



UC/EPCE—2017

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Validade da BaSIQS - Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono: Estudos em Amostras Clínica e da Comunidade

Mariana Eusébio Miller Oliveira Mendes
(mariana.miller.mendes@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
Subárea de Especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Ana Cardoso Allen Gomes

Validade da BaSIQS - Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono: Estudos em Amostras Clínica e da Comunidade

Resumo

A insónia, apesar da sua elevada prevalência na população e interferência na qualidade de vida, continua pouco reconhecida, subdiagnosticada e não tratada. Dado este panorama, percebe-se a importância de desenvolver instrumentos de avaliação que auxiliem o seu rastreio e diagnóstico. A qualidade de sono, assim como os sintomas de insónia são aspetos, em grande medida, subjetivos pelo que a forma primordial de os avaliar é o autorrelato. Neste sentido, Gomes et al. procederam ao apuramento de uma escala que permite avaliar tal perceção – Escala Básica de Insónia e Qualidade de Sono (BaSIQS). A escala já dispõe de estudos psicométricos que comprovam a sua fiabilidade e validade preliminar em amostras universitária, adulta e idosa, mostrando-se robusta nas diferentes populações. A presente investigação teve como objetivo replicar estudos de consistência interna, completar e aprofundar a validade da BaSIQS, sobretudo ao nível da validade empírica (recorrendo a um grupo clínico diagnosticado de modo independente e a um grupo de controlo) e de construto nas vertentes convergente (usando uma escala conceitualmente semelhante e dados objetivos de actigrafia) e discriminante (recorrendo a medidas de outros aspetos do sono e a escalas conceitualmente distintas) em população adulta e clínica.

Foram recolhidas as pontuações na BaSIQS, Índice de Gravidade da Insónia (ISI), Questionário Compósito de Matutividade (QCM) e Inventário de Sintomas Psicopatológicos-18 (BSI-18) de 922 adultos; recrutado um grupo de 30 participantes que preencheram os questionários e realizaram um estudo de actigrafia; e recolhidas as pontuações na escala BaSIQS de 30 pessoas com insónia diagnosticadas num centro de medicina do sono localizado num hospital universitário central.

A BaSIQS revelou boas qualidades psicométricas a nível da consistência interna e homogeneidade dos itens. A solução fatorial encontrada para a população adulta replica a estrutura bifatorial encontrada em estudo anterior. Revelou-se uma forte associação entre a BaSIQS e a ISI, assim como se observaram algumas correlações, de magnitude modesta, em relação à actigrafia. A análise das relações entre a BaSIQS e as medidas e escalas não conceitualmente relacionadas revelou relações não significativas ou moderadas. Na comparação das pontuações do grupo clínico e de controlo, observou-se uma clara superioridade de pontuações dos doentes com insónia e uma forte magnitude de efeito; as comparações item a item foram estatisticamente significativas à exceção do item 4. Com determinação da curva ROC verificou-se uma ótima acuidade da escala, definida por um elevado valor AUC.

Palavras-chave: Qualidade do sono; Insónia; BaSIQS; validade; análise ROC

BaSIQS – Basic Scale on Insomnia Complaints and Quality of Sleep: Validity Studies in Clinical and Community Samples

Abstract

Despite its high prevalence and interference in the quality of life, insomnia is still an unrecognized, undiagnosed and untreated disorder. In light of this scenario, it is easily understandable how important it is to develop valid instruments that help the clinician in screening and assessing insomnia. Sleep quality and insomnia complaints are highly subjective, as such the best way to evaluate their presence is through patient-report methods. Gomes et al. proposed a set of items to assess the subjective experience of sleep quality and insomnia symptoms – Basic Scale on Insomnia Complaints and Quality of Sleep (BaSIQS). This instrument has demonstrated good psychometric properties and has been preliminarily validated in student, adult and older aged samples. The present research aimed to replicate BaSIQS internal consistency studies as well as to study in detail the validity of the scale in terms of criterion validity (by using a clinic sample group independently diagnosed and a control group) and construct validity – convergent (by using a conceptually related scale, and actigraphy) and discriminant (by using measures of sleep unrelated to its quality and other scales conceptually distinct) subtypes, in adult community and clinical samples.

BaSIQS was filled out along with the Insomnia Severity Index (ISI), Composite Morningness Questionnaire (CMQ) and Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18) by 922 adults; an additional group of 30 participants was recruited to fill out these instruments and participate in an actigraphy study; BaSIQS's scores were also collected in a sample of 30 insomnia patients diagnosed in a Sleep Medicine Centre located in a central university hospital, and based on their sex, age and educational level, a subgroup of 30 matched controls from the community participants were selected.

BaSIQS's demonstrated good psychometric properties concerning internal consistency and homogeneity of the items. We found a two-factor structure identical to the one previously reported. By testing the association between BaSIQS and ISI we found significantly large correlations, whereas the actigraphy study showed moderate and low correlations. Moderate to not significant correlations were found by confronting BaSIQS to the unrelated measures and scales. When it comes to comparing results between the clinical group and the control group, we found a clear superiority of BaSIQS total score in the former group and large magnitude differences; also, there were moderate to large magnitude differences between groups for all item scores excepting for item 4. In the ROC analysis the scale demonstrated a high accuracy as indicated by the AUC value.

Key Words: Sleep Quality; Insomnia; BaSIQS; validity; ROC analysis

Agradecimentos

À Prof. Doutora Ana Allen Gomes pelo apoio, pela presença constante, pelo trabalho, pela paciência ao longo deste ano letivo e por todos os conhecimentos e conselhos transmitidos.

À Mestre Vanda Clemente (Consulta de Psicologia – Sono, especialista em psicologia clínica e em medicina comportamental de sono), que desempenhou um papel fundamental e prestou um apoio inestimável ao nível da recolha da amostra clínica e sem a qual tal não teria sido possível.

À minha família, por todo o apoio, por todas as palavras e, especialmente, pela confiança que depositaram em mim ao longo desde percurso.

Ao Zé, por estar nos bons e maus momentos e por ter sempre a palavra certa, no momento certo.

Às minhas amigas e companheiras nestes anos em Coimbra sem as quais nada seria igual.

Ao Centro de Medicina do Sono do Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e ao seu Diretor, Dr. Joaquim Moita por ter autorizado e “recebido” esta investigação e autorizado a recolha de dados.

Agradecemos à Universidade de Aveiro, Departamento de Educação e Psicologia, unidade laboratorial Sleep&ChronoLab, a disponibilização do equipamento de actigrafia da AMI.inc adquirido com fundos FEDER através do Programa COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT, no âmbito do projeto PTDC/PSI-EDD/120003/2010 coordenado pela orientadora da presente dissertação.

Índice

I - Enquadramento conceptual	1
II - Objectivos e Hipóteses.....	7
III - Metodologia.....	8
IV - Resultados	17
V - Discussão	26
VI - Conclusões.....	31
Bibliografia	32
Anexos	36

I - Enquadramento conceptual

A definição do sono como construto tem sofrido uma longa evolução debantendo-se a dualidade entre passividade e atividade. Desde uma definição comportamental simples que o define como um “estado reversível de ‘desligamento’ perceptivo” (Carskadon & Dement, 2011) até uma definição dinâmica que o tenta compreender na sua complexidade. Ainda assim, trata-se de um fenómeno cuja completude ainda não parece ter sido inteiramente compreendida. Apesar desta definição algo simplista estar fundamentalmente correta, os mesmos autores definem-no, também, como uma “complexa amálgama de processos fisiológicos e comportamentais” (Carskadon & Dement, 2011, p.16). Da mesma forma, a compreensão da função deste estado “básico” e imprescindível ao funcionamento humano tem sido largamente estudada. O sono tem sido compreendido de diversas formas mas, apesar de parecer ainda não existir consenso entre investigadores, a teoria da restauração é a que partilha maior aceitação. Segundo esta teoria, a função do sono passa por restaurar o desgaste ocorrido durante a vigília (Ramos Platón, 1996 cit. in Gomes, 2005). Tal é compreensível pelo entendimento e estudo da arquitectura do sono e a sua interdependência do funcionamento diurno. Por exemplo, verifica-se que o sono profundo favorece a síntese de proteínas e que a libertação da hormona de crescimento (HC) atinge o máximo nesta fase (Gomes, 2005). Da mesma forma, a restauração cerebral parece ocorrer durante este estado fisiológico uma vez que o cérebro é o único órgão que se encontra num “estado distinto” durante o sono (Hobson, 1995 cit. in Gomes, 2005). Assim, parece incontestável a imensa importância do sono para o funcionamento humano.

Partindo de um ponto de partida teórico, a relevância do sono para o indivíduo encontra corroboração quando se observa o efeito da privação e perturbações de sono no funcionamento humano. As principais consequências da privação de sono (intencional ou não), a curto ou a longo prazo, passam pela sonolência, fadiga, desempenho cognitivo e comportamental diminuído e alterações de humor (Morin, 1993) associando-se-lhe um aumento da incidência e risco de condições médicas, alterações nas respostas endócrinas, imunitárias e cardiovasculares (Banks & Dinges, 2007). A privação de sono crónica é uma experiência frequente que pode ter diversas causas: condições médicas, perturbações de sono, responsabilidades laborais, sociais e domésticas e mesmo o próprio estilo de vida. Um estudo, realizado em 2005 nos EUA, verificou que os indivíduos dormiam, em média, 6.8 horas durante a semana e 7.4 horas no fim de semana. Mais ainda, 16% dos indivíduos reportavam dormir menos de 6 horas por noite durante a semana e 10% tinham esta duração de sono durante o fim de semana (Banks & Dinges, 2007). De facto, privação de sono com um carácter intencional ou “semi-intencional”, nos dias de hoje, começa a assumir dimensões incomparáveis. As pressões sociais e laborais cada vez mais se impõem às necessidades de descanso; a carga de trabalho e horária tem vindo a aumentar, assim como a ênfase em atividades de lazer (Rodrigues, Nina & Matos, 2014). Como tal, as pessoas tendem cada vez mais a comprometer as horas de sono necessárias para

conseguir manter o estilo de vida que lhes é requerido numa tentativa de manter a sua qualidade de vida, tentando não descurar nenhuma área de funcionamento. Como consequência, a privação de sono crónica terá, a médio e longo prazo, um efeito paradoxal nesta qualidade de vida ambicionada (Alhola & Polo-Kantola, 2007). Por outro lado, muitos indivíduos são confrontados com esta dificuldade, não por opção ou necessidade, mas pela incapacidade de ter um sono que cumpra estes requisitos fisiológicos. Neste sentido, introduz-se o conceito de Insónia.

A insónia é uma condição altamente difundida e debilitante que pode afetar todos os indivíduos independentemente da idade ou estatuto socioeconómico, incluindo crianças, adultos e idosos (Sheldon, 2001 cit. in Araújo, Jarrin, Yvan, Vallières, & Morin, 2017). Esta perturbação do sono apresenta como principal característica uma ou várias dificuldades em iniciar, manter o sono, acordar demasiado cedo antes da hora desejada ou ainda a noção de um sono não recuperador reflectindo uma duração, eficiência ou qualidade insatisfatória (American Psychiatric Association [APA], 2013; American Academy of Sleep of Sleep Medicine [AASM], 2014; Araújo, Jarrin, Yvan, Vallières, & Morin, 2017; Morin, 1993). Estas dificuldades são experienciadas por um grande número de indivíduos, revelando-se a insónia como a perturbação de sono mais prevalente (AASM, 2014; APA, 2013). Segundo o DSM-5, um terço da população adulta relata sintomas de insónia e entre 6 e 10% preenchem mesmo os critérios de diagnóstico (Van Laethem, Beckers, van Hooff, Dijksterhuis, & Geurts, 2016; APA, 2013). Na população europeia, os números apontam para uma prevalência de 16.8%, segundo Panossian e Avidan (2009). O risco de insónia aumenta na população idosa e sexo feminino (Panossian & Avidan, 2009; American Psychiatric Association, 2013). Em Portugal, Ohayon e Paiva (2005) realizaram, em 1998, uma investigação no sentido de apurar a prevalência de sintomas de insónia e insatisfação global com o sono. Os resultados obtidos mostraram que a dificuldade em iniciar o sono foi reportada por 12.1% dos respondentes, a dificuldade em manter o sono foi descrita por 21% e as queixas de sono não restaurador foram indicadas por 9.8% da amostra. Finalmente, este estudo mostrou que cerca de 28% da amostra recolhida reportava, pelo menos, um sintoma de insónia e 10% da amostra referia estar globalmente insatisfeito com o seu sono. Em geral, os sintomas de insónia e a insatisfação com o sono foram mais frequentes no sexo feminino e tenderam a aumentar com a idade (Ohayon & Paiva, 2005; Rodrigues, Nina & Matos, 2014). No mesmo sentido, num estudo posterior, Rodrigues, Nina e Matos (2014), verificaram que grande parte da população portuguesa recorre à toma de medicação para dormir, nomeadamente benzodiazepinas; estes resultados vão ao encontro de observações feitas noutros países. Para uma concretização do diagnóstico será, de igual forma, necessário que as dificuldades ocorram apesar de adequadas condições e oportunidades para dormir e que sejam acompanhadas por sofrimento subjetivo significativo ou défices no funcionamento diurno. As consequências deste problema reportam-se, em grande parte, em compromisso do funcionamento diurno, fadiga, perturbação de humor e psicopatologia, capacidade cognitiva e bem-estar físico diminuídos com

implicações diretas ou indiretas nos domínios social, ocupacional, económico e na saúde (Araújo, Jarrin, Yvan, Vallières, & Morin, 2017; Kyle, Espie, & Morgan, 2010). Historicamente, a insónia tende a ser entendida como uma condição secundária ou sintoma de várias perturbações psicológicas como ansiedade e depressão. No entanto, a investigação começa cada vez mais a desvendar que esta relação não é unilateral; aliás, estudos longitudinais mostram como a perturbação de insónia pode funcionar como um fator predisponente no desenvolvimento de perturbações - e.g. ansiosas e depressivas-, observando-se anos antes do precipitar destas perturbações (Bartlett & Jackson, 2016).

