

TATIANA FILIPA GONÇALVES BAGARRÃO, N.º 42118

*Estudo de adaptação para a língua portuguesa do
Questionnaire of intrusive thought (QUIT)*



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2016

TATIANA FILIPA GONÇALVES BAGARRÃO

*Estudo de adaptação para a língua portuguesa do
Questionnaire of intrusive thought (QUIT)*

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob orientação da Prof.^a Doutora Antonia María Jiménez Ros



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2016

**Estudo de adaptação para a língua portuguesa do Questionnaire of intrusive thought
(QUIT)**

Declaração de Autoria do Trabalho

“Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.”

(Tatiana Filipa Gonçalves Bagarrão)

“A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objectivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.”

Agradecimentos

Ao finalizar este percurso quero expressar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram neste processo.

Este trabalho não seria possível se não fosse pelo apoio e atenção da minha orientadora, Professora Doutora Antónia Ros, agradeço por toda a paciência e compreensão.

Aos meus pais e a minha que me apoiaram não só nesta reta final, mas no caminho até aqui.

Por fim, quero agradecer ao meu namorado e aos meus amigos, Daniela, David e Iolanda que me acalmaram e apoiaram nos momentos de maior dificuldade.

Resumo

As intrusões relacionadas com a perturbação obsessivo-compulsiva são um fenómeno universal de relativa frequência na população não-clínica. No entanto, os estudos mais recentes sugerem que intrusões podem um fenómeno transdiagnóstico comum a diferentes perturbações e têm sido identificadas por exemplo, nas perturbações alimentares (García-Soriano et al.,2014), na perturbação dismórfica corporal (Ritter & Stangier,2016) e na perturbação de ansiedade perante a doença (Langlois, Ladouceur, Patrick & Freeston, 2004).

O *Questionnaire of intrusive thought* (QUIT) permite avaliar, na população geral, a frequência e mal-estar causado por intrusões relacionadas com diferentes tipos de perturbação (obsessivo-compulsiva, dieta e exercício físico, aspeto físico e saúde), a forma como estas intrusões são avaliadas e as estratégias utilizadas para a controlar.

O objetivo geral do presente trabalho foi realizar a adaptação da primeira parte do *Questionnaire of intrusive thought* (QUIT) à língua portuguesa.

Participaram neste estudo 297 indivíduos, sendo 30,3% do sexo masculino e 69,7% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 (M=30,38;DP=12,16).

Foram analisadas as propriedades psicométricas da primeira parte do instrumento a partir do estudo da validade de constructo, da consistência interna dos itens e da validade convergente e discriminante. A análise fatorial revelou a existência de um fator em cada uma das escalas que compõem o QUIT. A consistência interna das diferentes escalas, realizada através do alfa de *Cronbach*, variou entre 0,79 e 0,92, o que representa uma consistência interna que vai de aceitável, a muito boa. O instrumento revelou ainda uma boa validade discriminante.

Os resultados sugeriram que o QUIT se apresenta como uma medida confiável para avaliar os diferentes tipos de intrusões (obsessivas/compulsivas, dismórficas, hipocondríacas, alimentares), assim como o impacto emocional causado pelas mesmas, na população geral.

Palavras-chave: Intrusões, pensamentos intrusivos, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação Dismórfica corporal, perturbações alimentares, perturbação de ansiedade da doença, QUIT.

Abstract

The intrusions related to obsessive-compulsive disorder are an universal phenomenon of relative frequency in non-clinical population. However, recent studies suggest that intrusions can be a transdiagnostic phenomenon common in different disorders and have been identified for example, in eating disorders (Garcia-Soriano et al., 2014), body dysmorphic disorder (Ritter & Stangier, 2016) and illness anxiety disorder (Langlois, Ladouceur, Patrick & Freeston, 2004).

The Questionnaire of intrusive thought (QUIT) allows to evaluate in the general population, the frequency and discomfort caused by intrusions related to different types of disorder (obsessive-compulsive, diet and exercise, physical appearance and health), how these intrusions are evaluated and the strategies used to control it.

The overall goal of the present study was the adaptation of the first part of the Questionnaire of intrusive thought (QUIT) to Portuguese language.

The sample consisted of 297 subjects, 30.3% male and 69.7% female, aged between 18 and 64 ($M = 30.38$, $SD = 12.16$).

The psychometric properties of the first part of the instrument were analyzed through the study of construct validity, internal consistency and convergent and discriminant validity.

Factor analysis revealed the existence of a factor for each of the scales comprising the QUIT. The internal consistency of the different scales held by Cronbach's alpha ranged between 0.79 and 0.92, which is an internal consistency is ranging from acceptable to very good. The instrument also revealed a good discriminant validity.

The results suggested that the QUIT appears as a reliable measure to assess the different types of intrusions (obsessive / compulsive, dysmorphic, hypochondriacal, eating), as well as the emotional impact caused by them, in the general population.

Key-words: Intrusions, intrusive thoughts, obsessive-compulsive disorder, Body Dysmorphic disorder, eating disorders, illness anxiety disorder, QUIT.

Índice

1. Introdução	1
2. Metodologia	7
2.1 Amostra	7
2.2 Instrumentos	7
2.2.1 Questionário de dados Sociodemográficos	7
2.2.2 The Penn State Worry Questionnaire (PSQW)	7
2.2.3 Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	8
2.2.4 Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS)	8
2.2.5 Questionário de Metacognição	8
2.2.6 Questionnaire of intrusive thought (QUIT)	9
3. Procedimento	9
3.1 Recolha de dados	9
3.2 Análise de dados	10
4. Resultados	10
4.1 Análise Descritiva	10
4.2 Análise das qualidades psicométricas do QUIT	19
4.2.1 Grupo 1 - Intrusões mentais relacionadas com conteúdos desagradáveis	19
a) Escala de frequência	19
1. Análise da validade do constructo	19
2. Análise da fiabilidade	20
3. Análise da validade convergente e discriminante	21
b) Escala de mal-estar	21
1. Análise da validade de constructo	21
2. Análise da fiabilidade	23
3. Análise da validade convergente e discriminante	24
4.2.2 Grupo 2 – Intrusões de conteúdos relacionados com o aspeto físico	24
a) Escala de frequência	24
1. Análise da validade do constructo	24
2. Análise da fiabilidade	25
3. Análise da validade convergente e discriminante	25

