer, com associações elevadas, de acordo com os critérios de Cohen.

Em conclusão, os nossos resultados sugerem que as escalas de sono BaSIQS, GSES e GCTI, possuem qualidades psicométricas bastante adequadas em amostras de adultos portugueses da população geral. Estas escalas podem ser adequadas pelo facto de serem instrumentos de fácil compreensão e rápida administração e cotação, com pequeno número

de itens. Constituem métodos úteis para avaliar alguns aspetos de sono relevantes, reforçando a sua implementação na prática clínica e para fins de investigação, educação e promoção da saúde. Uma vez que a IP é provavelmente uma das perturbações de sono mais comuns e a insónia uma queixa prevalente pode tornar-se relevante a introdução destes instrumentos nos protocolos de avaliação e monitorização dos tratamentos. Além disso, é relevante salientar a importância de estudarmos não apenas população com perturbações do sono. Para fins de educação e promoção da saúde, será útil incluir todos os indivíduos e não apenas uma minoria com doença e, por isso, é importante considerarmos o processo contínuo entre sono saudável e sono perturbado (Buysse, 2014). Neste sentido, assume relevância o estudo dos instrumentos em amostras da população geral, como fizemos nesta investigação, que inclui indivíduos distribuídos ao longo dos vários pontos deste contínuo.

Torna-se importante assinalar que a amostra de conveniência utilizada neste estudo não permite obter indicadores rigorosos que constituam suporte de inferências para toda a população portuguesa. Por isso, as generalizações feitas devem merecer toda a prudência de interpretação.

Estas escalas não devem ser utilizadas para fim de diagnóstico, mas poderão ser relevantes na análise de queixas de insónia ou má qualidade de sono, e, especificamente a BaSIQS poderá posicionar os indivíduos num espectro contínuo que vai de boa a má qualidade de sono (Gomes *et al.*, 2014). De acordo com as *guidelines* da AASM, a insónia é diagnosticada principalmente através da avaliação clínica, considerando uma história clínica completa e detalhada e antecedentes psiquiátricos, refletindo um elevado grau de certeza clínica (Schutte-Rodin, Broch, Buysse, Dorsey, & Slateia, 2008).

São necessários mais estudos de validade, fidelidade e dados normativos noutras amostras. Além da perturbação da insónia, outras perturbações relacionadas com o sono podem apresentar sintomas de insónia, assim como muitas perturbações psiquiátricas (por exemplo, a depressão) podem apresentar comorbilidade com insónia ou produzir sintomas de insónia ou má qualidade de sono (Roth, 2007). As alterações de sono são frequentemente reportadas pelos indivíduos com perturbação psiquiátrica (Kallestad *et al.*, 2012; Krystal, 2012), sendo a insónia a queixa mais comum (Szelenberger & Soldatos, 2005), por isso seria relevante estudar as propriedades psicométricas da BaSIQS, da GSES e da GCTI neste tipo de população.

Referências

- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*. (2ª ed). Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed). Climepsi: Lisboa.
- Antunes, E. (2008). *Prevalência das queixas de insónia nos doentes que recorrem às consultas de clínica geral do Centro de Saúde de Figueiró dos Vinhos e a sua relação com a qualidade de vida*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Arber, S., Bote, M., & Meadows, R. (2009). Gender and socio-economic patterning of self-reported sleep problems in Britain. *Social Science & Medicine*, 68, 281-289.
- Broomfield, N. M., & Espie, C. A. (2005). Towards a valid, reliable measure of sleep effort. *Journal of Sleep Research*, 14, 401-407.
- Broomfield, N. M., Gumley, A. I., & Espie, C. A. (2005). Candidate cognitive processes in psychophysiologic insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19 (1), 5-17.
- Buysse, D. J. (2014). Sleep health: can we define it? Does it matter? *Sleep*, 37 (1), 9-17.
- Buysse, D. J., Yu, L., Moul, D. E., Germain, A., Stover, A., Dodds, N. E., Johnston, K. L., Shablesky-Cade, M. A., & Pilkonis, P. A. (2010). Development and validation of patient-reported outcome measures for sleep disturbance and sleep-related impairments. *Sleep*, 33 (6), 781-792.
- Carskadon, M. A., & Dement, W.C. (2000). Normal human sleep: Na overview. In M. H. Kryger T. Roth W. C. Dement (Eds.) *Principles and Practice of Sleep Medicine* (5th ed.), (pp. 16-26). Canada: Elsevier Saunders.
- Clemente, V. (2006). Como tratar os doentes com insónia crónica? O contributo da Psicologia Clínica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 635-644.
- Doghranji, P. P. (2001). Detection of insomnia in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (10), 18-26.