Apesar do sofrimento subjetivo que a insónia provoca, vários estudos exploratórios sugerem que as consequências diurnas desempenham um papel mais significativo do que o problema, em si, na forma como os doentes a definem e percebem (Carey, Moul, Pilkonis, Germain, & Buysse, 2005; Collier, Skitt, & Cutts, 2003; Green, Hicks, & Wilson, 2008; Kyle, Espie, & Morgan, 2010 cit. in Cheung, Bartlett, Armour, & Saini, 2012). Mais ainda, os doentes referem que os efeitos da insónia se estendem a outras áreas, não tão obviamente associadas à saúde, como a realização de objetivos pessoais relacionados com a carreira, educação e relações sociais. Com o objetivo de explorar estes “efeitos colaterais” dos défices diurnos experienciados pelo insone, Léger, Massuel, Metlaine e o SISYPHE Study Group (2006) estudaram o impacto da insónia no trabalho. Esta investigação revelou que, por um lado, não sendo uma perturbação visível, torna-se difícil explicar aos colegas ou superiores que o rendimento diminuído é uma consequência da privação ou fraca qualidade de sono. Por outro, as capacidades cognitivas diminuídas e a fadiga sentida tornam inevitável que tenham que empenhar esforços extra no desempenho das suas funções e que, muitas vezes, cometam erros vendo o seu rendimento diminuído. Neste sentido, uma das variáveis que tem sido usada para estudar o efeito na insónia no desempenho profissional é o absentismo pelo que os autores procuraram estudar o impacto da insónia na produtividade laboral, analisando as consequências profissionais da insónia num grupo de trabalhadores comparando um grupo de doentes com insónia com um grupo de controlo. Esta investigação comprovou as hipóteses colocadas na medida em que o grupo de doentes com insónia revelou taxas de absentismo quase duas vezes superiores ao grupo de controlo, assim como sentiam menos energia no trabalho e menor autoestima em relação aos pares. Existem poucos estudos que avaliam o impacto da insónia na qualidade de vida dos indivíduos que não possuem comorbilidades com outras condições médicas ou psiquiátricas. Ainda assim, Zammit e colegas (1999, cit. in Léger, Massuel, Metlaine, & SISYPHE Study Group, 2006) propuseram-se a estudar esta variável verificando que os doentes com insónia reportaram menor vitalidade, maiores dificuldades emocionais e problemas mentais, assim como preocupações com a saúde limitativas da atividade física, maior perceção de dor corporal, interferência de problemas físicos e emocionais nas atividades sociais e, em geral, menor saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida expressa-se pela “perceção individual da posição de vida no contexto de uma cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação ao seus objetivos,

Validade da BaSIQS - Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono: Estudos em Amostras Clínica e da Comunidade

Mariana Miller Mendes (mariana.miller.mendes@gmail.com), 2017

expetativas, padrões e preocupações” (World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1997, p.1). Tal pode-se traduzir no grau de satisfação do indivíduo com a vida, saúde, situação profissional e social. Assim, adotando como fio condutor o conceito de qualidade de vida supracitado, verificamos que vários estudos abordam a forma como o funcionamento diurno e neurocognitivo, alterados pela insônia, e o sofrimento subjetivo que lhe é, em maior ou menor grau, inerente, têm implicações diretas e indirectas na saúde, funcionamento e regulação emocional, realização pessoal e self desejado, tornando-se evidente, pelo menos, uma influência indireta da insônia na qualidade de vida. Neste sentido, Ishak, et al. (2012) propuseram-se a oscultar o efeito da insônia na qualidade de vida à luz da mesma definição apresentada pela OMS, através de uma revisão sistemática da literatura, na qual apresentam resultados que apontam para um impacto global negativo da insônia na qualidade de vida. Acrescenta-se ainda que, devido ao aumento da morbidade de condições físicas e psiquiátricas, a insônia torna-se um custo direto ou indireto para a sociedade (Ishak, et al., 2012).

Mais recentemente, tal como na saúde se assistiu a uma mudança de paradigma, no qual se alterou a definição de saúde como a ausência de doença para um entendimento mais alargado e focado no funcionamento, bem-estar e interação com o ambiente, Buysse (2014) introduziu um novo conceito que procura uma revolução no mesmo sentido. O autor, não negligenciando a importância de definir e tratar perturbações e défices de sono, refere que o “sono saudável” (*Sleep Health*) não é simplesmente a ausência de patologia ou défice. Pelo contrário, enfatiza o papel positivo do sono na saúde e qualidade de vida, em geral. Apresentado como um conceito multidimensional, o sono humano pode ser medido através de vários níveis de análise e ao longo de múltiplos aspetos ou dimensões e deve ser entendido como um continuum no qual existe uma variação entre um sono de “boa” ou “pobre” qualidade. Tal como nas definições “tradicionais”, este conceito pode ser medido, no entanto, não numa perspectiva dicotómica, mas numa visão multidimensional que permite a avaliação não só do extremo negativo mas também do positivo – analisar os benefícios do “sono saudável” e os mecanismos pelos quais atua na promoção do bem-estar físico e mental. Neste sentido, o autor sugere que o padrão sono-vigília deverá inserir-se numa perspectiva ecológica e sistémica e é melhor compreendido na análise dos vários contextos em que o indivíduo se insere. Assim, a avaliação da saúde do sono passa por compreendê-lo, não só numa perspectiva individual, mas também social e ambiental o que prevê que um “sono saudável” pode não ter as mesmas características em todos os indivíduos e mesmo em todas as situações e contextos socioculturais (Buysse, 2014). Finalmente, a definição de uma boa saúde de sono depende da satisfação subjetiva, *timing* apropriado dos momentos de sono nas 24 horas, duração adequada, elevada eficiência e capacidade de alerta durante a vigília. Mais ainda, é importante referir que estas qualidades podem ser medidas em qualquer indivíduo, possuidor, ou não, de perturbação de sono.

Apesar de tudo isto, a insónia continua um tema “tabu” no sentido em que é considerada, por muitos autores, uma condição “invisível” (Ware, 1992 cit. in Cheung, Bartlett, Armour, & Saini, 2012). Assim, a literatura foca-se maioritariamente nos défices funcionais provocados acabando, muitas vezes, por ser menosprezado o sofrimento subjetivo durante os momentos de insónia. Aliás, esta tendência é partilhada pelos próprios indivíduos que parecem experienciar um sentimento de resignação e desespero aprendido, “normalizando” o problema e parecendo aceitar o sofrimento noturno como algo inevitável. Quando questionados sobre esta experiência, os indivíduos sentem-se isolados e incompreendidos, tendendo a adiar comportamentos de ajuda, crendo que esta perturbação segue um curso e término espontâneos (Araújo, Jarrin, Yvan, Vallières, & Morin, 2017; Cheung, Bartlett, Armour, & Saini, 2012). Também em termos de cuidados de saúde primária, esta condição continua a ser vista como secundária e pouco urgente sendo o procedimento padrão a terapia farmacológica e indicações no sentido da higiene do sono por profissionais não especializados na área, sendo rara a referenciação para centros de medicina do sono (Araújo, Jarrin, Yvan, Vallières, & Morin, 2017). Assim, apesar da sua elevada prevalência na população geral e significativo impacto na saúde pública, a insónia continua a ser uma condição pouco reconhecida, não diagnosticada e não tratada, especialmente em Portugal (Clemente, 2006). Desta forma, é de extrema importância consciencializar os profissionais de saúde primária para a deteção desta condição, assim como a sensibilização de que se trata de uma condição primária pelo que deve ser alvo de intervenção, em si mesma, de preferência por profissionais especializados.

Dada a natureza multidimensional da insónia, a avaliação clínica é essencial à compreensão das suas características idiossincráticas, etiologia e curso de desenvolvimento. Porém, muitas vezes esta avaliação não está disponível pelo que se torna imprescindível recorrer a instrumentos de avaliação que permitam realizar um despiste de modo a que os recursos possam ser maximizados. Existem vários instrumentos de avaliação da insónia que incluem medidas objetivas, como a polissonografia e actigrafia, e medidas subjetivas. No que toca a medidas objetivas, o polissonograma é o único instrumento que permite conhecer a arquitetura do sono e obter dados verdadeiramente objetivos em relação a variáveis como a duração do sono e a latência ao mesmo. Esta medição é possível devido à análise de três medidas: atividade encefalográfica, movimentos oculares e tónus muscular. No entanto, trata-se de um exame dispendioso financeira e temporalmente cuja utilidade, no que concerne à intervenção, é limitada pelo que, para efeitos de diagnóstico simples, não deve ser usado (Carney & Edinger, 2010; Lavie, 1996; Morin, 1993). A favor desta ideia, Schutte-Rodin, Broch, Buysse, Dorsey, & Sateia (2008), apresentam as diretrizes da AASM nas quais é referido inequivocamente que a polissonografia não é indicada como instrumento de avaliação da insónia. Assim, quando se opta por uma avaliação objetiva do sono, pode optar-se pelo recurso à actigrafia – pequeno aparelho de pulso que deteta o movimento usando um acelerómetro e que, através de um algoritmo, permite estimar o padrão de sono-vigília tal como algumas das medidas como a duração do sono, latência e despertares durante o período de sono (Carney

Validade da BaSIQS - Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono: Estudos em Amostras Clínica e da Comunidade

Mariana Miller Mendes (mariana.miller.mendes@gmail.com), 2017

& Edinger, 2010; Morin, 1993). Contudo, e como referido, a vivência subjetiva e heterogénea da insónia, assim como da qualidade de sono, desempenham um papel fundamental para a compreensão do clínico sobre o problema. Esta, por sua vez, permitirá a concretização de uma intervenção estruturada e eficaz no tratamento da perturbação. Como tal, o método primordial de avaliação deverá medir estes aspetos subjetivos, através do auto-relato sendo que, excluída a possibilidade de entrevista clínica, as medidas de autoresposta constituem, comparativamente com outras, o meio de avaliação priorizado numa fase de triagem. Assim, com vista ao auxílio do clínico, é essencial a dispor de instrumentos que possam ser usados para avaliar de modo estandardizado e quantificar as queixas e sintomas de insónia e qualidade do sono (Bastien, Vallières, & Morin, 2001).

Existem, hoje, vários questionários disponíveis para avaliar a qualidade de sono, gravidade e sintomas de insónia. No entanto, no caso português, poucos se encontram traduzidos, validados e divulgados. Um dos instrumentos mais amplamente difundidos na avaliação da insónia e da sua interferência subjetiva no quotidiano é o Índice de Gravidade da Insónia, conhecido por ISI (do inglês *Insomnia Severity Index*, Morin, 1993; Clemente, 2007, 2013). A ISI é um questionário breve de auto-resposta que mede a perceção do indivíduo sobre o seu problema de sono. Assim, procura avaliar os sintomas subjetivos e consequências da insónia, tal como o grau de preocupação e perceção da visibilidade do problema para os outros. Tratando-se de uma escala sobre sintomas, até certo ponto, procura inventariar os critérios de diagnóstico constantes no DSM-5. Em termos psicométricos, os resultados sugerem que a ISI é um método válido e fiável na quantificação percebida da gravidade da insónia. Para além de apresentar qualidades psicométricas adequadas, a ISI apresenta vantagens em relação a outras escalas como o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh dado o seu formato breve e fácil administração e cotação (Bastien, Vallières, & Morin, 2001).

É neste sentido que Gomes et al. (2015) publicaram dados sobre uma escala, apurada pela equipa desde os anos 2000 (*cf.* Gomes 2005), que permite avaliar sintomas de insónia e qualidade de sono – denominada definitivamente na publicação de 2015 como Escala Básica de Insónia e Qualidade de Sono (BaSIQS). Esta escala parte de uma definição de qualidade de sono não só como a satisfação subjetiva mas inclui também aspetos específicos do adormecimento e manutenção do sono tais como dificuldade em adormecer, despertares frequentes e prolongados, despertares precoces, perceção de sono leve e não restabelecendor. Assim, aceita a interceção entre o conceito de qualidade de sono e as queixas de insónia, muitas vezes relatada na literatura. Mais ainda, os autores pretenderam criar uma escala que meça o continuum entre o bom e o mau sono, tal como veio, entretanto, a ser descrito por Buysse (2014). Assim sendo, tal escala permitirá obter resultados significativos e discriminativos em ambas as populações – clínica e não clínica. Com apenas sete itens, trata-se de uma escala breve e de fácil aplicação e cotação que poderá servir como ferramenta de avaliação da qualidade de sono no indivíduo e não necessariamente apenas para identificação de doentes com insónia. Pelo interesse específico na qualidade de sono, as questões avaliam apenas a experiência nocturna, não se incluindo (propositadamente) neste instrumento

Validade da BaSIQS - Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono: Estudos em Amostras Clínica e da Comunidade

Mariana Miller Mendes (mariana.miller.mendes@gmail.com), 2017

nenhuma questão sobre défice ou sequelas diurnas. Tendo sido construída há mais de uma década já dispõe de estudos psicométricos que comprovam a sua fiabilidade e validade em população universitária, assim como dados em amostras adulta e idosa (Silva, Alves, Gomes, Marques, Azevedo e Silva, 2016; Gomes et al., 2017). A escala mostrou-se robusta nas diferentes populações obtendo valores α de Cronbach de cerca de 0,7 em população universitária e idosa e 0,84 para população adulta. Verificou-se, de igual modo, nas três populações que a exclusão de qualquer item da escala não aumentava o índice de consistência interna o que demonstra que todos os itens se correlacionam entre si na medição dos construtos a que se propõem. No mesmo sentido, as sucessivas investigações da equipa de Gomes et al. (2015) permitiram a construção de normas, diferenciadas por sexo, para a população universitária que permitem diferenciar indivíduos com um sono de qualidade de indivíduos com um sono prejudicado. No entanto, uma vez que não existem estudos com população clínica que permitam verificar objectivamente as diferenças de resultados entre as duas populações, nem dados em amostras adultas alargadas compostas por não estudantes, tais normas servem um propósito meramente sugestivo e inferencial na identificação de indivíduos com este tipo de sintomatologia.

II - Objectivos e Hipóteses

A presente investigação teve como objetivo replicar estudos de consistência interna e aprofundar os estudos de validade da Escala Básica de Qualidade de Sono (BaSIQS) em população adulta e clínica. Os dados anteriores de validação foram realizados em estudantes universitários, englobando: análise fatorial exploratória; relação da BaSIQS com as pontuações no conhecido índice de Pittsburgh de qualidade do sono - PSQI; comparação das pontuações da BaSIQS entre participantes que reportaram insónia, outro tipo de problema de sono ou nenhum problema em dormir – cf. Gomes et al., 2015. Posteriormente, foi possível dispor de alguns dados acerca da validade convergente de construto relativamente a outras duas escalas de auto-preenchimento relacionadas com insónia (*Glasgow Sleep Effort Scale*/GSES e *Glasgow Contents of Thoughts Inventory*/GCTI, cf. Gomes et al., 2017).

No presente estudo pretendeu-se analisar a BaSIQS ao nível da validade empírica (i.e., referenciada a critério externo) e da validade de construto - na vertente de validade convergente e discriminante. Para tal, ao nível da validade de constructo, os resultados da BaSIQS foram confrontados com as pontuações obtidas pela mesma população numa escala que mede um construto semelhante – a conhecida escala ISI (Índice de Gravidade da Insónia), conforme descreveremos adiante - e em duas escalas que medem construtos distintos, de modo a analisar as associações entre as escalas. No mesmo sentido, pretendeu-se também apurar a relação entre as pontuações obtidas nesta escala com os resultados de uma medida objetiva do sono – actigrafia. Especificamente, hipotetizou-se que seria encontrada uma correlação significativa e de magnitude considerável entre a escala em estudo e a escala conceitualmente relacionada, supondo que o aumento de pontuação

numa escala corresponda ao aumento da pontuação na outra. Previu-se, ainda, que se observassem correlações modestas ou mesmo não significativas entre os resultados da escala em estudo e as pontuações de medidas e escalas conceitualmente diferentes – referentes a sintomatologia psicopatológica e a outros aspetos de sono diferentes da qualidade (tais como duração e *timing*). Por outro lado, previu-se que os resultados na escala BaSIQS apresentassem uma correlação significativa com o estudo de actigrafia realizado, ou seja, que o autorrelato subjetivo do doente medido pela escala encontrasse corroboração pela análise deste instrumento. Paralelamente pretendeu-se proceder à análise fatorial da escala replicando a estrutura fatorial encontrada por Gomes et al. (2015) em estudantes, de modo a verificar se a mesma se aplica a uma amostra composta por não estudantes.