b) Escala de mal-estar.....	26
1. Análise da validade do constructo	26
2. Análise da fiabilidade.....	26
3. Análise da validade convergente e discriminante	27
4.2.3 Grupo 3 – Intrusões de conteúdos relacionados com dieta e exercício físico.....	27
a) Escala de Frequência.....	27
1. Análise da validade do constructo	27
2. Análise da fiabilidade.....	28
3. Análise da validade convergente e discriminante	28
b) Escala de mal-estar.....	29
1. Análise da validade do constructo	29
2. Análise da fiabilidade.....	29
3. Análise da validade convergente e discriminante	30
4.2.4 Grupo 4 – Intrusões de conteúdos relacionados com saúde	30
a) Escala de frequência.....	30
1. Análise da validade do constructo	30
2. Análise da fiabilidade.....	31
3. Análise da validade convergente e discriminante	32
b) Escala de mal-estar.....	32
1. Análise da validade do constructo	32
2. Análise da fiabilidade.....	33
3. Análise da validade convergente e discriminante	33
5. Discussão dos resultados.....	33
6. Conclusão	38
7. Referências Bibliográficas.....	39

Índice de tabelas

Tabela 1. Frequência de intrusões do Grupo 1 - intrusões mentais relacionadas com conteúdos desagradáveis.	11
Tabela 2. Mal-estar provocado pelas intrusões do Grupo 1- intrusões mentais relacionadas com conteúdos desagradáveis.....	12
Tabela 3. Frequência de intrusões do Grupo 2- intrusões mentais relacionadas com o aspeto físico.....	13
Tabela 4. Mal-estar provocado pelas intrusões do Grupo 2- intrusões mentais relacionadas com o aspeto físico.	14
Tabela 5. Frequência de intrusões do Grupo 3- intrusões mentais relacionadas com a dieta e o exercício físico.	15
Tabela 6. Mal-estar provocado pelas intrusões do Grupo 3- intrusões mentais relacionadas com a dieta e o exercício físico.....	16
Tabela 7. Frequência de intrusões do Grupo 4- intrusões mentais relacionadas com a saúde.....	17
Tabela 8. Mal-estar provocado pelas intrusões do Grupo 4- intrusões mentais relacionadas com a saúde.	18
Tabela 9. Saturação dos itens do Grupo 1 (Solução forçada a um fator) – frequência...20	
Tabela 10. Valores de alfa do Grupo 1 em caso de eliminação dos itens- frequência.	21
Tabela 11. Saturação dos itens do Grupo 1 – mal-estar.....	22

Tabela 12. Saturação dos itens do Grupo 1 (Solução forçada a um fator) – mal-estar....	23
Tabela 13. Valor de alfa do Grupo 1 em caso de eliminação dos itens- mal-estar.....	23
Tabela 14. Saturação dos itens do Grupo 2 – frequência.....	25
Tabela 15. Valor de alfa do Grupo 2 em caso de eliminação dos itens- frequência.....	25
Tabela 16. Saturação dos itens do Grupo 2 – mal-estar.....	26
Tabela 17. Valor de alfa do Grupo 2 em caso de eliminação dos itens- mal-estar.....	27
Tabela 18. Saturação dos itens do Grupo 3 – frequência.....	28
Tabela 19. Valor de alfa do Grupo 3 em caso de eliminação dos itens- frequência.....	28
Tabela 20. Saturação dos itens do Grupo 3 – mal-estar.....	29
Tabela 21. Valor de alfa do Grupo 3 em caso de eliminação dos itens- mal-estar.....	30
Tabela 22. Saturação dos itens do Grupo 4 (solução forçada a um fator) – frequência. .	31
Tabela 23. Valor de alfa do Grupo 4 em caso de eliminação dos itens- frequência.....	31
Tabela 24. Saturação dos itens do Grupo 4 (solução forçada a um fator) – mal-estar.	32
Tabela 25. Valor de alfa do Grupo 4 em caso de eliminação dos itens- mal-estar.....	33

Índice de anexos

Anexo I Consentimento Informado	42
Anexo II Questionário de dados sociodemográficos.....	44
Anexo III The Penn State Worry Questionnaire	46
Anexo IV Positive and Negative Affect Schedule	48
Anexo V Escala de Ansiedade, Depressão e Ansiedade	50
Anexo VI Questionário de Metacognição	52
Anexo VII Questionnaire of Intrusive Thought	55

1. Introdução

Os pensamentos intrusivos são um fenómeno universal de relativa frequência na população não-clínica (Belloch et al., 2004; Langlois, Ladouceur, Patrick & Freeston, 2004; Berry & Laskey, 2012). Estima-se que 72 a 100% da população não-clínica tenha experienciado pensamentos intrusivos em algum momento da sua vida (Julien, Connor & Aardema, 2007).

Este tipo de pensamentos foi definido por Rachman (1981) como cognições espontâneas, disruptivas, de difícil controlo e indesejadas que podem incluir pensamentos verbais, imagens e impulsos (Berry & Laskey, 2012).

Segundo Rachman e de Silva (1978), os pensamentos intrusivos são semelhantes no seu conteúdo às obsessões, no entanto, as obsessões são mais intensas, duradouras, insistentes, angustiantes e permanentes.

Por vezes, os pensamentos intrusivos evoluem para obsessões devido à forma como o indivíduo as avalia com base em crenças irracionais (Julien, O'Connor & Aardema, 2007).