- Doghramji, P. P. (2004). Recognizing sleep disorders in primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (16), 23-26.
- Espie, C. A. (2002). Insomnia: Conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annual Review of Psychology*, 53, 215-243.
- Espie, C. A. (2007). Understanding insomnia through cognitive modelling. *Sleep Medicine*, 8, (suppl. 4), S3-S8.
- Espie, C. A., Broomfield, N. M., MacMahon, K. M. A., Macphee, L. M., & Taylor, L. M. (2006). The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiological insomnia: a theoretical review. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 215-245.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London: Sage Publications.
- Gellis, L. A., Lichstein, K. L., Scarinci, I. C., Durrence, H. H., Taylor, D. J., Bush, A. J., & Brant, W. (2005). Socioeconomic status and insomnia. *Journal of Abnormal Psychology*, 114 (1), 111-118.
- Gomes, A. A. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Gomes, A. A., Marques, D. R., Meivavia, A. M., Meivavia, M., Tavares, J., Silva, C.F. & Azevedo, M. H. P. (2014). Basic Scale on Insomnia complaints and Quality of Sleep (BaSIQS): reliability, validity, and normative scores in higher education students. *Chronobiology International*. Epub ahead of print 8 Dec 2014.
- Gomes, A. A., Tavares, J., & Azevedo, M. H. P. d. (2011). Sleep and academic performance in 29 undergraduates: A multi-measure, multi-predictor approach. *Chronobiology International*, 28 (9), 786–801.
- Gonçalves, M., Paiva, T., Maltez, J., & Ramos, E. (2010). Epidemiology of insomnia in Portugal [Abstract]. *Journal of Sleep Research*, 19 (suppl. 2), 74.
- Grandner, M. A., Patel, N. P., Gehrman, P. R., Xie, D., Sha, D., Weaver, T., Gooneratne, N. (2010). Who gets the best part? Ethnic and socioeconomic factors related to sleep complaints. *Sleep Medicine*, 5, 470-478.
- Harvey, A. G. (2000). Pre-sleep cognitive activity: a comparison of sleep-onset insomniacs and good sleepers. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 275-286.
- Harvey, A. G. (2001). Insomnia: symptom or diagnosis? *Clinical Psychology Review*, 21 (7), 1037-1059.

- Harvey, K. J., & Espie, C. A. (2004). Development and preliminary validation of the Glasgow Content of Thoughts Inventory (GCTI): A new measure for the assessment of pre-sleep cognitive activity. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 409-420.
- Hiller, R. M., 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.
- Instituto Nacional de Estatística.(2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *CENSOS 2011*. Lisboa.
- Kallestad, H., Hansen, B., Langsrud, K., Ruud, T., Morken, G., Stiles, T. C., & Grawe, R. W. (2012). Impact of sleep disturbance on patients in treatment for mental disorders. *BMC Psychiatry, 12*, 179-186.
- Krystal, A. D. (2012). Psychiatric disorders and sleep. *Neurologic Clinics, 30* (4), 1389-1413.
- Kohn, L., & Espie, C. A. (2005). Sensitivity and specificity of measures of the insomnia experience: A comparative study of psychophysiologic insomnia, insomnia associated with mental disorder and good sleepers. *Sleep, 28* (1), 104-112.
- Lallukka, T., Sares-Jäske, L., Kronholm, E., Sääksjärvi, K., Lundqvist, A., Partonen, T., Rahkonen, O., & Knekt, P. (2012). Sociodemographic and socioeconomic differences in sleep duration and insomnia-related. *BMC Public Health, 12*, 565-587.
- Léger, D., Guilleminault, C., Bader, G., Lévy, E., & Paillard, M. (2002). Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep, 25* (6), 625-629.
- Marques, D., Gomes A. A., Meiavia, M., & Couto, D. (2013). *Escala de Glasgow sobre o esforço para dormir*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Marques, D., Gomes A. A., Meiavia, M., & Couto, D. (2013). *Inventário de pensamentos de Glasgow*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Marques, D., Meia-via, M., Espie, C., Silva, C., & Gomes, A. (2015). *Portuguese adaptation of Glasgow Content of Thoughts Inventory (GCTI): Preliminary psychometric characterization*. Manuscript in preparation.
- Meiavia, M. S. (2013). *Adaptações Portuguesas das GSES e GCTI*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.