A fim de realizar o estudo da validade empírica, foi recolhida uma amostra constituída por doentes diagnosticados com insónia (através de avaliadores e metodologias independentes), com o objetivo de verificar se as pontuações da BaSIQS se relacionavam com o critério externo “diagnóstico clínico” de insónia. Para tal, os resultados destes participantes foram comparados com os provenientes da população comunitária (sem problemas de insónia diagnosticados). Esperou-se verificar uma diferença de médias entre os dois grupos no sentido de que a amostra clínica obtivesse resultados significativamente superiores aos da amostra comunitária. Adicionalmente, através de uma análise ROC, foi, também, possível analisar a precisão da BaSIQS, examinar a especificidade e sensibilidade e sugerir um ponto de corte que permitisse sinalizar os indivíduos com uma má qualidade de sono e presença de sintomatologia de insónia.

III - Metodologia

- Participantes

A presente investigação envolveu várias amostras/subamostras. Recorreu-se a uma amostra comunitária composta por 922 adultos (*cf.* Tabela 1) dos quais 648 são do sexo feminino (70,3%) e 274 do sexo masculino (29,7%), com idades compreendidas entre os 18 e os 63 anos ($M=30,7$; $DP=10,68$). Verifica-se que o sexo feminino ($M=29,66$; $DP=9,95$) apresenta uma média de idades significativamente inferior ao masculino ($M=33,18$; $DP=11,88$), $t(442,625) = -4,307$ com $p < 0,001$.

Relativamente à região geográfica verificou-se uma predominância na amostra de sujeitos do Centro (50,5%) seguindo-se o Norte (24,7%), Lisboa (10,5%), Açores (6,4%), Madeira (5,2%) e, por fim, Alentejo e Algarve que representam apenas 2,6% da amostra. No que toca à escolaridade, a grande maioria dos sujeitos apresenta estudos ao nível do ensino secundário (33,0%) ou superior (60,0%) representando 93,0% da amostra. Quanto à ocupação, predominam os especialistas de atividades intelectuais e científicas (30,6%) e estudantes (29,5%). Seguem-se, com percentagens de cerca de 10% ou inferiores, desempregados e reformados (10,2%), trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores (8,6%), técnicos e profissões de nível intermédio (5,2%) e, com percentagens abaixo de 5%, encontram-se

as restantes categorias do Instituto Nacional de Estatística/INE (INE, 2010). No mesmo sentido, 72 participantes declararam trabalhar por turnos (7,8%). A categorização ocupacional apresentada trata-se da desenvolvida pelo INE.

Verifica-se ainda que, dos 922 sujeitos que compõem esta amostra, 107 (11,6%) reportam problemas de saúde (física ou mental) e 285 (30,9%) consideram ter um problema de sono.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra (n=922)

		n	%
Sexo	Feminino	648	70,3
	Masculino	274	29,7
Zona de Residência	Alentejo	14	1,5
	Algarve	10	1,1
	Centro	466	50,5
	Lisboa	97	10,5
	Norte	228	24,7
	Região Autónoma dos Açores	59	6,4
	Região Autónoma da Madeira	48	5,2
Ocupação ^a	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	1	0,1
	Desempregado/Reformado	94	10,2
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	282	30,6
	Estudante	272	29,5
	Não especificada	45	4,9
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	16	1,7
	Pessoal administrativo	43	4,7
	Profissões das forças armadas	10	1,1
	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	1	0,1
	Técnicos e profissões de nível intermédio	48	5,2
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	79	8,6
	Trabalhadores não qualificados	13	1,4
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	5	0,5
	Escolaridade	1º Ciclo do Ensino Básico	8
2º Ciclo do Ensino Básico		8	0,9
3º Ciclo do Ensino Básico		49	5,3
Ensino Secundário		304	33,0
Ensino Superior		553	60,0
Problema de Saúde	Sim	107	11,6
	Não	815	88,4
Problema de Sono	Sim	285	30,9
	Não	637	69,1
Total		992	100,0

^a Ocupações de acordo com a categorização desenvolvida pelo INE (2010), tendo sido acrescentadas as classificações: Estudante, Desempregado/Reformado e Não Especificada

Validade da BaSIQS - Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono: Estudos em Amostras Clínica e da Comunidade
Mariana Miller Mendes (mariana.miller.mendes@gmail.com), 2017

Para o estudo actigráfico, constituiu-se, igualmente, uma amostra adicional que englobou 30 participantes dos quais 17 são do sexo feminino (56,7%) e 13 do sexo masculino (43,3%) com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos ($M=30,8$; $DP=15,29$). Não foram verificadas diferenças significativas entre a idade média das mulheres ($M=32,71$; $DP=16,88$) e dos homens ($M=28,31$; $DP=13,16$), $t(28)=-0,78$ com $p=0,174$. Relativamente à região geográfica, a amostra é composta unicamente por residentes no Centro (90,0%) e Norte (10,0%) cuja escolaridade é maioritariamente ensino superior (63,3%) e ensino secundário (36,7%). Nenhum participante afirmou ter problemas de saúde (física ou mental) mas 10 destes indivíduos (33,3%) consideraram ter um problema de sono.

Paralelamente, foi ainda recolhida uma amostra de 30 sujeitos utentes da consulta de Psicologia Clínica - Sono, do Centro de Medicina do Sono (CMS) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Definiram-se como critérios de inclusão todo e qualquer sujeito com diagnóstico de insónia (de acordo com a *International Classification of Sleep Disorders-3 – ICSD-3*) maior de 18 anos e, como critérios de exclusão, (1) existir comorbilidade com outras perturbações de sono não tratadas (ex.: Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono) e (2) existirem perturbações psiquiátricas consideradas graves (ex.: Perturbações Psicóticas). Nesta, 24 indivíduos são do sexo feminino (80,0%) e 6 do sexo masculino (20,0%), com idades compreendidas entre os 30 e os 68 anos ($M=49,50$; $DP=10,41$). Não se verificaram diferenças significativas entre a idade média das mulheres ($M=48,21$; $DP=10,52$) e dos homens ($M=54,67$; $DP=8,87$), $t(28)=-1,38$, $p=0,349$. Relativamente à região geográfica, 100% da amostra é da zona Centro e no que toca à escolaridade, verifica-se que a maioria frequentou o ensino superior (40,0%), 16,7% o ensino secundário ou 2º ciclo e 13,3% obtiveram o 1º ou 3º ciclo de escolaridade. (cf. Tabela 2).

Com base nas características sexo, idade e escolaridade do grupo clínico foi por fim constituído um grupo de controlo com características tão similares quando possível. Assim, doentes com insónia e controlos apresentam a mesma distribuição por sexo ($t(58)=0,00$, $p=1,00$) e idades equivalentes ($t(58)=0,089$, $p=0,929$). Quanto à escolaridade, também não se verificam diferenças significativas ($U=428,000$, $p=0,734$). As características detalhadas do grupo de controlo podem ser observadas na tabela 2.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra clínica e grupo de comparação

	M (DP), Min Máx	Amostra Clínica (n=30)		Grupo de Comparação (n=30)	
		N	%	N	%
Sexo	Feminino	24	80,0	24	80,0
	Masculino	6	20,0	6	20,0
Escolaridade	1º Ciclo	4	13,3	4	13,3
	2º Ciclo	5	16,7	2	6,7
	3º Ciclo	4	13,3	7	23,3
	Ensino Secundário	5	16,7	4	13,3
	Ensino Superior	12	40,0	13	43,3

- Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos e padrão básico de sono-vigília. Foi delineado um breve conjunto de questões para apurar as características da amostra em termos sociodemográficos e relativamente ao padrão de sono-vigília. No que toca à caracterização da amostra, foram consideradas relevantes informações relativas à idade, sexo, região geográfica, escolaridade e profissão e auto-relato de potencial patologia física ou mental. Em relação ao padrão de sono-vigília recolheram-se informações relativas aos horários de sono (durante a semana e fim de semana), frequência de obtenção de uma duração de sono suficiente para o bem-estar, a presença de problemas de sono (questões estas adaptadas a partir de um questionário prévio de Gomes, 2005, Gomes et al., 2011) e a presença de constrangimentos externos passíveis de comprometer a qualidade e quantidade de sono (e.g. bebés, crianças ou pessoas com doenças crónicas requerentes de cuidados noturnos).

As questões referentes ao padrão de sono permitiram a elaboração de variáveis relevantes à presente investigação, nomeadamente, tempo na cama durante a semana e ao fim-de-semana, tempo global na cama, ponto médio do sono aproximado (para a semana, fim-de-semana e global) e ponto médio do sono corrigido (aproximação). A definição e o cálculo das medidas mencionadas encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3. Variáveis calculadas

Medida	Definição	Fórmula
Tempo na cama (TC)	Tempo passado na cama durante a semana e ao fim-de-semana. Calculado através da Hora de Deitar (HD) e Hora de Levantar (HL).	HL – HD
Tempo Global na Cama (TGC)	Média do tempo passado na cama durante os 7 dias da semana. Esta medida está por norma estreitamente relacionada com o tempo de sono.	$(5*TC_{semana} + 2*TC_{fim-de-semana}) / 7$
Ponto Médio do Sono, aproximado (PMS-)	Ponto médio entre a hora de deitar e a hora de levantar. O PMSa global consiste, neste estudo, no ponto médio entre a hora de deitar e de levantar nos dias da semana (em que há obrigações sociais) e fim-de-semana (sem obrigações)	$PMSa = HD + TC / 2$ $PMSa_{global} = (5*PMS_{semana} + 2*PMS_{fim-de-semana}) / 7$
Ponto Médio do Sono corrigido (aproximado) (PMSc-)	Traduz a localização temporal do sono nas 24 horas. O PMS depende do cronótipo na medida em que os indivíduos compensam o défice de sono dormindo até mais tarde nos fins-de-semana em vez de se deitarem mais cedo. Assim, Roenneberg et al. (2004) propõe uma fórmula corrigida para o PMS, de modo a eliminar esta influência. Adotamos essa fórmula, com as devidas adaptações (a saber, o tempo na cama foi usado em vez do tempo de sono)	$PMS_{global} - 0.5 * (TC_{fim-de-semana} - TGC)$

Escala Básica de Insónia e Qualidade de Sono (BaSIQS; Gomes et al., 2015). Instrumento desenvolvido por Gomes e Azevedo, em estudos sucessivos com diferentes coautores, que avalia queixas de insónia e a noção de qualidade de sono. O questionário é constituído por 7 itens acerca de acontecimentos relativos à última semana. Cada item é avaliado numa escala de 5 pontos (0 – 4, sendo a cotação dos dois últimos itens invertida) e a pontuação total pode variar entre 0 e 28 pontos em que pontuações mais elevadas traduzem mais queixas de insónia ou uma mais pobre qualidade de sono. A escala mostrou-se robusta nas diferentes populações estudadas obtendo valores α de Cronbach de cerca de 0,73-0,76 em população universitária e idosa e 0,84 para população adulta não estudante (Gomes et al., 2015, 2017). Verificou-se, de igual modo, nas três populações, que a exclusão de qualquer item da escala não aumentava o índice de consistência interna (excepto uma subida negligenciável de 0,01 num item numa das amostras) o que demonstra que todos os itens se correlacionam entre si e são homogéneos. A análise fatorial exploratória realizada pelos autores através de fatoração do eixo principal seguida de rotação oblíqua revelou a existência de dois fatores interrelacionados que, cumulativamente, explicam entre 56,25 e 60,51% da variância, observando-se saturações mínimas entre 0,32 e 0,45.

Índice de Gravidade da Insónia (ISI; Morin, 1993; adapt. portuguesa: Clemente, 2007, 2013). Questionário breve de auto-resposta composto por 7 itens que avaliam a natureza, gravidade e impacto da insónia numa escala de Likert de 5 pontos (0 – 4) podendo o resultado variar entre 0 e 28 pontos. São avaliados aspetos como a dificuldade no início do sono, manutenção do sono, problemas por acordar antes da hora desejada ou necessária de manhã, insatisfação com a qualidade de sono, interferência no funcionamento diurno, noção que os outros têm dos seus problemas de sono e a preocupação sobre as dificuldades de sono. É pedido ao sujeito que se reporte às duas semanas transatas e avalie a gravidade e perceção do(s) seu(s) problema(s) de insónia. A escala apresenta boa consistência nesta amostra tendo em conta o alfa de Cronbach de 0,85 o que vai ao encontro da literatura que aponta para valores de alfa de cronbach de, por exemplo, 0,90 em amostras comunitárias e 0,91 em amostras clínicas (Morin, Belleville, Bélanger, & Ivers, 2011). Em amostras portuguesas foram encontrados coeficientes de Cronbach que variam entre 0,652 e 0,986 em quatro subamostras: doentes com insónia ($\alpha=0.652$), diabéticos ($\alpha=0.890$), indivíduos de meia idade ($\alpha=0.896$) e idosos ($\alpha=0.768$) (Clemente et al., 2017).

Questionário Compósito de Matutividade (QCM; Smith et al., 1989; Barton et al., 1992, traduzido e adaptado por Silva, Azevedo e Dias, 1994, 1995).

Instrumento de autorrelato, composto por 13 itens, que tem como objetivo determinar tipo diurno através de questões que se reportam às preferências do sujeito no que toca à escolha de horários. O resultado obtem-se através da soma de todos os itens (cotados de 1 a 4 ou 1 a 5, sendo nalguns casos necessário inverter o sentido da cotação) sendo que uma maior pontuação aponta para um perfil do tipo matutino. Apresenta uma aceitável consistência

interna no primeiro estudo de validação em Portugal ($\alpha=0,69$) numa amostra de trabalhadores por turnos (Martins et al., 1996) e valores indicativos de boa consistência (cerca de 0,8) em estudantes universitários e adolescentes (Couto et al., 2013; Gomes, 2005; Gomes et al., 2016) o que também sucede para a amostra do presente estudo ($\alpha=0,86$).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos-18 (Brief Symptom Inventory-18 – BSI-18) (Canavarro, Nazaré, & Pereira, 2017; Derogatis, 2000).

Trata-se de uma versão reduzida (18 itens) do *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (BSI) cujo objetivo é funcionar como instrumento de *screening* de psicopatologia depressiva, ansiosa e somatização, através da distribuição dos itens por três dimensões cuja soma se repercute num Índice de Gravidade Global (IGG). Os itens são cotados numa escala de Likert (0-4). As pontuações podem variar entre 0 e 72, sendo que uma maior pontuação é indicativa de maior sintomatologia psicopatológica. As subescalas Somatização e Ansiedade obtiveram, no estudo português, um coeficiente alfa de Cronbach de 0,80, a subescala Depressão 0,86 e o IGG obteve um Alfa de Cronbach de 0,92. No âmbito da presente amostra foi obtido um valor de 0,93 para o IGG, 0,83 para a Somatização, 0,89 para a Depressão e 0,86 para a Ansiedade, todos considerados bons ou muito bons.