Os modelos cognitivo-comportamentais explicativos da perturbação obsessivo-compulsiva (POC) defendem que qualquer pensamento intrusivo normal pode escalar para uma obsessão quando é erroneamente interpretado como uma ameaça séria para o indivíduo ou para pessoas significativas, e conseqüentemente o indivíduo tenta reduzir ou neutralizar a angústia provocada pela intrusão, através de algum comportamento infrutífero ou atividade mental (Rachman, 1997, 1998).

Por outras palavras, os problemas obsessivos resultam da avaliação dos pensamentos intrusivos como indicando responsabilidade pessoal de prevenir que algo de negativo aconteça ao próprio e a outros (Salkovskis et al., 2000). Isto leva posteriormente a alterações de humor (ansiedade e depressão) e à decisão e motivação para se envolver em comportamentos de neutralização (Salkovskis et al., 2000).

As intrusões, no entanto, não estão apenas presentes na Perturbação Obsessivo-Compulsiva.

Estudos recentes, tem vindo a abordar a possibilidade das intrusões serem um fenómeno transdiagnóstico. As intrusões mostram-se pertinentes noutras perturbações, diferenciando em relação ao seu tema (Serpell et al., 2002; McKay et al, 2004).

Enquanto que na POC as intrusões relacionam-se frequentemente com temas de contaminação, sexualidade, agressão e moralidade (Clark & Radomsky, 2014), noutras perturbações as intrusões podem relacionar-se, por exemplo, com a saúde, a aparência e alimentação (e.g., Langlois, Ladouceur, Patrick & Freeston, 2004; Ritter & Stangier, 2016; Jones, Harris & Leung, 2005).

Este é o caso das Perturbações Alimentares (PA), em que os pacientes experienciam intrusões sobre comida, o corpo, peso, dieta, exercício físico e aparência (Jones, Harris & Leung, 2005).

Segundo a explicação cognitiva das PA, os comportamentos disfuncionais próprios destas perturbações, são pelo menos parcialmente, consequência de persistentes e repetitivas intrusões em forma de pensamentos, imagens e/ou impulsos sobre comida e forma. Estas intrusões causam desconforto emocional e podem levar a diferentes comportamentos (e.g., verificar o peso, exercitar, restrição alimentar) num esforço para aliviar estes sentimentos (Perpiña et al., 2011).

Num estudo que comparou os pensamentos intrusivos em ambas as patologias, Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Alimentares, os autores encontraram uma frequência similar entre obsessões na POC e intrusões nas PA (Gracia-Soriano et al., 2014).

A Perturbação Dismórfica corporal (PDC) é outra patologia que parece partilhar características com a POC. Ambas têm como característica os pensamentos intrusivos e comportamentos compulsivos (Saxena et al., 2002).

A Perturbação Dismórfica Corporal é caracterizada pela preocupação com defeitos ou falhas percebidas na aparência física, que não são observáveis ou parecem apenas ligeiras aos outros (American Psychiatric Association, 2013). Embora a preocupação dos indivíduos possa estar relacionada com qualquer parte do corpo, e muitas vezes, com várias partes do corpo simultaneamente, as preocupações mais comuns dizem respeito à pele, nariz, cabelo, boca, pálpebras, queixo e mandíbula (Phillips, McElroy, Keck, Pope & Hudson, 1993).

Segundo Veale e Neziroglu (2010) as imagens mentais das características “defeituosas” ou uma impressão “sentida” de como o indivíduo aparenta aos outros, ativa processos cognitivos e emocionais. A fusão entre estas impressões “sentidas”, as imagens intrusivas negativas e as experiências passadas adversas (por ex., rejeição ou vergonha) mantêm as avaliações e crenças sobre ser feio ou rejeitado e causam consequentemente comportamentos

de evitamento e de segurança (por ex., verificação no espelho, camuflagem, comparação com outros) (Ritter & Stangier, 2016).

Por fim, encontramos ainda outra perturbação com algumas características comuns à POC, a Perturbação de Ansiedade de Doença.

Salkovski's e Warwick (1989) propõem que a ansiedade relativa à saúde é caracterizada por uma interpretação catastrófica das sensações corporais. Neste caso específico os pensamentos, impulsos ou imagens intrusivas relacionam-se com temas de saúde. (Langlois, Ladouceur, Patrick & Freeston, 2004).

Os mesmos autores (1990) sugerem ainda, que a ansiedade de doença se assemelha com a POC na medida em que a ansiedade é provocada por pensamentos intrusivos recorrentes, e é reduzida através de rituais de procura de reaseguração e verificação de sintomas (Solem et al., 2015).

Além das intrusões estarem presentes em diferentes perturbações, este fenómeno relaciona-se ainda com diferentes processos.

Este tipo de pensamentos está ligado ao fenómeno da preocupação, à metacognição e relaciona-se ainda com as perturbações do espectro da ansiedade e do foro depressivo (Hirsch & Mathews, 2012; Meyers & Wells, 2013; Fisher & Wells, 2008; Julien, Connor & Aardema, 2007; Hattori & Kawaguchi, 2013).

No caso da preocupação, o modelo cognitivo sugerido por Hirsch e Mathews (2012), defende que uma vez que o individuo tem presente uma intrusão negativa, outros processos podem entrar em ação. Indivíduos menos suscetíveis a um processo de preocupação, podem ser capazes de inibir novas intrusões, no entanto, estas intrusões em indivíduos com tendência para a preocupação excessiva, têm uma maior probabilidade de se tornarem episódios prolongados de preocupação. Quanto mais ameaçador é o conteúdo, ou mais catastrófica é a interpretação, mais probabilidade existe do individuo se focar na intrusão, levando a uma escalada de pensamentos intrusivos negativos para um episódio de plena e prolongada preocupação.

Desta maneira, no caso dos indivíduos que sofrem de preocupação patológica, a intrusão dá origem à preocupação que conseqüentemente pode gerar ainda mais intrusões. Estes fenómenos, intrusões e preocupação, parecem estar, muitas vezes intrinsecamente ligados.