- Meia-via, M., Marques, D., Espie, C., Silva, C., & Gomes, A. (2014). *Psychometric properties of Glasgow Sleep Effort Scale in Portuguese language*. Manuscript submitted for publication.
- Mezick, E. J., Matthews, K. A., Hall, M., Strollo Jr., P. J., Buysse, D. J., Kamarck, T. W., Owens, J. F., & Reis, S. E. (2008). Influence of race and socioeconomic status on sleep: Pittsburgh sleep score project. *Psychosomatic Medicine*, *70* (4), 410-416.
- Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehlecke, B., Brown, T., ... AASM. (2006). Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: An update. *Sleep*, *29* (11), 1415-1419.
- Morin, C. M., Blais, F., & Savard, J. (2002). Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behaviour Research and Therapy*, *40* (7), 741-752.
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*, *29* (11), 1398-1414.
- Ohayon, M.M., & Paiva, T. (2005). Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal. *Sleep Medicine*, *6*, 435-441.
- Paixão, E., Branco, M.J., & Contreiras, T. (2006). *Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono em Portugal Continental*. Observatório Nacional da Saúde, Lisboa.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for windows third edition* (3^a ed.). New York: Open University Press.
- Perlis, M., Shaw, P. J., Cano, G., & Espie, C. A. (2011). Models of insomnia. In M. H. Kryger, T. Roth & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (5 ed., pp. 850-865). Missouri: Elsevier Saunders.
- Reimer, M.A., & Flemons, W.W. (2003). Quality of life in sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews*, *7* (4), 335-339.
- Rodrigues, M., Nina, S., & Matos, L. (2014). Como dormimos? – Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, *30*, 16-22.
- Roth, T. (2007). Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of Sleep Medicine*, *3* (suppl. 5), S7-S10.

- Santos, J. (2006). Abordagem do doente com patologia do sono. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22 (5), 599-610.
- Schutte-Rodin, S., Broch, L., Buysse, D., Dorsey, C., & Slateia, M. (2008). Clinical guideline for evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4 (5), 487-504.
- Silva, A. M. V. (2014). *Sono percebido, esforço para dormir e pensamentos pré-sono em idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Simões, M., Almeida, L., & Gonçalves, M. (1999). Testes e provas psicológicas em Portugal: Roteiro de algumas questões que atravessam a utilização de instrumentos de/na avaliação psicológica. In L. A. M. Simões, & M. Gonçalves (Ed.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 1-12). Braga: APPORT/SHO.
- Soldatos, C.R., Allaert, F.A., Ohta, T., & Dikeos, D.G. (2005). How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries. *Sleep Medicine*, 6 (1), 5-13.
- Swanson, L.M., Arnedt, J.T., Rosekind, M.R., Belenky, G., Balkin, T.J., & Drake, C. (2011). Sleep disorders and work performance: findings from the 2008 National Sleep Foundation Sleep in America poll. *Journal of Sleep Research*, 20, 487-494.
- Szelenberger, W., & Soldatos, C. (2005). Sleep disorders in psychiatric practice. *World Psychiatry* 4(3), 186-190.
- Ware, J. E., Brook, R. H., Davies, A. R., & Lohr, K. N. (1981). Choosing measures of health status for individuals in general populations. *American Journal of Public Health*, 71, 620-625.
- Wilson, D. B. (n.d.). *Practical meta-analysis effect size calculator*. Retirado de The Campbell Colaboration, de http://www.campbellcollaboration.org/resources/effect_size_input.php
- Zhang, B., & Wing, Y. (2006). Sex differences in insomnia: a meta-analysis. *Sleep*, 29 (1), 85-93.

Anexos

Anexo A.