Actígrafo. Método considerado objetivo e validado de inferência do padrão de sono através da deteção do movimento do pulso. Neste estudo foi usado um *Micro Motionlogger Watch* (Ambulatory Monitoring, Inc., Ardsley, NY), inicializados em *zero crossing mode* adotando épocas de 1 minuto. O actígrafo foi usado durante uma semana (7 dias), no pulso não dominante e os participantes foram instruídos a primir o botão “evento” sempre que se deitassem e levantassem. Paralelamente, foi-lhes indicado que deveriam preencher, diariamente, um Diário do Sono. O processamento dos dados foi feito com recurso ao *software Action-W*, versão 2.7.1. As medidas de actigrafia utilizadas para análise incluem:

Tabela 4. Variáveis de actigrafia ou derivadas

Designação pelo sistema de actigrafia	Designação em português e descrição da variável
<i>Wake Minutes Down</i>	Tempo acordado desde o momento em que se deita ao momento em que se levanta (tempo na cama), em minutos
<i>Wake Minutes Onset-Offset (O-O)</i>	Tempo acordado ao longo do período de sono (i.e., desde o início do episódio de sono (HI) até ao final do mesmo (HF), em minutos
<i>Sleep minutes</i>	Tempo total de sono noturno, em minutos
<i>Sleep %</i>	Percentagem de sono por tempo na cama (definição original de Eficiência de Sono)
<i>Sleep efficiency</i>	Percentagem de sono desde HI até HF
<i>Sleep latency</i>	Latência de sono, em minutos
<i>Wake after sleep onset</i>	Tempo acordado desde HI até HF

Validade da BaSIQS - Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono: Estudos em Amostras Clínica e da Comunidade
Mariana Miller Mendes (mariana.miller.mendes@gmail.com), 2017

<i>Sleep fragmentation Index (Down)</i>	Índice de Fragmentação do Sono durante o tempo na cama
<i>Sleep fragmentation Index (O-O)</i>	Índice de Fragmentação do Sono entre HI e HF
<i>Wake episodes down</i>	Número de despertares durante o tempo na cama
<i>Wake episodes O-O</i>	Número de despertares durante o período de sono (HI e HF)
<i>Mean wake episodes down</i>	Duração média dos episódios de vigília, durante o tempo na cama, em minutos
<i>Mean wake episodes O-O</i>	Duração média dos episódios de vigília, entre HI e HF, em minutos
<i>Longest wake episode O-O</i>	Despertar noturno mais longo (entre HI e HF), em minutos
[Variável derivada da actigrafia]	Insónia Final determinada de acordo com a fórmula: <i>Wake Minutes Down</i> - <i>Sleep latency</i> - <i>Wake Minutes Onset-Offset (O-O)</i>

- Procedimentos

O primeiro passo para a realização deste estudo foi o pedido de autorização aos autores dos instrumentos utilizados.

Para a recolha da amostra clínica foi elaborada e reunida toda a documentação requerida para obtenção de autorizações junto da Unidade de Investigação e Desenvolvimento do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e da Comissão de Ética dos CHUC. Uma vez concedido o parecer positivo iniciou-se o processo de recolha dos dados na Consulta de Psicologia – Sono do Centro de Medicina do Sono, após entrevista inicial e estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão: utentes com diagnóstico de insónia primária ou insónia comórbida (segundo os critérios da ICSD-3) nos quais (1) não exista comorbilidade com outras perturbações de sono não tratadas (ex.: Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono) e (2) não existam perturbações psiquiátricas consideradas graves (ex.: Perturbações Psicóticas). O diagnóstico de insónia foi realizado por membros da equipa do referido centro, integralmente constituída por especialistas em medicina do sono (*European Sleep Research Society-ESRS*) e confirmado pela psicóloga do Centro, detentora das especialidades em psicologia clínica e em medicina do sono (respetivamente, pelo Ministério da Saúde e Ordem dos Psicólogos Portugueses, e pela ESRS).

Todos os princípios éticos e deontológicos foram cumpridos e a autorização de todos os doentes foi requerida a par de um consentimento informado no qual todos os trâmites necessários estavam esclarecidos. Os dados sociodemográficos de caracterização da amostra foram retirados dos processos individuais dos doentes incluídos na amostra sendo, posteriormente, codificados numa base de dados de forma anónima.

A recolha da amostra comunitária foi feita através de uma plataforma *online* divulgada, quer junto da população estudantil da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, como através

da rede de conhecimentos dos elementos envolvidos neste estudo. Posteriormente, de forma a abranger mais participantes adultos provenientes da população não universitária, o questionário foi distribuído presencialmente em formato papel e lápis. Ambos os formatos eram acompanhados de um consentimento informado no qual constavam informações relativas aos objetivos do estudo, caráter voluntário, garantia de anonimato e confidencialidade dos mesmos. O tempo estimado de preenchimento do protocolo de investigação, composto pelos instrumentos já mencionados, não ultrapassava os 15 minutos. A recolha decorreu entre dezembro de 2016 e março de 2017. Para esta amostra aplicou-se como critério de exclusão idades inferiores a 18 anos e superiores a 64 anos ($18 \leq \text{Idade} < 65$).

A recolha da amostra actigráfica de 30 indivíduos foi feita através da rede de conhecimentos da investigadora uma vez que a participação pressupunha um investimento e disponibilidade por parte das pessoas para o uso, durante um período de 7 dias (24 horas), de um actigrafo e preenchimento a cada dia de um diário do sono no qual teriam que registar dados simples relacionados com o padrão de sono e utilização do actigrafo (ex.: hora de deitar e levantar e períodos em que retira o actigrafo) – procedimentos habituais nos estudos de actigrafia. Paralelamente, teriam que preencher a mesma bateria de testes recolhida na amostra comunitária (acompanhada de consentimento informado).

Com base nas características sexo, idade e escolaridade do grupo clínico procedeu-se ao processo de seleção de um grupo de controlo, procurando, tanto quanto possível, indivíduos com as mesmas características ou muito similares. A seleção dos casos de comparação foi realizada de forma cega – recolha da amostra clínica e seleção do grupo de controlo realizadas de forma independente por investigadores diferentes e desconhecedores das pontuações na escala BaSIQS. Para esta seleção começou por se identificar os sujeitos com auto-relato de problemas de sono, excluindo-os para efeitos de constituição da amostra de controlo. Sempre que possível, e na maioria dos casos, estes foram selecionados da amostra alargada. O critério primordial de seleção foi a similaridade dos casos; quando foram identificados vários sujeitos sociodemograficamente idênticos, o caso de controlo foi selecionado aleatoriamente com recurso ao SPSS. Quando não existiam casos semelhantes na amostra alargada (e.g. sujeitos da amostra clínica com 68 anos de idade – nesta amostra, 63 é a idade máxima dos sujeitos), recorreu-se a uma amostra recolhida numa investigação anterior, o que aconteceu em 10 dos casos selecionados para o grupo de controlo (na sua maioria da região Norte).

- Procedimentos estatísticos e de análise dos dados

Para realização da análise estatística foi utilizado sobretudo o *software* estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22.0.

Para a caracterização sociodemográfica da amostra foram calculadas estatísticas descritivas em termos de número e percentagem (i.e., frequências simples, absolutas e relativas). Da mesma forma foram calculadas médias, desvios-padrão, mínimos e máximos com o objetivo de caracterizar as diferentes variáveis (BaSIQS; ISI; QCM; BSI-18). Ao nível dos itens foram

também consideradas as medianas enquanto medidas de tendência central. Dada a elevada dimensão da amostra considerou-se que uma variável apresenta uma distribuição suficientemente próxima da normal se os valores de assimetria (*skeweness*) e achatamento (*kurtosis*) se situassem entre -2 e +2 (Lomax & Hahs-Vaughn, 2012). A consistência interna dos instrumentos foi avaliada através do alfa de Cronbach.

Primeiramente, procedeu-se ao estudo das qualidades psicométricas dos instrumentos pela análise da consistência interna. Segundo Pallant (2007), o valor ideal do alfa de Cronbach deve ser superior a 0,70 sendo os valores obtidos interpretados da seguinte forma: valores superiores a 0,90 são considerados muito bons, valores entre 0,80 e 0,90 são tidos como bons, entre 0,70 e 0,80 verifica-se uma consistência interna razoável, de 0,60 a 0,70 considera-se aceitável ainda que fraca e valores inferiores a 0,60 como sendo inadmissíveis.

Em relação à escala em estudo, BaSIQS, foram igualmente calculadas correlações item-total e os valores alfa de Cronbach com a exclusão de cada item (item-total corrigido). De seguida, foi averiguada a existência de diferenças significativas relativas ao sexo nas pontuações obtidas nas diversas escalas (e subescalas do BSI-18). Uma vez que todos os instrumentos demonstraram uma distribuição normal, à exceção da dimensão somatização do BSI-18, esta análise foi feita pelo teste paramétrico *t* de *Student* em todos menos nesta dimensão para a qual se recorreu ao teste não-paramétrico *U* de Mann-Whitney. Da mesma forma, explorou-se a eventual existência de correlações entre estes instrumentos e a idade com recurso ao teste paramétrico de Pearson. Em relação à BaSIQS, estas diferenças foram também exploradas ao nível de cada item através do teste não-paramétrico de Spearman. As relações entre as escalas foram analisadas, não só face à sua significância estatística, como em relação à magnitude das correlações definidas pelos critérios de Cohen (Pallant, 2007): independentemente do sentido da relação, são consideradas fortes correlações se iguais ou superiores a 0,50, uma associação moderada observa-se por um coeficiente entre 0,30 e 0,49 sendo que se considera baixa quando os valores se situam entre 0,10 e 0,29.

Finalmente, procedeu-se às análises referentes aos principais objetivos do estudo. Para estudar a estrutura fatorial da BaSIQS em adultos realizou-se uma análise fatorial exploratória e, uma vez que não havia razões para antecipar fatores completamente independentes dado o construto em teste, a análise foi feita através da fatoração do eixo principal seguida por rotação oblíqua (à semelhança da metodologia de Gomes et al., 2015). De modo a averiguar a existência de uma relação convergente entre a BaSIQS e a ISI foram calculadas correlações com recurso ao coeficiente produto-momento de *Pearson* para as pontuações totais e, através do equivalente não-paramétrico de *Spearman*, entre os itens concetualmente relacionados nas duas escalas. Para analisar as relações entre a BaSIQS e outras escalas concetualmente pouco ou nada relacionadas – QCM e BSI-18 – foram estudadas as relações entre as pontuações totais das três escalas através do teste paramétrico de *Pearson*. Realizou-se o mesmo tipo de análise entre a BaSIQS e as variáveis tempo na cama e ponto médio de sono. Estas relações foram analisadas não

Validade da BaSIQS - Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono: Estudos em Amostras Clínica e da Comunidade

Mariana Miller Mendes (mariana.miller.mendes@gmail.com), 2017

só ao nível da significância estatística como da sua magnitude, com base nos critérios de Cohen (Pallant, 2007). Em seguida, foi realizada uma análise de replicação da estrutura fatorial da BaSIQS (Gomes et al., 2015) através da factoração do eixo principal seguido de rotação oblíqua para *eigenvalues* iguais ou superiores a 1. Posteriormente, procedeu-se à análise dos resultados de actigrafia. Para tal, foram consideradas as variáveis da actigrafia supostamente relacionadas com os itens da escala BaSIQS, realizando-se correlações entre as variáveis actigráficas e a pontuação total da BaSIQS (coeficientes de *Pearson*), bem como entre cada item da escala e as variáveis actigráficas conceptualmente relacionadas (coeficientes de *Spearman*). Finalmente, foram comparadas as pontuações médias do grupo clínico e de controlo, executando o teste *t* de Student para as pontuações totais e os testes *U* de Mann-Whitney nas comparações entre as pontuações medianas dos itens dos dois grupos. Determinada a significância estatística, prosseguiu-se com o cálculo das magnitudes de efeito. No primeiro caso, determinaram-se os valores de *d* de Cohen através da fórmula $d = (M_{Gclínico} - M_{Gcontrolo}) / \text{pooled } SD$ (em que *pooled SD* é a raiz quadrada da média dos desvios-padrão ao quadrado), sendo que se consideram magnitudes fortes quando o valor de *d* é superior a 0,8, magnitudes médias quando este valor se situa entre 0,5 e 0,79 e valores inferiores a 0,2 apontam para magnitudes baixas (Cohen, 1998). Em relação às comparações item a item utilizou-se a fórmula Z / \sqrt{n} para calcular o respetivo valor de *Pearson* (Pallant, 2007). Foi, então, determinada uma curva ROC atendendo-se ao valor de *Area Under the Curve* (AUC), sensibilidade (capacidade de detectar os verdadeiros positivos) e especificidade (capacidade de detectar os verdadeiros negativos). Os valores AUC foram interpretados à luz dos seguintes critérios: com valores superiores a 0,9 considera-se que a escala tem uma boa precisão/acuidade, valores entre 0,7 e 0,9 apontam para uma precisão/acuidade moderada e um resultado entre 0,5 e 0,7 é considerado baixo (Streiner and Cairney, 2007 cit. in Pinteá & Moldovan, 2009).

IV - Resultados

- *Fiabilidade da BaSIQS quanto à consistência interna e homogeneidade dos itens*

Em relação à BaSIQS, nesta amostra foi encontrado um coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,80 que se traduz numa boa consistência interna da escala. Verificou-se que as correlações item-total corrigidas foram, no mínimo, de 0,35 e que todos os itens contribuem para a consistência interna da escala à exceção do item 4 cuja exclusão se traduz num coeficiente de 0,81 (*cf.* Tabela 5). Ainda assim, para além de ser um item conceptualmente relevante, verifica-se que este impacto é pouco acentuado e o item tem uma boa correlação com o total corrigido.

Tabela 5. Correlações item-total corrigido e alfas de Cronbach sem o item, para a BaSIQS

	Correlação item total corrigida	Alfa de Cronbach se item for excluído
Item 1	0,52	0,78
Item 2	0,62	0,76
Item 3	0,60	0,76
Item 4	0,35	0,81
Item 5	0,52	0,78
Item 6.1	0,65	0,76
Item 6.2	0,52	0,78

- Estatísticas Descritivas

De seguida foram determinadas as pontuações médias e desvios-padrão dos questionários e escalas usados no presente estudo (cf. Tabela 6). Observou-se que a pontuação média na BaSIQS foi 11,23, no ISI observou-se um valor médio de 8,47, no QCM registou-se o valor de 31,74 e no BSI-18 e subescalas somatização, depressão e ansiedade as pontuações médias foram, respetivamente, 13,07, 3,30, 5,03 e 4,74.

Assumida a normalidade das variáveis e de forma a verificar se existem diferenças de resultados a favor de um dos sexos, procedeu-se à realização do teste *t de Student* (cf. Tabela 6) no qual se verificou que, em todos os instrumentos, com exceção do QCM, o sexo feminino obteve pontuações significativamente superiores às do sexo masculino, com valores de $p \leq 0,05$ (cf. Tabela 6). No que respeita à BaSIQS, verificou-se um valor de $t(920)=3,34$, $p=0,001$, para o ISI verificou-se que $t(920)=2,31$, $p=0,021$, no QCM observou-se que $t(920)=-0,54$, $p=0,611$, em relação ao BSI-18, verificou-se um $t(920)=3,34$, $p=0,001$ no índice de gravidade global enquanto nos fatores os valores foram $t(920)=2,63$, $p=0,009$ na subescala somatização, $t(920)=2,66$, $p=0,008$ para a depressão e $t(920)=3,68$, $p<0,001$ na subescala ansiedade.