A metacognição, como referido anteriormente, é outro processo com forte ligação aos pensamentos intrusivos. Segundo o modelo metacognitivo dos sintomas obsessivo-compulsivos, os pensamentos intrusivos ou experiências mentais são mal interpretadas devido a crenças metacognitivas (Meyers & Wells, 2013).

Este modelo defende que as crenças metacognitivas sobre as intrusões contêm temas de fusão de pensamento e ação (e.g., ter um impulso de magoar alguém significa que vou fazê-lo) fusão de pensamento e evento (e.g., pensar que assassinei alguém significa que devo tê-lo feito) e ainda, fusão de pensamento e objeto (e.g., os meus pensamentos e sentimentos negativos podem contaminar objetos) (Fisher & Wells, 2008).

De acordo com este modelo, se ao ter pensamentos intrusivos o indivíduo tem também presente uma destas metacognições, por exemplo a fusão de pensamento e ação, estes pensamentos podem tornar-se obsessivos e conseqüentemente dar origem à Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC).

A metacognição (neste caso, as crenças metacognitivas), tal como a preocupação, é um processo que pode ser ativado pela intrusão e que exacerba a gravidade da mesma..

Estudos anteriores indicam que os pensamentos intrusivos estão também presentes nas psicopatologias do espectro da ansiedade (e.g., Gross & Eifert, 1990; Julien, Connor & Aardema, 2007). Segundo Erskine, Kvavilashvili, & Kornbrot (2007) níveis mais elevados de ansiedade associam-se com maiores esforços de supressão da intrusão. Sabendo que, as tentativas de supressão de pensamento, podem conseqüentemente levar ao aparecimento de mais intrusões e mal-estar (Ehlers & Steil, 1995), sugere-se que a ansiedade é também um fenómeno relacionado com as intrusões, que neste caso, pode funcionar muitas vezes como fator de manutenção.

Por último, este tipo de pensamentos foi ainda positivamente correlacionado com sintomas depressivos (Field et al., 2012; Hattori & Kawaguchi, 2013).

Como podemos constatar, as intrusões não estão apenas presentes na POC e podem ir além de temas obsessivos. Podemos encontrar intrusões relacionadas com dieta e exercício físico, com o aspeto físico e ainda com a saúde. Existindo evidência da existência de diferentes tipos de intrusões, é necessário a construção de um instrumento que avalie as mesmas.

Apesar da ideia da existência de diferentes tipos de intrusões ser relativamente recente, o conhecimento sobre intrusões próprias da POC não o é, tendo sido vastamente estudadas

desde cedo. A literatura existente mostrou também a prevalência elevada das intrusões fora da população clínica, o que levou à necessidade de construir instrumentos que pudessem identificar e caracterizar estes tipos de pensamentos, em ambos os tipos de populações.

Em 1994, Purdon e Clark construíram um questionário de auto-relato, desenhado para avaliar a semelhança entre pensamentos intrusivos e obsessões: *Obsessive Compulsive Inventory* (OII). Mais tarde, este mesmo instrumento foi revisto, passando a denominar-se de, *The Revised Obsessive Intrusions Inventory* (ROII; Belloch et al., 2004). O ROII avalia a presença e frequência de pensamentos relacionados com conteúdos sexuais, de agressão, sujidade e contaminação, assim como, as estratégias de controlo usadas e a forma como os indivíduos avaliam os seus pensamentos (Berry & Laskey, 2012).

Apesar de ter sido considerado por Julien et al. (2007) um dos melhores instrumentos para medir pensamentos obsessivos intrusivos, o ROII apresenta algumas limitações. Este instrumento possui uma apresentação limitada de temas obsessivos relevantes (por ex., religião, ordem/simetria e superstição), assim como, uma forma muito específica de descrever alguns itens que pode levar a uma interpretação idiossincrática dos mesmos, ou à ativação de cognições situacionais (García-Soriano, Belloch, Morillo & Clark, 2011).

Em 2011, García-Soriano, Belloch, Morillo & Clark, 2011 propuseram um novo instrumento, *The Obsessional Intrusive Thoughts Inventory* (versão original em espanhol: o *Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos*, INPIOS; García-Soriano, 2008). Este questionário de auto-relato, baseado no ROII de Purdon e Clark (1994), avalia a frequência dos pensamentos obsessivos intrusivos, imagens e impulsos, e ainda as estratégias de controlo e a avaliação que os indivíduos fazem dos seus pensamentos mais perturbadores. Os autores pretenderam com este instrumento corrigir algumas das limitações do ROII, permitindo uma avaliação mais precisa da frequência dos pensamentos obsessivos intrusivos e expandindo o conteúdo dos itens para providenciar uma maior representação do conteúdo obsessivo (García-Soriano, Belloch, Morillo & Clark, 2011).

Embora estes instrumentos se mostrem eficientes na avaliação da presença e frequência das intrusões, das estratégias de controlo usadas e da avaliação que os indivíduos fazem das mesmas, alguns autores defendem que os questionários falham, na medida em que, o método de escolha e identificação de pensamentos a partir de uma lista de itens não tem em conta as diferenças individuais no conteúdo dos pensamentos intrusivos (Berry & Laskey, 2011).

Em alternativa ao método de avaliação das intrusões através de questionários, surgiram o auto-relato de lápis e papel e mais recentemente as entrevistas semi-estruturadas.

A *International Intrusive Thoughts Interview Schedule Version 6* (IITIS; RCIF,2007), é um exemplo de uma entrevista semiestruturada, recentemente utilizada por Radomsky et al. (2014), em conjunto com outros instrumentos, para avaliar as intrusões em seis continentes.

Esta entrevista semi-estruturada de 101 itens pretende recolher informação qualitativa e quantitativa relativa às experiências dos indivíduos com a avaliação e estratégias de controlo relativas aos pensamentos intrusivos não desejados, em sete áreas de conteúdo (contaminação, prejuízo/ferimento/agressão, duvida, religião/imoralidade, sexual, vitimização e “outras” intrusões) (Radomsky et al.,2014).