Escala Básica de Insónia e Qualidade de Sono (BaSIQS)

BaSIQS – versão adulto
(Gomes et al., 2013, adapt. Gomes et al., 2001, 2011)

Ao responder às questões que se seguem, considere o que costuma acontecer habitualmente numa semana típica, ao longo do último mês.

1. Quando se deita, em regra, quanto tempo demora a adormecer?

- 1-14 min 15-30 min 31-45 min 46-60 min Mais de 60 min

2. Depois de se deitar, costuma ter dificuldades em adormecer?

- nunca raramente algumas vezes 3-4 noites todas ou quase todas as noites

3. Quantas vezes costuma acordar durante a noite?

- 0 vezes 1 vez por noite 2-5 vezes por noite 6 ou mais vezes

4. Costuma acordar antes ou depois da hora desejada?

- nunca algumas vezes 3-4 noites por semana quase todas ou todas as noites

5. Acordar antes ou depois da hora desejada costuma ser um problema para si?

- muito pouco um pouco muito muitíssimo

6. Normalmente, como é o seu sono (independentemente das horas que dorme)?

6.1. Qualidade:

- muito mau mau razoável bom muito bom

6.2. Profundidade:

- muito leve leve mais ou menos pesado pesado muito pesado

Anexo B.

Escala de Glasgow sobre o Esforço para Dormir (GSES)

GSES (Escala de Glasgow sobre o Esforço para Dormir)

(Versão original: N. Broomfield & C. Espie, 2005 ©)

(Versão portuguesa autorizada: D. Marques, A. Gomes, M. Meivavia & D. Couto, 2012)

Basic & Chrono Psylab da Univ. de Aveiro | Consulta de Sono da Univ. Aveiro | Departamento de Educação d

As próximas afirmações dizem respeito ao seu padrão de sono durante a noite. Indique, por favor, em que medida cada afirmação se aplica ao seu caso. À frente encontra-se uma tabela com três respostas possíveis. Escolha aquela que melhor se ajusta a si.

1.	Esforço-me demasiado para adormecer, quando isso devia acontecer naturalmente.	Muito	Até certo ponto	De modo nenhum
2.	Sinto que deveria ser capaz de controlar o meu sono.	Muito	Até certo ponto	De modo nenhum
3.	À noite, adio ir para a cama com o objetivo de dormir, mas não sou capaz de dormir.	Muito	Até certo ponto	De modo nenhum
4.	Se não consigo adormecer, fico preocupado(a) com o facto de não conseguir dormir.	Muito	Até certo ponto	De modo nenhum
5.	Se não consigo adormecer, fico ansioso(a) com o facto de não conseguir dormir.	Muito	Até certo ponto	De modo nenhum
6.	Se não consigo adormecer, fico ansioso(a) com o facto de não conseguir dormir.	Muito	Até certo ponto	De modo nenhum
7.	Se não consigo adormecer, fico preocupado(a) com as consequências de não dormir.	Muito	Até certo ponto	De modo nenhum

Anexo C.

Inventário de Pensamentos de Glasgow (GCTI)

GCTI (Inventário de Pensamentos de Glasgow - Sono)

(Versão original: K. Harvey & C. Espie, 2004 ©)

(Versão portuguesa autorizada: D. Marques, A. Gomes, M. Meilavia & D. Couto, 2012)

Basic & Chrono PsyLab da Univ. de Aveiro | Consulta de Sono da Univ. Aveiro | Departamento de Educação da Univ. de Aveiro

Seguem-se alguns pensamentos que as pessoas têm quando não conseguem dormir. Por favor, indique com um X, com que frequência na última semana (7 noites) estes pensamentos o(a) mantiveram acordado(a):

	Pensamentos sobre:	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente
1.	Coisas relacionadas com o futuro			
2.	Como me sinto cansado(a)/sonolento(a)			
3.	O que aconteceu durante o dia			
4.	Como me sinto nervoso(a)/ansioso(a)			
5.	Como me sinto acordado(a)			
6.	Ver as horas			
7.	Coisas sem importância			
8.	Como não consigo "desligar" a minha cabeça			
9.	Há quanto tempo estou acordado(a)			
10.	A minha saúde			
11.	Maneiras de conseguir dormir			
12.	Coisas que tenho de fazer			
13.	Como estou com o sono			
14.	O meu tempo de sono			
15.	Como me sinto acordado(a) demasiado			
16.	Como me sinto acordado(a) quando vou a ouvir			
17.	Como me sinto acordado(a) quando vou a toda acordado(a)			
18.	Pensamentos que não me saem da cabeça			
19.	As consequências de não dormir bem			
20.	A minha vida pessoal			
21.	Como pensar demais é o problema			
22.	Coisas do meu passado			
23.	Como o meu sono é tão mau			
24.	Coisas que posso fazer para me ajudar a dormir			
25.				