Tabela 6. Pontuações na amostra global e por sexo: BaSIQS, ISI, QCM e BSI-18 (n=922)

Instrumentos	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
BaSIQS	11,58	4,97	10,41	4,67	11,23	4,91	<0,01
ISI	8,73	5,23	7,86	5,19	8,47	5,23	<0,05
QCM	31,66	7,02	31,93	7,13	31,74	7,05	N.s.
BSI-18							
IGG	13,93	12,43	11,04	10,99	13,07	12,09	<0,01
Somatização ^a	Md=2 (M=3,53)	3,99	Md=1 (M=2,78)	3,89	3,30	3,97	<0,01
Depressão	5,31	5,17	4,37	4,77	5,03	5,07	<0,01
Ansiedade	5,09	4,74	3,90	3,88	4,74	4,54	<0,01

N.s.: Não significativo; a) utilizou-se o teste *t de Student* em todas as estatísticas à exceção da dimensão Somatização (BSI-18) em que foi usado o teste não-paramétrico de *Mann-Whitney* usando a mediana como medida de tendência central pela distribuição não normal dos dados.

Validade da BaSIQS - Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono: Estudos em Amostras Clínica e da Comunidade
Mariana Miller Mendes (mariana.miller.mendes@gmail.com), 2017

Relativamente à BaSIQS, foi igualmente importante verificar se existiam diferenças significativas relativamente ao sexo nas respostas a cada um dos itens. Para tal, realizou-se o teste *U de Mann Whitney* (cf. Tabela 7) no qual se verificou que existem diferenças significativas no item 3 ($U=75.920,0$, $p<0.001$), item 5 ($U=72.310,0$, $p<0.001$) e no item 6.2 ($U=71.118,5$, $p<0.001$). Em todos os itens mencionados, as pontuações são significativamente superiores no sexo feminino.

Tabela 7. Teste *U de Mann-Whitney*: sexo e itens da BaSIQS (N=922)

	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total		p
	M	Md	M	Md	M	Md	
Item 1	1.31	1	1.32	1	1.31	1	N.s.
Item 2	1.86	2	1.74	2	1.83	2	N.s.
Item 3	1.20	1	0.95	1	1.12	1	< 0.0001
Item 4	1.95	2	1.86	2	1.92	2	N.s.
Item 5	1.71	2	1.38	1	1.61	1.5	< 0.0001
Item 6.1	1.49	1	1.43	1	1.47	1	N.s.
Item 6.2	2.07	2	1.73	2	1.97	2	< 0.0001

N.s.: Não significativo

No que toca à relação das pontuações de cada instrumento com a idade, através do teste paramétrico de *Pearson*, observou-se um aumento das pontuações totais nas escalas BaSIQS ($r=0,19$, $p<0,001$), ISI ($r=0,08$, $p=0,016$) e QCM ($r=0,25$, $p<0,001$) com o aumento de idade enquanto no BSI-18, esta tendência foi apenas observável em relação à subescala somatização ($r=0,09$, $p=0,007$). Foi também observada a magnitude das correlações que permitiu examinar a relação de aumento da pontuação na BaSIQS com a idade é baixa. No caso da relação da idade com a ISI e subescala somatização os valores inferiores a 0,10 indicam que são correlações de reduzida relevância prática ou poderão, ainda, dever-se a um erro de tipo I. Por outro lado, no QCM verifica-se uma relação de magnitude baixa (mas próxima de moderada) entre o aumento de idade e uma subida das pontuações de matutuidade. Em suma, com a idade verificou-se um aumento das pontuações referentes a queixas de insónia/pobre qualidade do sono, gravidade da insónia, matutuidade e sintomas de somatização.

Analisando cada sexo de forma independente, observou-se a mesma tendência (ainda que de baixa relevância quando considerada a magnitude das correlações) de aumento das pontuações nas escalas com a idade. Ainda assim, esta análise revelou que, no sexo masculino, a tendência de aumento da sintomatologia de insónia com a idade deixa de se verificar ($r=0,07$, $p=0,279$).

- Estrutura fatorial da escala BaSIQS

Uma vez que a estrutura fatorial da BaSIQS em estudantes universitários tinha sido reportada em publicação anterior (Gomes et al., 2015) considerou-se pertinente, na presente investigação, analisar a estrutura da escala considerando apenas participantes adultos não estudantes. Assim, procedeu-se a uma análise fatorial usando fatoração do eixo principal seguida

por rotação oblíqua – método utilizado pelos autores – de forma a comparar os resultados obtidos nos dois estudos. A decisão metodológica foi tomada com base na assunção de que se trata de uma escala de fatores interrelacionados, ou seja, apesar dos itens testarem características diferentes, não se tornando redundantes, estes relacionam-se estreitamente entre si englobando o mesmo construto – qualidade de sono/queixas de insônia – pelo que não se esperam fatores completamente independentes ou pouco relacionados (Tabachnick & Fidell, 2007 cit. in Pallant, 2007). Neste sentido, procurou-se perceber se a amostra cumpria as condições necessárias à realização de uma análise fatorial. Com a condição de dimensão amostral ($N \geq 150$) cumprida *a priori*, tal como a necessidade de correlações item-total corrigido superiores a 0,30 já aferida nesta amostra, procedeu-se à análise da medida de adequação amostral – valor de *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* e do teste de esfericidade de *Bartlett*. O valor de KMO encontrado foi de 0,81 excedendo o valor mínimo recomendado de 0,6 e teste de esfericidade de Bartlett revelou-se estatisticamente significativo ($\chi^2(21) = 1630,203, p < 0,001$) (Pallant, 2007).

Com a metodologia adotada e tendo em conta o critério de *Kaiser* para a retenção de fatores (*eigenvalues* iguais ou superiores a 1), foram encontrados dois fatores que se revelaram interpretáveis e sobreponíveis ao estudo supracitado. O *Scree-Plot* apresenta-se na figura 1. O primeiro fator explica 48,49% da variância enquanto o segundo explica 16,64% pelo que a percentagem cumulativa atinge os 65,13% da variância explicada. Na matriz padrão, as saturações principais foram, no mínimo, de 0,53 enquanto na matriz de estruturas foram maiores que 0,59 (*cf.* Tabela 8). Verificaram-se pesos secundários na matriz de estrutura sendo que todos os itens, à exceção do item 5 e 6,2, apresentam pesos secundários iguais ou superiores a 0,4.

A partir da análise das saturações primárias, a estrutura bifatorial encontrada torna-se facilmente aparente pelo conteúdo dos itens com maior peso em cada fator sendo que o fator 1 representa um sono leve e interrompido e o fator 2 reporta-se às dificuldades em iniciar o sono.

Tabela 8. Matriz fatorial da BaSIQS em população não estudante

	Matriz Padrão		Matriz de Estrutura	
	Fator		Fator	
	1	2	1	2
Item 3	0,73		0,76	- 0,40
Item 6.1	0,64		0,73	- 0,49
Item 4	0,62		0,54	
Item 6.2	0,58		0,62	- 0,35
Item 5	0,53		0,59	- 0,37
Item 1		- 0,89	0,39	- 0,88
Item 2		- 0,79	0,50	- 0,85
Variância				
Explicada	48,49%	16,64%		

Método de Extração: Fatoração de Eixo Principal; Método de Rotação: Oblimin com Normalização de Kaiser

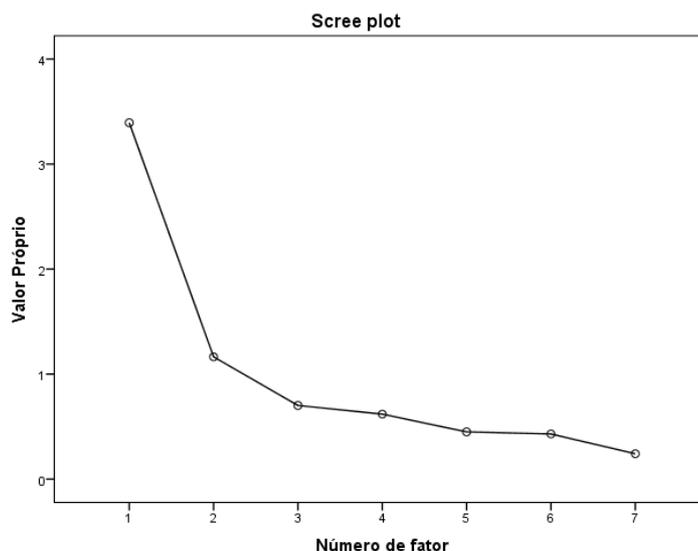


Figura 1. Scree Plot da BaSIQS

Também se executou a análise com totalidade da amostra recolhida (i.e., compreendendo também estudantes), assim como diferenciada entre homens e mulheres, não se verificando diferenças significativas entre as soluções encontradas. A única diferença a referir refere-se à matriz de estruturas do sexo masculino na qual não se verificam pesos secundários no item 6.2 como acontece em relação à amostra de não-estudantes e alargada. Em suma, replicou-se a estrutura fatorial encontrada por Gomes et al. (2015).

- Validade Convergente e Divergente da BaSIQS

De modo a averiguar as relações entre as pontuações na BaSIQS e ISI foi realizada uma análise correlacional entre as pontuações totais nas duas escalas através do teste paramétrico de Pearson e uma análise item a item, entre os itens concetualmente relacionados nas duas escalas através do teste não-paramétrico de Spearman (*cf.* Tabela 9).

Em relação às pontuações totais, verificou-se que as duas escalas estão significativamente correlacionadas entre si com uma magnitude de associação positiva e forte, de acordo com os critérios de Cohen (Pallant, 2007). Tal significa que um aumento da pontuação na BaSIQS corresponde a um aumento de pontuação no ISI, ou seja, o aumento das queixas de sono na sua globalidade. Na análise item a item, observando os coeficientes de Spearman, constatou-se a existência de correlações significativas positivas e de forte magnitude entre todos os itens analisados nas duas escalas (no limiar da magnitude forte para a correlação entre o item 4-BaSIQS e 1.3-ISI). Uma vez que foram analisados os itens concetualmente relacionados, tal afirmação significa que pontuações elevadas nestes itens, respeitantes a insónia inicial, intermédia e final, correspondem a pontuações igualmente elevadas nos itens do ISI que medem estas queixas de sono.

Pela repetição da análise para cada sexo, verificou-se que as relações encontradas se mantêm registando-se, apenas, diferenças mínimas de magnitude de, no máximo, 0,07, relativamente aos valores discriminados na Tabela 9.

Tabela 9. Matriz de Correlações entre a BaSIQS e ISI

	r		r_s	
	Pontuação Total ISI	Item 1.1	Item 1.2	Item 1.3
Pontuação Total BaSIQS	0,74*			
Item 1		0,66**		
Item 2		0,75**		
Item 3			0,56**	
Item 4				0,47**

** $p < 0,01$

De seguida, foram analisadas as relações da BaSIQS com outras escalas conceitualmente pouco ou nada relacionadas, nomeadamente o BSI-18 e o QCM. Para estudar estas relações foram confrontadas as pontuações totais das três escalas. Foram também analisadas as correlações entre a pontuação total da BaSIQS e as medidas de tempo total na cama e ponto médio de sono (*cf.* Tabela 10).

Em relação ao QCM, não se verificou qualquer relação significativa entre as duas escalas. Por outro lado, em relação às pontuações no BSI-18, verifica-se a existência de correlações significativas de magnitude moderada, pelo critério de Cohen. As correlações encontradas entre estes dois instrumentos são num sentido positivo, ou seja, pontuações elevadas na BaSIQS pressupõem pontuações elevadas, tanto no índice de gravidade global, como nas suas três subescalas. No que toca à relação da BaSIQS com as variáveis de medida analisadas (tempo total na cama e ponto médio de sono corrigido), não se verificou qualquer correlação.

Repetindo a análise separando cada sexo, o padrão de resultados encontrado foi muito semelhante, observando-se apenas diferenças na relação da BaSIQS com a variável ponto médio de sono corrigido. No que toca ao grupo masculino, verificou-se que a relação se revela significativa ao nível de 0,05. No entanto, a magnitude desta associação ($r=0,14$, $p=0,026$) é fraca segundo os critérios de Cohen pelo que poderá assumir reduzida relevância prática. Para além destas diferenças, são apenas reportáveis diferenças mínimas de magnitude de, no máximo, 0,05.

Tabela 10. Matriz de correlações entre a BaSIQS e QCM, BSI-18 e subescalas, TTC e PMSc-

Instrumento/Medida	BaSIQS
	R
QCM	- 0,03
BSI-18: IGG	0,46**
BSI-18: Somatização ^a	0,42**
BSI-18: Depressão	0,38**
BSI-18: Ansiedade	0,43**
Tempo total na cama	- 0,01
Ponto médio do sono corrigido	0,03

** $p < 0,01$; a) usado o coeficiente de Spearman devido à distribuição não normal

-Validade relativamente à actigrafia

De forma a estudar a relação entre pontuações na escala BaSIQS e as medidas de actigrafia foram realizadas diversas análises correlacionais (cf. Tabela 11 para resultados detalhados). Em primeiro lugar, através do teste paramétrico de *Pearson*, foi confrontada a pontuação total na escala com todas as medidas recolhidas do estudo de actigrafia. De seguida, procurou-se investigar a existência de relações entre as pontuações em cada item com as variáveis de actigrafia conceptualmente relacionadas, pela realização do teste não paramétrico de Spearman.

Verificou-se a existência de uma correlação significativa moderada entre o item 3 da BaSIQS e a variável *Wake After Sleep Onset* ($r_s=0,44$, $p=0,008$), ou seja, pontuações mais elevadas neste item correspondem a mais tempo passado acordado depois do momento em que adormece. Ainda que não atinjam significância estatística, a relação positiva baixa entre o item 4 da BaSIQS com a variável estimada da insónia final ($r_s=0,27$, $p=0,073$) e a relação positiva baixa entre o item 2 com a variável latência ao sono ($r_s=0,29$, $p=0,059$) apresentam-se como resultados relevantes uma vez que as magnitudes se aproximam de valores “moderados” e as significâncias se encontram praticamente no limiar de $p=0,05$. No mesmo sentido, algumas das correlações encontradas merecem ser mencionadas nomeadamente, as relações de associação baixas entre o item 1 com a latência ao sono ($r_s=0,18$, $p=0,17$) e do item 3 com o índice de fragmentação do sono O-O ($r_s=0,19$, $p=0,164$) e com a variável *Wake Episodes* O-O ($r_s=0,19$, $p=0,159$).