Esta entrevista foi aplicada por Radomsky et al (2014) em 11 países de 6 continentes, tendo os resultados replicado os de estudos anteriores (e.g., Belloch et al.,2004; García-Soriano, Belloch, Morillo & Clark,2011) que com recurso a instrumentos de auto-relato, tais como o ROII ou o INPIOS mostraram a existência de intrusões de tipo obsessivo com conteúdos muitos semelhantes às obsessões em população clínica, confirmando o fenómeno de universalidade das intrusões.

De acordo com estes resultados, é plausível pensar que os instrumentos de auto-relato apesar das desvantagens anteriormente referidas possam ser instrumentos fiáveis e válidos para a avaliação de intrusões relacionadas com as obsessões em população não clínica e apresentam a vantagem de serem instrumentos de aplicação mais curta e menos dispendiosa. Por esse motivo, o grupo ITOC¹ elaborou um instrumento de auto-relato para avaliar intrusões de tipo obsessivo mas também outros conteúdos de intrusões relacionados com outras patologias (tais como as Perturbações Alimentares, a Perturbação Dismórfica Corporal e a Ansiedade de Doença) que podem estar presentes na população geral, assim como o impacto emocional causado pelas mesmas, a avaliação que os sujeitos realizam da intrusão e as estratégias que utilizam para a combater. Este novo instrumento irá ser aplicado em diferentes países, entre os quais Portugal.

O objetivo geral do presente trabalho é realizar a adaptação do *Questionnaire of intrusive thought* (QUIT) à língua portuguesa. Serão analisadas as propriedades psicométricas

¹ Grupo de investigação e tratamento das obsessões e compulsões da Universidade de Valência

do mesmo a partir do estudo da validade de constructo, da consistência interna dos itens e da validade convergente e discriminante.

2. Metodologia

2.1 Amostra

A amostra foi recolhida por conveniência e compreendeu 297 participantes (30,3% sexo masculino; 69,7% sexo feminino). Os participantes tinham idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos (M= 30,38; DP= 12,16), sendo 49,5 % destes, estudantes.

No que respeita ao estado civil, 181 participantes (63,1%) eram solteiros, 81 (28,2%) eram casados, 20 (7 %) divorciados e 1 (0,3%) vivia em união de facto. A maioria da amostra, 153 participantes (53,3%) referiu ter um estatuto socioeconómico médio, 100 (34,8%) situavam-se num estatuto médio-baixo, 14 (4,9%) num estatuto médio-alto, 13 (4,5%) num estatuto baixo e 2 (0,7%) num estatuto muito baixo.

Quanto à escolaridade, 140 (48,8%) indivíduos concluíram o ensino secundário, 130 (45,3%) o ensino superior, e 12 (4,2%) concluíram o 1.º, 2.º ou 3.º ciclo.

2.2 Instrumentos

2.2.1 Questionário de dados Sociodemográficos

O Questionário de dados sociodemográficos (Anexo II), foi construído especialmente para este estudo e foca questões sociodemográficas pertinentes, nomeadamente, a idades, sexo, naturalidade, estado civil, profissão, nível socioeconómico e escolaridade. O questionário compreende ainda duas perguntas relativas ao historial médico de doenças físicas e psicológicas.

2.2.2 The Penn State Worry Questionnaire (PSQW)

O *The Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer et al., 1990) (Anexo III) é um questionário de 16 itens que avalia a generalidade, excessividade e incontabilidade da preocupação sem se focar em domínios particulares. Os itens são classificados usando uma escala de 5 pontos, em que 1 representa “Não é nada característico em mim” e 5 “É muito característico em mim”. O PSQW tem mostrado boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste em amostras clínicas e de estudantes (Meyer et al., 1990). Neste estudo foi usada a versão portuguesa, adaptada por Jiménez-Ros (2011).

2.2.3 Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

A *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988) (Anexo IV) é uma escala que tem como objetivo avaliar a componente afetiva do bem-estar. Esta é composta por 20 itens, 10 dos quais se integram no domínio afetivo positivo e formam a subescala PA (Afeto positivo) e 10 termos que descrevem o afeto negativo formando a escala NA (Afeto negativo). Os itens são classificados usando uma escala tipo de 5 pontos, que varia de 1 – Nada ou muito ligeiramente, a 5- Extremamente, em que o indivíduo deve avaliar a extensão em que experienciou cada um dos afetos num determinado espaço de tempo (hoje, na última semana, último mês). A escala apresenta boa consistência interna, com valores situados entre .86 e .90 para a subescala PA e valores entre .84 e .87 para a subescala NA. O teste-reteste atingiu níveis significantes (Watson, Clark & Tellegen, 1988). Neste estudo será utilizada a versão portuguesa adaptada por Galinha e Ribeiro (2005). A adaptação da escala para a versão portuguesa mostrou uma consistência interna de .86 para a subescala PA e de .89 para a subescala NA, muito semelhante à escala original (Galinha e Ribeiro,2005).

2.2.4 Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS)

A Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS) (Anexo V) é uma adaptação da *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS), desenvolvida por Lovibond e Lovibond em 1995, aferida para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2004). Esta escala é constituída por 21 itens, que correspondem a três sub-escalas, Ansiedade, Depressão e Stress. Cada uma destas sub-escalas compreende 7 itens que correspondem a frases afirmativas que remetem para sintomas negativos. O indivíduo deve classificar estas frases, com o auxílio duma escala tipo *Lickert* que varia entre 1- Não se aplicou nada a mim, a 3- Aplicou-se a mim a maior parte das vezes, consoante a frequência que estas frases se aplicaram a si, na semana anterior. (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). A versão original DASS, apresenta uma consistência interna de .81 para a sub-escala depressão, de .83 para a sub-escala ansiedade e de .81 para a dimensão stress (Lovibond & Lovibond, 1995). A versão portuguesa apresenta valores de consistência interna igualmente elevados, que variam entre .74 e .85 (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