EXEMPLO

Anexo D.

Matriz de correlações inter-item da GCTI.

Itens																									
	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	Item 22	Item 23	Item 24	Item 25
Item 1	-																								
Item 2	0.455	-																							
Item 3	0.512	0.437	-																						
Item 4	0.498	0.549	0.570	-																					
Item 5	0.370	0.477	0.449	0.573	-																				
Item 6	0.351	0.416	0.454	0.510	0.562	-																			
Item 7	0.408	0.329	0.470	0.437	0.384	0.465	-																		
Item 8	0.487	0.487	0.562	0.597	0.448	0.518	0.512	-																	
Item 9	0.352	0.421	0.450	0.530	0.576	0.521	0.341	0.587	-																
Item 10	0.393	0.400	0.409	0.474	0.316	0.373	0.348	0.481	0.431	-															
Item 11	0.404	0.405	0.452	0.557	0.525	0.564	0.472	0.588	0.607	0.565	-														
Item 12	0.552	0.469	0.572	0.515	0.430	0.472	0.543	0.563	0.508	0.507	0.535	-													
Item 13	0.323	0.426	0.349	0.466	0.311	0.411	0.385	0.455	0.399	0.352	0.418	0.443	-												
Item 14	0.422	0.436	0.498	0.475	0.330	0.414	0.408	0.568	0.456	0.444	0.408	0.763	0.392	-											
Item 15	0.400	0.422	0.473	0.521	0.388	0.400	0.462	0.605	0.467	0.434	0.517	0.523	0.480	0.512	-										
Item 16	0.239	0.153	0.290	0.269	0.204	0.217	0.254	0.383	0.278	0.235	0.312	0.193	0.328	0.223	0.318	-									
Item 17	0.296	0.294	0.346	0.377	0.264	0.346	0.387	0.481	0.372	0.404	0.502	0.333	0.454	0.317	0.371	0.453	-								
Item 18	0.352	0.323	0.366	0.420	0.475	0.462	0.258	0.477	0.445	0.335	0.529	0.297	0.291	0.257	0.407	0.392	0.437	-							
Item 19	0.414	0.363	0.466	0.476	0.302	0.324	0.331	0.515	0.353	0.414	0.459	0.385	0.360	0.346	0.466	0.274	0.431	0.521	-						
Item 20	0.399	0.416	0.504	0.559	0.585	0.576	0.367	0.534	0.599	0.502	0.608	0.424	0.388	0.354	0.529	0.388	0.478	0.603	0.430	-					
Item 21	0.464	0.407	0.575	0.546	0.330	0.399	0.406	0.568	0.405	0.483	0.418	0.601	0.398	0.544	0.505	0.198	0.431	0.415	0.558	0.462	-				
Item 22	0.488	0.499	0.540	0.589	0.487	0.423	0.451	0.624	0.551	0.502	0.531	0.592	0.486	0.572	0.642	0.318	0.445	0.407	0.428	0.495	0.507	-			
Item 23	0.356	0.340	0.444	0.374	0.249	0.436	0.476	0.474	0.222	0.407	0.448	0.479	0.396	0.432	0.502	0.242	0.367	0.299	0.504	0.365	0.497	0.444	-		
Item 24	0.404	0.397	0.397	0.532	0.603	0.507	0.480	0.534	0.502	0.411	0.579	0.431	0.279	0.457	0.561	0.272	0.272	0.523	0.392	0.566	0.341	0.499	0.394	-	
Item 25	0.287	0.377	0.481	0.509	0.555	0.516	0.322	0.494	0.669	0.412	0.614	0.372	0.391	0.315	0.487	0.278	0.424	0.521	0.371	0.647	0.422	0.454	0.281	0.555	-