Tabela 11. Matriz de Correlações BaSIQS e Variáveis de Actigrafia

	Cotação	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item
	Total	1	2	3	4	5	6.1	6.2
	r	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s
Minutos Acordado Down	-0,06							
Minutos acordado O-O	0,07							
Minutos de Sono	0,15							
Percentagem de Sono	-0,06							
Eficiência do Sono	-0,07							
Latência ao Sono	-0,10	0,18 ^(*)	0,29 ^(**)					
<i>Wake after sleep onset</i>	0,09			0,44 ^{**}				
Índice de Fragmentação (Down)	0,02			0,15		-0,04	0,06	-0,17
Índice de Fragmentação (O-O)	-0,03			0,19 ^(*)		-0,10	-0,02	-0,10
<i>Wake episodes down</i>	-0,03			0,16				
<i>Wake episodes O-O</i>	0,02			0,19 ^(*)			-0,02	-0,9
<i>Mean Wake episodes down</i>	-0,09					-0,00		
<i>Mean Wake episodes O-O</i>	0,11					0,14		
Despertar noturno mais longo O-O	-0,10					0,15		
Insónia Final (fórmula)	-0,04				0,27 ^(**)			

** Correlação significativa no nível 0,01; (**) tendência $p=0,05$; (*) tendência $p<0,15$

- *Validade empírica ou em relação a critério externo*

Com o objetivo de verificar se as pontuações da BaSIQS se relacionam com o critério externo “diagnóstico clínico” de insónia foram comparadas as pontuações de uma amostra de população comunitária, sem diagnóstico de insónia nem problemas percebidos de sono, com as pontuações de uma amostra de sujeitos com este diagnóstico, (conforme avaliação num Centro de Medicina do Sono). Assim, num primeiro momento, com recurso ao teste paramétrico de *t* de *student*, procedeu-se à comparação entre as médias da pontuação total na escala dos dois grupos. Posteriormente foram comparados os resultados medianos em cada item da BaSIQS recorrendo ao teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Quando comparadas as pontuações nos dois grupos verifica-se, em relação às pontuações totais, que o grupo de doentes com insónia ($M=18,67$, $DP=4,23$) apresenta uma média de resultados significativamente superior ao grupo de controlo ($M=10,93$, $DP=3,92$), $t(57,671) = -7,345$, $p < 0,001$. Na comparação item a item, observou-se que o grupo de doentes com insónia pontua de forma sistematicamente superior ao grupo de controlo, à exceção das pontuações no item 4 (item 1: $U=170,50$, $p < 0,001$; item 2: $U=111,50$, $p < 0,001$; item 3: $U=241,00$, $p=0,001$; item 5: $U=185,50$, $p < 0,001$; item 6.1: $U=134,50$, $p < 0,001$; item 6.2: $U=245,00$, $p=0,001$).

Pelo que se pôde verificar, as pontuações totais médias diferenciam significativamente os dois grupos, assim como as diferenças verificadas para cada item apontam para uma clara distinção entre o grupo de doentes com insónia e o grupo de controlo (*cf.* Tabela 12).

Tabela 12. Teste *t* de Student e teste *U* de Mann-Whitney: Comparações entre grupos clínico ($n=30$) e de controlo ($n=30$) nas pontuações da BaSIQS

	Grupo Clínico		Grupo Controlo		<i>T</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Total BaSIQS	18,67	19	10,93	10,50	-7,345	< 0.0001	1,89
itens BaSIQS	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Item 1	2,40	2	0,90	1	-4,338	< 0.0001	-0,56
Item 2	3,23	4	1,43	1	-5,262	< 0.0001	-0,68
Item 3	2,20	2	1,30	1	-3,229	< 0.005	-0,42
Item 4	2,53	2	2,30	2	-0,798	N.s.	-0,10
Item 5	2,77	3	1,47	1,50	-4,021	< 0.0001	-0,52
Item 6.1	2,77	3	1,37	1,5	-4,846	< 0.0001	-0,63
Item 6.2	2,77	3	2,17	2	-3,280	< 0.005	-0,42

Nota: *t*: teste *t* de *student*; *Z*: teste de Mann-Whitney; *d* e *r*: medidas de magnitude do efeito *d* de Cohen e *r* de Pearson.

Foram, então, analisadas as magnitudes de efeito das comparações realizadas. Para tal, no que toca à pontuação total na escala, este valor foi observado a partir do teste *d* de Cohen obtido através da fórmula: $d = (M_{Gclínico} - M_{Gcontrolo}) / \text{pooled } SD$. Em relação às pontuações em cada item, foi calculada a respetiva magnitude de efeito através da fórmula: Z / \sqrt{N} (Pallant, 2007).

Obteve-se um valor d de Cohen de 1,89 o que se traduz numa magnitude de efeito forte, segundo os critérios de Cohen ($\geq 0,80$). No que toca aos itens, verifica-se que, em todas as comparações significativas, se observaram valores de r entre -0,42 e -0,68, reportando uma magnitude forte ou moderada, segundo os critérios de Cohen (*cf.* Tabela 12).

De seguida, determinou-se uma curva de *Receiver Operating Characteristics* (ROC), assim como a área abaixo da curva (AUC) de forma a conhecer-se a precisão da escala e encontrar-se o chamado “ponto de corte ótimo” para a BaSIQS que permitisse discriminar os doentes com insónia de indivíduos sem esta perturbação com o máximo equilíbrio possível entre sensibilidade e especificidade. A curva determinada pode observar-se na figura 2.

A observação simples da curva permite verificar que se encontra significativamente distanciada da linha diagonal de referência. Em termos de indicadores estatísticos, o valor AUC encontrado – 0,904 – permite compreender que o desempenho discriminativo da escala é muito bom (Pintea & Moldovan, 2009). Assim, este valor corresponde a uma elevada precisão.

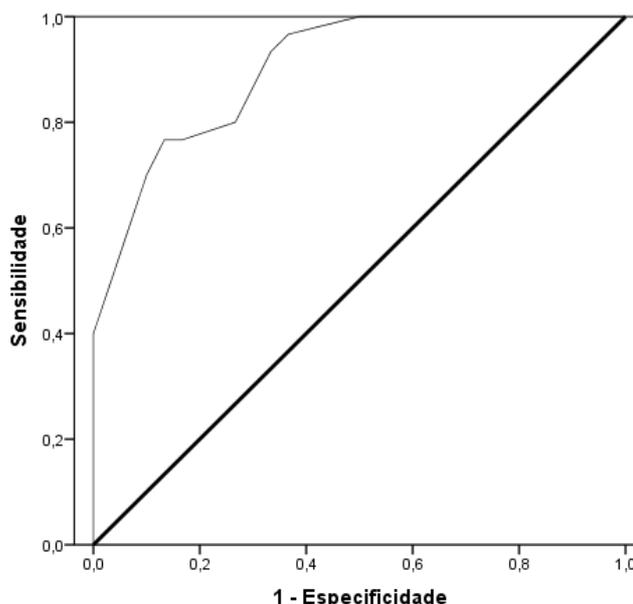


Figura 2. Curva ROC da BaSIQS

Posto isto, o passo seguinte passou por identificar o ponto de corte ótimo. Na tabela 13 apresenta-se a sensibilidade e especificidade associados a cada ponto de corte proposto, ou seja, a pontuação na BaSIQS a partir da qual a escala identifica um indivíduo com diagnóstico de insónia.

Numa tentativa de minimizar tanto a possibilidade de ocorrência de falsos positivos como de falsos negativos, equilibrando a sensibilidade e a especificidade, o ponto de corte ótimo situa-se em 15,50 a partir do qual se verifica que 76,7% dos indivíduos identificados como tendo insónia têm, de facto, essa perturbação de sono e que 86,7% daqueles identificados como não possuindo perturbação de insónia não têm perturbação de sono identificada.

Tabela 13. Pontos de corte e respetivas sensibilidade e especificidade

Ponto de Corte	Sensibilidade (%)	1 - Especificidade (%)
3,00	1,000	1,000
4,50	1,000	,967
5,50	1,000	,933
7,00	1,000	,833
8,50	1,000	,733
9,50	1,000	,633
10,50	1,000	,500
11,50	,967	,367
12,50	,933	,333
13,50	,800	,267
14,50	,767	,167
15,50	,767	,133
16,50	,700	,100
17,50	,600	,067
19,00	,500	,033
20,50	,400	,000
22,00	,267	,000
23,50	,133	,000
25,00	,033	,000
27,00	,000	,000

A adoção de um ponto de corte mais restritivo (que maximize a especificidade em detrimento da sensibilidade) ou mais liberal (maximizando a sensibilidade em vez da especificidade), comparativamente ao chamado ponto ótimo, depende das finalidades com que se pretende usar a BaSIQS (Pintea & Moldovan, 2009). Assim, por exemplo, um ponto de corte de 20 pontos na BaSIQS associa-se a uma especificidade máxima, mas a sensibilidade decai para 40% (ou seja, 60% dos verdadeiros doentes com insónia não seriam identificados como tal). Pelo contrário, um ponto de corte de 10 possibilita a correta identificação de todos os verdadeiros doentes com insónia (sensibilidade máxima), mas simultaneamente acarreta uma sinalização incorrecta de insónia em 50% de pessoas sem esse diagnóstico (diminuição da especificidade / aumento de falsos positivos).

V - Discussão

O objetivo fundamental desta investigação prende-se com o aprofundamento dos estudos de validade da escala BaSIQS, construída há mais de uma década (*cf.* Gomes et al., 2015). Uma vez estabelecidas as qualidades psicométricas da escala, assim como a sua adequação (validade) à população universitária e idosa, tornou-se evidente a necessidade de expandir os estudos considerando a população adulta não estudante, bem como a

população clínica. Assim, pretendeu-se testar a validade de construto da escala com uma amostra de adultos ($n=922$) através de análises de correlação convergente e divergente e, numa subamostra ($n=30$), em relação a uma medida objetiva do padrão de sono-vigília – actigrafia. Por outro lado, com uma amostra clínica ($n=30$) e controlos emparelhados ($n=30$) estudámos, pela primeira vez, o comportamento da escala numa população clínica, o que permitiu realizar uma validação empírica da mesma e obter dados sobre a sua precisão, sensibilidade e especificidade.

No que respeita à caracterização psicométrica da BaSIQS, verifica-se que a escala obtém um valor de alfa de Cronbach na amostra de população adulta indicativo de uma boa consistência interna ($\alpha=0,80$) (Pallant, 2007) e que todos os itens que a compõem contribuem significativamente para o mesmo (valores de alfa se item excluído iguais ou inferiores a 0,81 – subida negligenciável se excluído o item 4 – na amostra de adultos). Como os valores de correlação item-total obtidos são positivos e superiores a 0,3 podemos afirmar que todos os itens da BaSIQS representam o construto medido pela escala o que se traduz na sua homogeneidade (Pallant, 2007). Os valores de alfa de Cronbach e valores de alfa se item excluído vão ao encontro do reportado por Gomes et al. (2015) que encontrou coeficientes alfa de 0,73 e 0,78; também neste estudo se verificou que apenas a exclusão do item 4 aumentava de forma irrelevante a consistência interna da escala, pelo que, dada a relevância concetual do item, se considera importante mantê-lo para o construto medido pela escala.

As pontuações médias nesta amostra revelam-se superiores às observadas por Gomes et al. (2015) o que se justifica pelas características da amostra no que toca à idade. Esta amostra compreende sujeitos cuja média de idades ($M=30,7$; $DP=10,68$) é bastante superior à das amostras constantes no estudo anterior ($M=20,0$, $DP=1,65$; $M=21,0$, $DP=2,85$; $M=23,9$, $DP=6,59$). A insónia e o sono de pobre qualidade tendem a aumentar ou acentuar-se com a idade, não só devido às alterações normativas ao longo da vida adulta na estrutura do sono e padrão de sono-vigília (menor duração do sono, maior fragmentação, diminuição do sono profundo, diminuição da eficiência do sono, dessincronização dos ritmos circadianos), mas também porque se verifica que o envelhecimento acarreta um declínio na saúde e aumento da prevalência de patologias que podem, também, comprometer uma boa noite de sono (Gomes, 2005; Montgomery & Shepard, 2010; Morin, 1993). Assim, é compreensível o aumento das pontuações médias da BaSIQS.

As pontuações revelam-se sensíveis ao sexo na pontuação total na medida em que as mulheres reportaram menor qualidade de sono e mais queixas de insónia relativamente aos homens. Esta tendência também se verifica nos itens 3, 5 e 6.2, ou seja, em itens que se reportam a dificuldades de manutenção e profundidade do sono o que aponta para que este tipo de queixa se observe em maior proporção no sexo feminino. Tal seria expectável uma vez que a literatura aponta para uma maior prevalência de queixas de insónia no sexo feminino (Panossian & Avidan, 2009; AASM, 2014; Zhang & Wing, 2006). Nesta amostra, ainda que se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas na relação das pontuações da BaSIQS com a idade, trata-se de uma associação baixa tornando-se, inclusive, não

Validade da BaSIQS - Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono: Estudos em Amostras Clínica e da Comunidade

Mariana Miller Mendes (mariana.miller.mendes@gmail.com), 2017

significativa quando considerado apenas o sexo masculino. Talvez isto suceda devido ao critério de inclusão referente a idades inferiores aos 65 anos; na prática, apenas participaram na recolha alargada poucos adultos na casa dos 60 anos. O agravamento de queixas de insónia e de sono de pobre qualidade está possivelmente associado a idades mais velhas (Montgomery & Shepard, 2010).

No que concerne aos restantes instrumentos, as médias nesta amostra foram, para a ISI, relativamente superiores às encontradas na literatura, em amostras semelhantes (Gerber, Lemola, Pühse, & Brand, 2016). Em relação ao QCM e BSI-18 verificam-se médias muito semelhantes ao encontrado por Gomes (2005) e Canavarro, Nazaré e Pereira (2017), respetivamente. Com base nas análises realizadas, considerando o sexo e a idade, constatou-se que, tanto as pontuações na ISI, como o BSI-18 (e subescalas) tendem a ser superiores no sexo feminino, ou seja, as mulheres reportam menor qualidade de sono e maior sintomatologia psicopatológica. Estes dados são apoiados pela literatura que aponta para uma maior prevalência do sexo feminino tanto para a insónia (American Academy of Sleep Medicine, 2014) como para a sintomatologia psicopatológica (American Psychiatric Association, 2014). No que toca ao QCM não se verificaram diferenças significativas no tipo diurno o que contrasta com estudos anteriores nos quais as mulheres tendem a ter pontuações superiores (tendência matutina), mas concorda com outros estudos que não encontram diferenças entre sexos (*cf.* Gomes, 2005). A literatura refere também que o ser humano exibe uma tendência gradual de avanço de fase (deitar-se mais cedo e acordar mais cedo) com a idade (Goel, Van Dongen & Dinges, 2011). Assim, estes resultados podem justificar-se pelas características da amostra; uma vez que o sexo feminino nesta amostra é significativamente mais jovem que o sexo masculino, a partir da combinação das duas tendências, é possível que a discrepância de idades esteja a contribuir para a igualdade de médias entre sexos na pontuação do QCM.

A estrutura fatorial da BaSIQS apresentada por Gomes et al. (2015) tinha por base uma amostra, ainda que alargada, de estudantes universitários pelo que, considerámos pertinente replicar no nosso estudo esta análise exploratória considerando apenas os indivíduos não-estudantes. A solução fatorial encontrada é, em todos os aspetos, sobreponível à reportada pelos autores supracitados. Trata-se de uma estrutura bifatorial que explica cerca de 65% da variância da escala em que as saturações principais são sistematicamente superiores a 0,53. Os itens que compõem os dois fatores sugeridos são relacionáveis do ponto de vista prático e concetual na medida em que traduzem queixas de sono diferentes – o fator 1 relaciona-se dificuldades em manter o sono, qualidade e profundidade, enquanto o fator 2 se reporta a dificuldades em iniciar o sono – contribuindo para o construto medido pela escala – qualidade de sono/insónia. Esta estrutura parece, assim, concorrente às manifestações tradicionais de insónia – inicial, intermédia e final – que ainda hoje funcionam como subtipos do diagnóstico de insónia do ICSD-3 (AASM, 2014; Gomes et al., 2015). De forma a testar a mutabilidade da escala ao sexo, a análise foi repetida considerando cada sexo independentemente obtendo-se a mesma estrutura fatorial. Finalmente, a experiência foi feita incluindo toda a amostra alcançando-se os mesmos dois

Validade da BaSIQS - Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono: Estudos em Amostras Clínica e da Comunidade

Mariana Miller Mendes (mariana.miller.mendes@gmail.com), 2017

fatores principais. Assim, a estrutura encontrada parece adequada mantendo-se estável em todos os grupos testados: população universitária (Gomes et al., 2015) na qual se obteve dois fatores explicando cumulativamente entre 56,25% e 60,51% da variância obtendo saturações principais mínimas não inferiores a 0,32 e 0,45; população adulta, sexo feminino e sexo masculino.