2.2.5 Questionário de Metacognição

O Questionário de Metacognição (Anexo VI) é uma adaptação da versão experimental do *Cuestionário de Metacognición*, desenvolvida por Belloch & Giraldo, em processo de adaptação para português pelo Grupo de Investigação sobre Constructos Transdiagnósticos em Psicologia Clínica da Universidade do Algarve. Este questionário é constituído por um conjunto de 34 afirmações e /ou atividades, que correspondem a três fatores:

Supervisão/Planificação; Confiança na memória; Auto focalização no pensamento. O indivíduo deve classificar estas frases com o auxílio de uma escala de 5 pontos que varia entre, 0- Nada de acordo. Nunca o faço, a 4- Totalmente de acordo. Faço-o sempre. O Questionário de Metacognição apresenta uma consistência interna de .88 para o fator Supervisão/Planificação, de .87 para o fator Confiança na memória e de .82 para a Auto focalização no pensamento.

2.2.6 Questionnaire of intrusive thought (QUIT)

O Questionnaire of intrusive thought (QUIT) (Anexo VII) é uma adaptação da versão experimental do *Cuestionario de pensamientos intrusos desagradables* (CUPIDES) desenvolvida pelo grupo I'TOC, em processo de adaptação para português pelo Grupo de Investigação sobre Constructos Transdiagnósticos em Psicologia Clínica da Universidade do Algarve. Este questionário é constituído por 4 grupos: 1. Intrusões mentais relacionadas com conteúdos desagradáveis. 2. Intrusões mentais relacionadas com o aspeto físico. 3. Intrusões mentais relacionadas com a dieta e o exercício físico. 4. Intrusões mentais relacionadas com a saúde. Estes quatro grupos são constituídos por diferentes intrusões mentais, e em cada um delas o indivíduo deve classificá-las, com o auxílio de uma escala de 7 pontos quanto à frequência (0- Nunca. “Nunca tive esta intrusão mental, 6- Sempre. “Tenho esta intrusão frequentemente, durante todo o dia”) e 5 para o mal-estar (0- Não é nada incomodo, 4- É extremamente incómodo) que lhe provocam. Posteriormente, em cada um dos grupos, é pedido ao indivíduo que selecione das intrusões que experienciou nos últimos três meses, a que a mais lhe incomoda, e de que forma (s) esta se apresentou (pensamento, imagem, impulso, sensação física). De seguida apresenta-se um conjunto de perguntas sobre a mesma, às quais o indivíduo deve responder através de uma escala de cinco pontos que vão de, 0-Nunca/Nada, a 4-Sempre/Muito.

3. Procedimento

3.1 Recolha de dados

Após a obtenção individual do consentimento informado (Anexo I), os participantes preencheram os instrumentos. Para manter o anonimato, foi fornecido aos participantes um envelope para que pudessem colocar e selar o questionário após o seu preenchimento. A ordem de apresentação dos instrumentos foi balanceada em seis versões diferentes para controlar possíveis efeitos do cansaço.

3.2 Análise de dados

A análise estatística dos dados foi realizada através da versão 22 do programa SPSS © (Statistical Package for the Social Sciences, IBM SPSS).

Foi realizada a estatística descritiva dos vários questionários.

Para efeito de interpretação de dados foi considerado o valor máximo de 3 para a assimetria e de 10 para a curtose, sugeridos por Kline (2011).

No que respeita a assimetria, valores acima de 3 são representativos duma assimetria positiva, enquanto que valores abaixo de 3 representam assimetria negativa.

No caso da curtose, valores iguais a zero indicam uma distribuição normal ou mesocúrtica, valores positivos representam uma distribuição leptocúrtica e valores negativos uma distribuição platicúrtica. Valores acima de 10 sugerem que a distribuição não é normal.

Cada um dos questionários foi submetido a análise estatística para determinar se cumpriam os requisitos para análise fatorial, através do cálculo da medida *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e do *Barlett Test of Sphericity*.

Para analisar a validade do instrumento, procedeu-se à análise fatorial, utilizando o método de *Principal axis factoring* com rotação *Oblimin* e o programa Factor (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006) para a determinação do número de fatores a reter através da *Optimal implementation of Parallel Analysis (PA)* (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011).

Para determinar o número de fatores a serem retidos, utilizaram-se dois critérios: a observação do *scree plot* e a análise paralela de Horn.

O ponto de corte escolhido para a inclusão das variáveis num fator foi de 0,35 como sugerido por Tabachnick e Fidell (2007).

Para verificar a consistência interna calculou-se o alfa de *Cronbach*.

Para a análise da validade convergente e discriminante foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson*. Os valores de referência usados foram: $r = 0,10$ até $0,30$ (fraco); $r = 0,40$ até $0,6$ (moderado); $r = 0,70$ até 1 (forte), como sugerido por Dancey e Reidy (2007).

4. Resultados

4.1 Análise Descritiva

Nas tabelas 1 a 8 podemos verificar os dados estatísticos básicos para os quatro diferentes tipos de intrusões no que respeita à sua frequência e mal-estar. Importa referir que no caso da frequência as respostas podem variar entre 0 e 6 e no mal-estar entre 0 e 4.

Tabela 1.

Frequência de intrusões do Grupo 1 - intrusões mentais relacionadas com conteúdos desagradáveis.