Antecipava-se, com este estudo, encontrar associações positivas entre instrumentos conceitualmente relacionados com a BaSIQS, ou seja, instrumentos que medissem o mesmo construto teórico e associações modestas ou mesmo não significativas entre a BaSIQS e instrumentos conceitualmente distintos. Para tal, dado que ambas medem o construto insónia, utilizou-se a ISI como instrumento de comparação para o primeiro efeito. Num segundo momento, contrastaram-se as pontuações médias na BaSIQS com as do QCM – instrumento de medida do tipo diurno – e BSI-18 que mede sintomatologia psicopatológica.

De acordo com o presente estudo, existe uma forte relação positiva entre a BaSIQS e a ISI sendo que pontuações totais elevadas numa correspondem a pontuações totais elevadas na outra. No que toca a estes dois instrumentos, também foi averiguada a semelhança conceitual entre os seus itens. Assim, numa análise item a item, também os itens conceitualmente semelhantes, ou seja, que medem o mesmo tipo de queixa de insónia (insónia inicial, intermédia e final) se mostram positivamente correlacionados. Tais resultados corroboram a ideia de que a escala BaSIQS se trata de um bom instrumento de autorrelato para a avaliação de qualidade de sono/insónia tal como já tinha sido indicado por Gomes et al. (2015). Neste estudo anterior, foram feitas análises de validade a partir da análise correlacional com o Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) (Buysse et al., 1989).

Por outro lado, esperávamos encontrar relações modestas ou não significativas quando comparada a BaSIQS com outras escalas que não medissem a qualidade de sono/insónia. Também se ponderou que medidas de autorrelato do padrão de sono, não diretamente relacionadas com a qualidade do mesmo, não estariam associadas à pontuação na escala pelo que também foram analisadas duas variáveis do padrão de sono. Assim, analisámos os resultados obtidos no QCM, BSI-18 e nas variáveis de sono “tempo total na cama” e “ponto médio de sono”. De facto, não foi encontrada qualquer relação, quer entre a BaSIQS e o QCM, como entre a escala e as duas variáveis de sono. Não obstante tratem-se de aspetos relacionados com o sono, o tipo diurno, assim como o ponto médio de sono não estabelecem qualquer relação com a insónia ou qualidade de sono, ambas as variáveis são indicadores de cronótipo/tipo diurno pelo que deverão estar correlacionadas entre si apenas (Wirz-Justice, 2007). No que toca ao tempo total na cama, ou seja, uma estimativa do tempo de sono, não se observou qualquer relação com as pontuações na BaSIQS. Hipoteticamente poderia supor-se uma associação negativa entre as duas – quanto menos o tempo na cama (tempo de sono) mais elevadas seriam as pontuações na BaSIQS. No entanto, e como já referido anteriormente, a insónia é uma condição altamente subjetiva e não depende necessariamente de uma duração de sono curta. Aliás, Pilcher, Ginter & Sadowsky (1996) obtiveram resultados semelhantes quando confrontaram qualidade com quantidade de sono verificando que a qualidade subjetiva do

sono se relaciona melhor com aspetos como o bem-estar, saúde e sonolência do que a quantidade. Paralelamente, será pertinente relembrar o conceito de “saúde de sono” (*sleep health*) tal como definido por Buysse (2014) no qual a duração de sono é apenas uma das variáveis envolvidas num sono saudável não devendo ser compreendida em termos rígidos mas tendo em conta as características individuais do sujeito cujo cronotipo poderá ser de curta duração. No que toca ao BSI-18, verificou-se que quer a correlação com a pontuação total (índice de gravidade global) como com as suas dimensões são, não só significativas, como de magnitude moderada. Entende-se que as associações encontradas poderão ser explicadas pelo facto de que, apesar das escalas não medirem o mesmo construto teórico, psicopatologia e queixas de sono assumirem muitas vezes uma causalidade mútua, tal como indicado pela revisão de literatura. A insónia entendida como sintoma de psicopatologia, especialmente em perturbações ansiosas e depressivas, é uma noção altamente difundida; ainda assim, é cada vez mais reconhecida como uma condição independente e comorbida com várias perturbações psicológicas, apresentando-se, igualmente, como um fator de risco para o desenvolvimento das mesmas (Bartlett & Jackson, 2016). Assim, dada esta natureza bidirecional, será expectável que, com o aumento das queixas de sono, aumentem os sintomas psicopatológicos, e vice-versa.

Após o confronto com os diversos instrumentos de medida subjetivos, propusemo-nos a estudar a relação da BaSIQS com uma medida objetiva do sono – actigrafia. Preocupámo-nos em avaliar não só a relação entre a pontuação total com as diferentes variáveis com os itens concetualmente relacionados. No que toca às pontuações totais da BaSIQS não se verificaram correlações significativas. Em relação à análise item/BaSIQS-variável/actigrafia verifica-se que o item 3 se associa, com uma magnitude moderada, à variável *Wake After Sleep Onset*, ou seja, os sujeitos que reportam acordar mais vezes, de facto, passam mais tempo acordados depois de iniciarem o sono. Este item demonstrou resultados bastante satisfatórios na medida em que manifesta relações próximas do limiar de significância estatística com duas outras variáveis de actigrafia. Consideramos, também, pertinente referir a relação quase significativa do item 1 com a variável latência ao sono. Considera-se que as correlações mencionadas apresentam uma significância estatística diminuta provavelmente devido à reduzida dimensão da amostra. Fazendo uma comparação destas associações com estudos semelhantes que também confrontam escalas de insónia ou de qualidade de sono com as chamadas medidas objetivas, verifica-se que, nos poucos exemplos encontrados, os resultados são semelhantes ao presente estudo, por exemplo: num estudo com o PSQI, Grandner, Kripke, Yoon, & Youngstedt (2012) encontraram apenas uma correlação significativas entre a pontuação total e a variável actigráfica latencia ao sono e Wong, et al. (2017), encontraram correlações moderadas significativas apenas em três das variáveis testadas. Reporta-se também o estudo de Morin, Belleville, Bélanger, & Ivers (2011) em que as pontuações totais e nos itens 1.1, 1.2 e 1.3 da ISI foram confrontadas com resultados de polissonografia revelando apenas duas correlações significativas de baixa magnitude. Por outro lado, os resultados encontrados apoiam a noção de que as medidas objetivas de sono não medem, de forma

Validade da BaSIQS - Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono: Estudos em Amostras Clínica e da Comunidade

Mariana Miller Mendes (mariana.miller.mendes@gmail.com), 2017

adequada, o conceito de qualidade de sono já mencionado uma vez que parte, em grande medida, de uma noção subjetiva do sujeito dada a sua vivência individual.

Finalmente, procurámos compreender se as pontuações na BaSIQS em amostra comunitária se distinguem das pontuações em amostra clínica o que se verifica, não só para as pontuações totais, como na comparação item a item, excetuando o item 4. Mais ainda, todas as comparações significativas revelaram uma forte magnitude de efeito. Além disso, a análise da curva ROC demonstrou que o desempenho global da escala foi muito satisfatório em termos da sua precisão/acuidade, sendo que a área abaixo da curva obteve um valor alto apontando para um elevado poder discriminativo da BaSIQS. Estes resultados permitiram a definição de um ponto de corte que possibilite discriminar indivíduos que possuam uma boa qualidade de sono daqueles que têm queixas de sono indicativas do diagnóstico de insónia. Tal decisão depende de um equilíbrio entre sensibilidade e especificidade que consideramos encontrar no ponto de corte 15,50. Dados os resultados obtidos, a escala parece ter condições para vir a funcionar como instrumento relevante na prática clínica, aumentando o leque de instrumentos de autorrelato disponíveis e validados na população portuguesa.

Ainda assim, esta investigação não é isenta a limitações. Em primeiro lugar, importa realçar a dimensão das amostras, especialmente a amostra clínica e a subamostra de actigrafia cujo n não permitiu alcançar resultados mais robustos. Ainda que moderadamente ampla, a amostra comunitária não é representativa da população portuguesa quer a nível do sexo dos sujeitos, no qual se verificou uma preponderância feminina, como da zona de residência maioritariamente Centro e nível de instrução sendo notória a necessidade de aumentar a representatividade do ensino básico, especificamente 1º e 2º ciclos. Também é de salientar que, apesar de ser uma amostra de adultos, inclui uma grande proporção de estudantes.

VI - Conclusões

Em conclusão, a BaSIQS afigura-se uma escala com adequada fiabilidade em amostra comunitária adulta, apresenta bons indicadores de validade de construto e de critério e, não menos importante, parece possuir elevada precisão, permitindo alcançar ótimos níveis de sensibilidade e especificidade para deteção de potenciais casos de insónia. Apesar das limitações mencionadas, os resultados apresentados neste estudo funcionam, assim, como uma confirmação daquilo que tem vindo a ser indicado pelas investigações sucessivas na construção e validação da escala BaSIQS e como um contributo adicional indispensável em termos de validade de construto e de critério, proporcionando uma base essencial para estudos mais amplos em população clínica de forma a que a BaSIQS seja reconhecida como instrumento útil na avaliação da qualidade de sono e insónia. No que toca ao estudo da validade empírica da escala e conclusões retiradas, é importante realçar que o critério adotado – diagnóstico clínico – é considerado por Espie et al. (2014) como o *golden standard* na avaliação da insónia. É de salientar a

importância deste estudo no panorama português dada a modesta investigação na área da chamada psicologia do sono e fraca compreensão da sua relevância fora da esfera de sintomas de outras patologias. O presente trabalho assume-se, igualmente, como um contributo pertinente para a subárea do presente mestrado, considerando que a intervenção por excelência na insónia é de natureza cognitivo-comportamental (Clemente, 2006; Marques et al., 2016; Morin, 1993)

Como já adiantado, esta investigação carece de um maior investimento em termos de recolha de uma amostra clínica (e.g., aumento do número de participantes; alargamento a outras patologias de sono) a fim de melhor estabelecer a escala como instrumento de avaliação. Idealmente, um confronto com uma medida objetiva mais precisa e que nos permitisse recolher outro tipo de informação sobre o sono – a Polissonografia (PSG) – poderia parecer um passo de enorme relevância para a BaSIQS. No entanto, no caso da insónia o *gold standard* não é o PSG, mas sim a avaliação clínica – como sucedeu neste estudo. É, igualmente, necessário proceder a uma análise fatorial confirmatória da estrutura da escala e, fundamentalmente, colmatar os limites em termos de representatividade da atual amostra de forma a obter normas diferenciadas para os diferentes estratos da população.

Bibliografia

- Alhola, P., & Polo-Kantola, P. (2007). Sleep deprivation: Impact on cognitive performance. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 3(5), 553-567.
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). *The International Classification of Sleep Disorders – Third Edition [ICSD-3]*. 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.
- Araújo, T., Jarrin, D. C., Yvan, L., Vallières, A., & Morin, C. M. (2017). Qualitative studies of insomnia: Current state of knowledge in the field. *Sleep Medicine Reviews*, 31, 58-69.
- Banks, S., & Dinges, D. (Setembro de 2007). Behavioral and physiological consequences of sleep restriction. *Journal of clinical sleep medicine*, 3(5), 519-28.
- Bartlett, D., & Jackson, M. (2016). The bidirectional nature of sleep problems and psychopathology. *Medicine Today*, 17(3), 23-28.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2, 297-307.
- Buysse, D. J. (2014). Sleep health: can we define it? Does it matter? *Sleep*, 37(1), 9-17.
- Canavarro, M., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). Em M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. S. Almeida (Coord.). *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação* (pp. 115-130). Lisboa: PACTOR.
- Carney, C. E., & Edinger, J. D. (2010). *Insomnia and Anxiety*. New York, NY: Springer.

- Carskadon, M., & Dement, W. (2011). Normal human sleep. In M. Krynger, T. Roth, & W. Dement (Eds.). *Principles and practice of sleep medicine* (5th ed., pp. 16-26). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Cheung, J. M., Bartlett, D. J., Armour, C. L., & Saini, B. (2013). The Insomnia Patient Perspective, a Narrative Review. *Behavioral Sleep Medicine*, 11(5), 369-389.
- Clemente, V. (2006). Como tartar os doentes com insónia crónica? O contributo da Psicologia Clínica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 635-644
- Clemente, V. (2007, 2013). *Índice de Gravidade da Insónia, versão em português europeu [Insomnia Severity Index – ISI, European Portuguese Version]*. Centro de Medicina do Sono, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra- CHUC, Portugal.
- Derogatis, L. R. (2000). *The Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18): Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Espie, C. A., Kyle, S. D., Hames, P., Gardani, M., Fleming, L., & Cape, J. (2014). The Sleep Condition Indicator: a clinical tool to evaluate insomnia disorder. *British Medical Journal Open*, 1-5. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004183.
- Gerber, M., Lemola, S., Pühse, U., & Brand, S. (2016). Validation of the German version of the Insomnia Severity Index in adolescents, young adults and adult workers: results from three cross-sectional studies. *BMC Psychiatry*, 16, 174.
- Goel, N, Van Dongen, H. P.A., & Dinges, D. F. (2011). Monitoring and staging human sleep. In M.H. Kryger, T. Roth, & W.C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine*, 5th edition (pp 16-26). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Gomes, A. C. A. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Gomes, A. A., Costa, V., Couto, D., Marques, D. R., Leitão, J. A., Tavares, J., Azevedo, M. H., & Silva, C. F. (2016). Reliability and validity of the Composite Scale on Morningness: European Portuguese version, in adolescents and young adults [O160]. *BMC Health Services Research*, 16 (s3), 82.
- Gomes, A. A., Marques, D. R., Meia-Via, A. M., Meia-Via, M., Tavares, J., da Silva, C. F., & Azevedo, M. H. P. (2015). Basic Scale on Insomnia complaints and Quality of Sleep (BaSIQS): Reliability, initial validity and normative scores in higher education students. *Chronobiology International*, 32(3), 428-440.
- Gomes, A. A., Tavares, J. & Azevedo, M. H. P. (2011). Sleep and academic performance in undergraduates: a multi-measure, multi-predictor approach. *Chronobiology International*, 28, 786-801.
- Gomes, A. A., Vieira da Silva, A. M., Alves, J., Marques, D. R., Meia-Via, A. M., Meia-Via, M., Tavares, J., Silva, C. F. & Azevedo, M. H. P. (2017). *BaSIQS-Basic Scale on Insomnia symptoms and Quality of Sleep: reliability and validity of a short measure to estimate sleep quality, in Validade da BaSIQS - Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono: Estudos em Amostras Clínica e da Comunidade*
Mariana Miller Mendes (mariana.miller.mendes@gmail.com), 2017

- non-clinical samples*. Poster presentation. 14th European Conference on Psychological Assessment. ISCTE-IUL, Lisbon, 5-8 July 2017.
- Grandner, M. A., Kripke, D., Yoon, I.-Y., & Youngstedt, S. D. (2012). Criterion validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index: Investigation in a non-clinical sample. *Sleep and Biological Rhythms*, 4(2), 129-139.
- Ishak, W. W., Bagot, K., Thomas, S., Magakian, N., Bedwani, D., Larson, D., et al. (2012). Quality of Life in Patients Suffering from Insomnia. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(10), 13-26.
- Kyle, S. D., Espie, C. A., & Morgan, K. (2010). "...Not Just a Minor Thing, It Is Something Major, Which Stops You From Functioning Daily": Quality of Life and Daytime Functioning in Insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 8(3), 123-140.
- Léger, D., & Bayon, V. (2010). Societal costs of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 14(6), 379-386.
- Léger, D., Massuel, M.-A., Metlaine, A., & SISYPHE Study Group. (2006). Professional Correlates of Insomnia. *Sleep*, 29(2), 171-176.
- Lomax, R., & Hahs-Vaughn, D. (2012). *An introduction to statistical concepts* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Marques, D., Gomes, A. A., Clemente, V., Moutinho, J., Caetano, G., & Castelo-Branco, M. (2016). An overview regarding insomnia disorder: Conceptualization, assessment and treatment. In A. M. Columbus (Ed). *Advances in Psychology Research, Vol. 117*. (pp. 81-116). Nova Science Publishers.
- Martins, R.; Azevedo, M. & Silva, C. (1996). Questionário composto de matutuidade para medição do tipo diurno: caracterização psicometrica. *Psiquiatria Clínica*, 17(2), 115- 121.
- Montgomery, P., & Shepard, L. D. (2010). Insomnia in older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 20, 205-218.
- Morin, C. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York, London: The Guilford Press.
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. *Sleep*, 34(5), 601-608.
- 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.
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (3rd ed.). Berkshire: Open University Press.
- Panossian, L. A., & Avidan, A. Y. (2009). Review of sleep disorders. *The Medical clinics of North America*, 93(2), 407-425.
- Pilcher, J. J., Ginter, D. R., & Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(6), 583-596.
- Pintea, S., & Moldovan, R. (2009). The Receiver-Operating Characteristic (ROC) analysis: Fundamentals and applications in clinical psychology. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(1), 49-66.