Itens	Média	DP	Min.	Max.	A.	C.
1. Ao utilizar um objeto cortante (como uma faca, uma tesoura, etc.) ou uma ferramenta...	0,45	0,881	0	6	2,948	11,306
2. Ao estar num lugar alto (como um precipício, uma ponte ou um edifício alto, etc.)...	0,87	1,104	0	6	1,468	2,385
3. Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais de participar numa ...	0,43	0,865	0	5	2,426	6,633
4. Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais sobre dúvidas existenciais ...	2,02	1,447	0	6	0,540	-0,60
5. Embora saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de me ter sujado ou ...	0,77	1,200	0	6	1,702	2,354
6. Ao estar num lugar público, tive intrusões mentais de me ter contaminado ou poder ...	1,28	1,324	0	6	0,890	0,224
7. Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste tipo...	2,24	1,473	0	6	0,360	-0,470
8. Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste ...	2,81	1,383	0	6	-0,022	-0,642
9. Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.) pareça organizado, tive...	1,08	1,371	0	5	1,153	0,430
10. Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.) pareça organizado, tive...	1,36	1,471	0	6	0,959	0,218
11. Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de que certas ações ou ...	1,44	1,442	0	6	0,960	0,474
12. Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de que determinados...	1,27	1,389	0	6	0,976	0,195

A média das frequências de intrusões do grupo 1 situou-se na generalidade entre 1 e 2, a mais elevada ($M=2,81$) foi a do item 8 (“Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste tipo: “esqueci-me de algo importante?”) e a mais baixa ($M=0,43$) a do item 3 (“Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais de participar numa atividade sexual que vai contra as minhas preferências sexuais (por ex. homem/mulher, animais, mortos, etc”). Os participantes referiram então, ter estas intrusões com baixa frequência (entre uma ou duas vezes na vida ou ocasionalmente durante o ano). O desvio padrão

foi na generalidade dos casos (à exceção do item 1 e 3) superior a 1. Todos os itens, expeto o n.º3 e 9 atingiram o mínimo e o máximo possível.

Todos os itens apresentam assimetria negativa, o que indica que a maior variabilidade ocorre nas pontuações mais baixas, refletindo o facto de se tratar de uma população não clínica.

Quando realizada a análise da curtose, pode verificar-se que a generalidade dos itens apresenta uma distribuição leptocúrtica, o que indica uma concentração dos valores em torno da moda. São exceção a esta distribuição os com itens n.º 4, 7 e 8 que apresentam uma distribuição platicúrtica. O item n.º 1 apresenta uma curtose de 11,306 sugerindo uma distribuição anormal.

Tabela 2.

Mal-estar provocado pelas intrusões do Grupo 1- intrusões mentais relacionadas com conteúdos desagradáveis.

Itens	Média	DP	Min.	Max.	A.	C.
1. Ao utilizar um objeto cortante (como uma faca, uma tesoura, etc.) ou uma ferramenta...	1,02	1,537	0	4	1,119	-0,438
2. Ao estar num lugar alto (como um precipício, uma ponte ou um edifício alto, etc.)...	1,24	1,490	0	4	0,799	-0,853
3. Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais de participar numa...	0,99	1,505	0	4	1,124	-0,411
4. Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais sobre dúvidas existenciais...	1,52	1,283	0	4	0,296	-1,126
5. Embora saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de me ter sujado ou...	1,11	1,367	0	4	0,850	-0,703
6. Ao estar num lugar público, tive intrusões mentais de me ter contaminado ou poder...	1,37	1,319	0	4	0,550	-0,949
7. Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste tipo...	1,98	1,227	0	4	0,021	-0,940
8. Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste...	2,02	1,136	0	4	0,178	-0,767
9. Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.) pareça organizado, tive...	0,72	1,052	0	4	1,494	1,533
10. Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.) pareça organizado, tive...	0,82	1,061	0	4	1,266	0,931
11. Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de que certas ações ou...	1,00	1,145	0	4	1,009	0,175

12. Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de que determinados...	1,07	1,227	0	4	0,929	-0,191
---	------	-------	---	---	-------	--------

A média do mal-estar experimentado pelos participantes no grupo 1 variou entre 1 e 2 revelando a baixa frequência destas intrusões experimentadas pelos participantes (entre uma ou duas vezes na vida ou ocasionalmente durante o ano). A média mais elevada ($M=2,02$) foi a do item n.º 8 (“Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste tipo: “esqueci-me de algo importante?”) e a mais baixa ($M=0,72$), a do item n.º 9 (“Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.) pareça organizado, tive intrusões mentais de que determinados objetos (por ex., móveis, roupa, CDs, etc.) não estavam corretamente ordenados ou não seguiam uma determinada ordem (por ex., simetria, cor, etc.)”). O desvio padrão foi em todos os casos superior a 1.

Todos os itens atingiram o máximo e mínimo possível.

Todos os itens apresentam assimetria negativa. A maioria dos itens apresenta uma curtose platicúrtica com a exceção dos itens n.º 9,10 e 11 que apresentam curtose leptocúrtica.

Tabela 3.

Frequência de intrusões do Grupo 2- intrusões mentais relacionadas com o aspeto físico.

Itens	Média	DP	Min.	Max.	A.	C.
1. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o pensamento de que tenho um...	1,34	1,554	0	6	1,116	0,357
2. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o pensamento de que o meu...	1,68	1,489	0	6	0,644	-0,311
3. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça a intrusão mental: “Batia em...	0,51	1,118	0	6	2,670	7,138
4. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/refletida em algum sítio, vem-me à...	1,68	1,579	0	6	0,629	-0,524
5. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum sítio, vem-me à cabeça...	1,61	1,638	0	6	0,803	-0,231
6. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum sítio, vem-me à cabeça...	1,05	1,432	0	6	1,417	1,235
7. Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça o pensamento: “Qualquer um tem...	1,41	1,638	0	6	1,050	0,162
8. Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça: “Estão a aperceber-se que há algo no...	1,26	1,439	0	6	1,108	0,582

9. Quando tenho contacto físico com alguém próximo (família, amigos, companheiro/a)...	1,26	1,562	0	6	1,173	0,480
--	------	-------	---	---	-------	-------

A média das frequências de intrusões do grupo 2 manteve-se em torno de 1, revelando que os participantes apenas experienciaram este tipo de intrusões, uma ou duas vezes na vida. Os itens n.º 2 (“Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o pensamento de que o meu corpo funciona mal (mau odor, suor, mau hálito, flatulências, cara oleosa, mãos ou cabelo oleoso, etc.)”) e n.º 4 (“Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/refletida em algum sítio, vem-me à cabeça: “Que se nota muito o defeito que tenho (nariz, orelhas, mãos, suor, aspeto gorduroso, borbulhas, etc.)”) apresentaram a média mais elevada (M=1,68). O item 3 (“Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça a intrusão mental: “Batia em mim próprio/a ou o que fosse preciso para retirar esse defeito”) apresentou a média mais baixa (M=0,51). O desvio padrão situou-se acima de 1 em todos os itens. Todos os itens atingiram o mínimo e máximos possíveis.