- 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.
- Silva, A. M., Alves, J., Gomes, A. A., Marques, D. R., Azevedo, M. H., & Silva, C. (2016). Psychometric properties of the BaSIQS-Basic Scale on insomnia symptoms and quality of sleep, in adults and in the elderly [O167]. *BMC Health Services Research*, 16 (s3), 84-85.
- Silva, C. F., Azevedo, M. H., & Dias, M. R. (1994). *Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos. Versão Experimental*. Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.
- Silva, C. F., Azevedo, M. H. P., & Dias, M. R. V. C. (1995). Estudo padronizado do trabalho por turnos – versão portuguesa do SSI. *Psychologica*, 13, 27-36.
- Smith, C. S., Reilly, C., & Midkiff, K. (1989). Evaluation of three circadian rhythm questionnaires with suggestions for an improved measure of Morningness. *Journal of Applied Psychology*, 74(5), 728-738.
- Van Laethem, M., Beckers, D. G., van Hooff, M. L., Dijksterhuis, A., & Geurts, S. A. (2016). Day-to-day relations between stress and sleep and the mediating role of perseverative cognition. *Sleep Medicine*, 24, 71-79.
- Wirz-Justice, A. (2007). How to measure circadian rhythms in humans. *Medicographia*, 29(1), 84-90
- Wong, M. L., Ting Lau, K. N., Espie, C. A., Luik, A. I., Kyle, S. D., & Lau, E. Y. (2017). Psychometric properties of the Sleep Condition Indicator and Insomnia Severity Index in the evaluation of insomnia disorder. *Sleep Medicine*, 33, 76-81.
- Zhang, B., Wing, Y.K. (2006). Sex differences in insomnia: A meta-analysis. *Sleep*, 29(1), 85-93.

Anexos

Anexo 1: Parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde do CHUC

Anexo 2: Autorização do Conselho de Administração do CHUC

Anexo 3: Protocolo de Avaliação

Anexo 4: Diário do Sono utilizado no estudo de actigrafia

Comissão de Ética para a Saúde

Visto/ À U.I.D.
para difusão

Exmo. Senhor
Digmº Director Clínico do CHUC

Director Clínico
C.H.U.C. - EPE

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 023/CES Proc. N.º CHUC-149-16	27-02-2017

ASSUNTO: Estudo Observacional "Estudos de Validade da BaSIQS - Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade do Sono" - Mariana Eusébio Miller Oliveira Mendes - Aluna do Mestrado Integrado de Psicologia, subárea Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (estudo a ser realizado no Centro de Medicina do Sono, pólo HG do CHUC) (Entrada do processo na CES a 16.01.2017)

Cumprir informar Vossa Ex.ª de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 24 de Fevereiro de 2017, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projeto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC, E.P.E.

Comissão de Ética para a Saúde
Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do CHUC

LP/CES

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.ª Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.ª Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.



9.6

UNIDADE DE INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Exmo Senhor
Dr. Martins Nunes
Presidente do Conselho de
Administração
Centro Hospitalar e Universitário de
Coimbra, EPE

Autógrafa
2017.03.03

2017.03.03

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA
CHUC-149-16DATA
09-03-2016

ASSUNTO: Aprovação do Projeto de Investigação CHUC-149-16

A pedido de **Mariana Eusébio Miller Oliveira Mendes**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre **"ESTUDOS DE VALIDADE DA BaSIQS - ESCALA BÁSICA DE SINTOMAS DE INSÓNIA E QUALIDADE DO SONO"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer favorável da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex^ª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

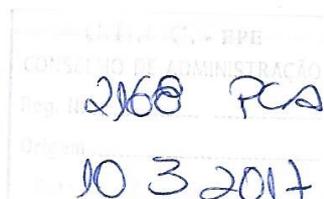
Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl'A Coordenadora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento



(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)



Autógrafa

Consentimento Informado

No âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde – Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde – da Universidade de Coimbra, pretendemos realizar dois estudos para efeitos de conclusão de mestrado.

Um dos estudos tem como objeto a validação de uma escala de qualidade do sono e sintomas de insónia (BaSIQS; Gomes, 2005), enquanto o segundo se prende com a relação da matutuidade e vespertuidade (cronótipo) com os diferentes momentos de insónia (início, meio ou final da noite).

Para tal, será necessário o preenchimento de alguns questionários breves cujo tempo total despendido está estimado em 10-15 minutos.

Os dados recolhidos serão usados para fins de investigação académica, estando garantido o anonimato do participante. Caso autorize a participação nos estudos descritos, proceda ao preenchimento dos seguintes questionários.

Para qualquer questão relacionada com as investigações poderá contactar uma das investigadoras abaixo mencionadas.

Gratas pela colaboração.

As mestrandas,

Mariana Miller (mariana.miller.mendes@gmail.com)

Mariana Miller Mendes

Sara Marques (sara.marques093@gmail.com)

Sara Marques

A orientadora,

Professora Doutora Ana Allen Gomes

(a.allen.gomes@fpce.uc.pt)

Ana A. Gomes

Assinatura do Participante

Caracterização da Amostra

1. Idade: _____ anos

2. Sexo:

Feminino Masculino

3. Região Geográfica (residência):

- Norte
- Centro
- Lisboa
- Alentejo
- Algarve
- Região Autónoma dos Açores
- Região Autónoma da Madeira

4. Número de anos de escolaridade concluídos _____

(por exemplo, se concluiu uma Licenciatura de 4 anos, coloque 16 anos)

5. Profissão:

(se for trabalhador por turnos, indique-nos essa informação)

6. Tem algum problema de saúde (físico ou mental) significativo?

Sim Não

Se sim, por favor, descreva resumidamente:

Padrão de Sono-Vigília

1. Durante a semana, a que horas se costuma:

Deitar ___ : ___ Levantar ___ : ___

2. Ao fim de semana, a que horas se costuma:

Deitar ___ : ___ Levantar ___ : ___

3. Durante a semana, costuma dormir o número de horas que precisa para se sentir bem?

- Nunca
- Raramente
- 1-2 noites por semana
- 3-4 noites por semana
- Quase todas ou todas as noites

4. Acha que tem algum problema de sono?

- Sim
- Não

Se sim, por favor, descreva resumidamente:

Pode ser difícil dormir quando temos bebés, crianças pequenas ou pessoas com doenças crónicas, que requerem cuidados à noite. Neste momento da sua vida, está a passar por alguma situação deste género?

- Não
- Sim mas interfere pouco no meu sono
- Sim e interfere significativamente no meu sono

QUESTIONÁRIO COMPÓSITO DE MATUTINIDADE
(Barton e cols.; 1992)

Instruções

A seguir encontra uma série de questões, havendo para cada uma hipóteses de resposta. Por favor, em todas as perguntas que se seguem, poste (uma só) que o (a) descreve melhor (colocando uma cruz no traço

(a)	Considerando apenas o seu próprio ritmo de "sentir-se melhor", a que horas se levantaria se pudesse planejar livremente o seu dia?	5h - 6h 30m 6h 30m - 7h 45m 7h 45m - 8h 45m 8h 45m - 10h 11h - 12h	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b)	Considerando apenas o seu próprio ritmo de "sentir-se melhor", a que horas se deitaria se pudesse planejar livremente o seu dia?	20h - 21h 21h - 22h 22h - 23h 23h - 24h	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(c)	Em circunstâncias normais, com que facilidade acha que se levanta de manhã?	Muito fácil Fácil Difícil Muito difícil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(d)	Na primeira meia hora depois de acordar de manhã, em que medida se sente desperto?	Muito desperto Desperto Um pouco desperto Muito pouco desperto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(e)	Na primeira meia hora depois de acordar de manhã, em que medida se sente cansado?	Muito cansado Cansado Fresco Muito fresco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(f)	Decidiu com um amigo sair para fazer exercício físico. Um dia, você acordou às 6h e a melhor hora para acordar de manhã. Considerando seu próprio ritmo de acordar, como acha que seria o seu dia?	Estaria em boa forma Estaria em forma razoável Acharia difícil Acharia muito difícil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(g)	Quando se sente cansado e precisa, com necessidade de dormir, a que horas se deitaria?	20h - 21h 21h - 22h 15m 22h 15m - 24h 30m 24h 30m - 1h 45m 1h 45m - 3h	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(h)	Deseja estar no máximo das suas capacidades para fazer um teste que sabe vai ser mentalmente esgotante e que terá a duração de 2 horas. Tem toda a liberdade de planejar o seu dia, portanto considerando apenas o seu próprio ritmo de "sentir-se melhor". Dos quatro horários seguintes qual escolheria?	8h - 10h 11h - 13h 15h - 17h 19h - 21h	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(i)	Ouve-se dizer que há pessoas que funcionam melhor de manhã (tipo matinal) e pessoas que funcionam melhor à noite (tipo nocturno). Qual destes tipos acha que é?	Sem dúvida de manhã Mais matinal Mais nocturno Sem preferência	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(j)	A que horas preferia levantar-se (caso trabalhasse 8 horas por dia) se fosse completamente livre de organizar o seu tempo?	Antes das 8h 30m Entre as 8h 30m e as 9h Mais tarde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(k)	Se tivesse que se levantar sempre da manhã, como acha que seria?	Muito difícil e desagradável Difícil e desagradável Um pouco desagradável mas sem grandes problemas Fácil e não desagradável	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(l)	De manhã, de tarde ou de noite, quanto tempo demora para acordar bem?	0 - 10 minutos 11 - 20 minutos 21 - 40 minutos Mais de 40 minutos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(m)	Em que medida é um indivíduo activo de manhã ou à noite?	Claramente activo de manhã (desperto de manhã e cansado à noite) De certo modo, activo de manhã De certo modo, activo à noite Claramente activo à noite (cansado de manhã e activo à noite)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

© 1994 - C.F. Silva; M. H. Azevedo; M. R. Dias (trad. e adapt)

BaSIQS – Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono (versão adulta)

Basic Scale on Insomnia complaints and Quality of Sleep (adult form)

(previamente denominada IDS e IQS/ SQI – 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

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

- nunca raramente algumas vezes

3. Quantas vezes costuma acordar durante a noite?

- 0 vezes 1 ou 2 vezes 3 ou 4 vezes 5 ou mais vezes por noite 6 ou mais vezes

4. Quando acordado durante a noite, costuma acordar despertado?

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

5. Acordar durante a noite ou antes da hora desejada costuma ser um problema para si?

- nunca 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

ÍNDICE DE GRAVIDADE DE INSÓNIA (IS)

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) problema(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 de sono?

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

3. Acha que o seu problema de insónia afecta a sua capacidade para trabalhar, concentrar-se e tomar decisões importantes?

Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
0	1	2	3	4

4. Até que ponto o seu problema de sono tem na sua qualidade de vida?

Nada	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
0	2	3	4

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

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

BSI - 18

Versão portuguesa: Canavarro, Nazari, & Fonseca, 2009

Versão original: Derogatis, 2000

Segue-se uma lista de problemas que as pessoas às vezes têm. Leia atentamente cada um e seleccione a resposta que melhor descreve até que ponto esse problema o(a) perturbou ou incomodou nos últimos sete dias, incluindo hoje. Seleccione apenas uma resposta para cada pergunta (0, 1, 2, 3, 4). Não deixe nenhuma pergunta por responder. Se mudar de ideias, risque a primeira resposta e assinale aquela que lhe parecer mais adequada (0, 1, ~~2~~ 3, 4). Leia o exemplo antes de começar. Se tiver dúvidas, pode perguntar ao investigador.

EXEMPLO					
Até que ponto os seguintes problemas o(a) perturbaram:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
Dores corporais	0	1	2	3	4

Até que ponto os seguintes problemas o(a) perturbaram:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1 Desmaios ou tonturas	0	1	2		4
2 Não sentir interesse pelas coisas	0	1	2		4
3 Nervosismo ou agitação interior	0	1			4
4 Dores no coração ou no peito	0	1			4
5 Sentir-se sozinho(a)	0				4
6 Sentir-se tenso(a) ou nervoso(a)					4
7 Náuseas ou mal-estar no estômago					4
8 Sentir-se triste				3	4
9 Acostar-se sem razão aparente				3	4
10 Dificuldade de concentração			2	3	4
11 Sentir-se cansado(a)			2	3	4
12 Sentir-se irritado(a)		1	2	3	
13 Sentir-se cansado(a) ao acordar	0	1	2	3	4
14 Sentir-se irritado(a) com a relação com o parceiro(a)	0	1	2	3	4
15 Sentir-se cansado(a) a ponto de não conseguir continuar parado	0	1	2	3	4
16 Sentir fraqueza em partes do seu corpo	0	1	2	3	4
17 Pensamentos de acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
18 Sentir-se com medo	0	1	2	3	4

Diário de Sono

Data									
Manhã	Hora a que acordou								
	Hora a que se levantou								
Sestas	Hora de início								
	Hora de fim								
Hora de Deitar	Hora em que se deitou na cama								
	Hora em que apagou as luzes								
	Hora a que tirou								
Quando tira o actígrafo	Hora a que voltou								
	Motivo								

EXEMPLO

ou em atividades aquáticas

O actígrafo deve usar-se sempre e só deve

Notas Adicionais:

Participante nº: ____ Actígrafo nº: ____