Todos os itens apresentaram assimetria negativa. Os itens n.º 2, 4 e 5 apresentam uma curtose platicúrtica, tendo os restantes apresentado curtose leptocúrtica.

Tabela 4.

Mal-estar provocado pelas intrusões do Grupo 2- intrusões mentais relacionadas com o aspeto físico.

Itens	Media	DP	Min.	Max.	A.	C.
1. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o pensamento de que tenho um...	1,31	1,429	0	4	0,684	-0,919
2. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o pensamento de que o meu...	1,58	1,361	0	4	0,346	-1,113
3. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça a intrusão mental: “Batia em...	0,69	1,238	0	4	1,683	1,461
4. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/refletida em algum sítio, vem-me à...	1,42	1,373	0	4	0,570	-0,924
5. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum sítio, vem-me à cabeça...	1,31	1,320	0	4	0,666	-0,717
6. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum sítio, vem-me à cabeça...	0,99	1,256	0	4	1,072	-0,037
7. Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça o pensamento: “Qualquer um tem...	1,32	1,415	0	4	0,725	-0,818

8. Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça: “Estão a aperceber-se que há algo no...	1,34	1,384	0	4	0,642	-0,918
9. Quando tenho contacto físico com alguém próximo (família, amigos, companheiro/a)...	0,75	1,143	0	4	1,417	0,887

A média do mal-estar experimentado pelos participantes no grupo 2 situou-se entre 0 e 1, revelando que os participantes nunca tiveram este tipo de intrusões mentais ou que as experienciaram apenas uma ou duas vezes na vida. O item n.º 2 (“Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o pensamento de que o meu corpo funciona mal (mau odor, suor, mau hálito, flatulências, cara oleosa, mãos ou cabelo oleoso, etc.)”) teve a média mais elevada (M=1,58), enquanto que, o item n.º 3 (“Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça a intrusão mental: “Batia em mim próprio/a ou o que fosse preciso para retirar esse defeito”) obteve a média mais baixa (M=0,69). O desvio padrão foi em todos os itens superior a 1. Em todos os itens foi atingido o número máximo e mínimo possível.

Todos os itens são assimetricamente negativos, o que indica que a maior variabilidade ocorre nas pontuações mais baixas. A maioria dos itens, com exceção do item n.º 3 e 9, apresentam uma curtose platicúrtica.

Tabela 5.

Frequência de intrusões do Grupo 3- intrusões mentais relacionadas com a dieta e o exercício físico.

Itens	Média	DP	Min.	Max.	A.	C.
1. Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça o pensamento, ou a...	2,43	1,802	0	6	0,095	-1,154
2. Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça: “tenho que fazer...	2,43	1,789	0	6	0,183	-0,940
3. Só por ver comida ou estar a comer, de repente tenho o impulso de comer sem parar...	1,30	1,541	0	6	1,006	0,046
4. Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento: “deveria vomitar?”	0,46	1,108	0	6	3,078	10,174
5. Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento ou a imagem de: “não deveria...	2,12	1,761	0	6	0,476	-0,734
6. Assim que acabo de comer, invade-me o impulso de queimar calorias, fazer exercício.	1,75	1,718	0	6	0,716	-0,408
7. Se alguém me olha, ainda que não me diga nada, vem-me à cabeça o pensamento...	1,26	1,698	0	6	1,292	0,735

8. Quando me estou a arranjar para sair ou simplesmente quando passo em frente de um...	2,12	1,911	0	6	0,542	-0,816
---	------	-------	---	---	-------	--------

A média das frequências de intrusões do grupo 3 variou entre 1 e 2, revelando uma baixa frequência deste tipo de intrusões (entre uma ou duas vezes em toda a vida e algumas vezes por ano). A média mais elevada ($M=2,43$), foi a dos itens n.º 1 (“Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça o pensamento, ou a imagem, do que como, do que devo e não devo comer.”) e n.º 2 (“Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça: “tenho que fazer exercício”). A média menos elevada ($M= 0,46$) pertence ao item n.º 4 (“Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento: “deveria vomitar?”). O desvio padrão situou-se sempre acima de 1, e todos os itens atingiram os máximos e mínimos possíveis.

A maioria dos itens apresentam assimetria negativa, com exceção do item n.º 4 que apresenta assimetria positiva com um valor de 3,078.

No que respeita à curtose a maioria dos itens apresenta curtose platicúrtica com exceção dos itens n.º 7 e 3 que apresentam curtose leptocúrtica. O item n.º 4 apresentam um valor de curtose de 10,174 sugerindo uma distribuição não normal.

Tabela 6.

Mal-estar provocado pelas intrusões do Grupo 3- intrusões mentais relacionadas com a dieta e o exercício físico.

Itens	Média	DP	Min.	Max.	A.	C.
1. Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça o pensamento, ou a...	1,22	1,210	0	4	0,630	-0,760
2. Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça: “tenho que fazer...	1,37	1,283	0	4	0,553	-0,870
3. Só por ver comida ou estar a comer, de repente tenho o impulso de comer sem parar...	1,05	1,346	0	4	1,050	-0,180
4. Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento: “deveria vomitar?”	0,68	1,320	0	4	1,744	1,489
5. Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento ou a imagem de: “não deveria...	1,54	1,345	0	4	0,462	-0,979
6. Assim que acabo de comer, invade-me o impulso de queimar calorias, fazer exercício.	1,14	1,284	0	4	0,848	-0,470
7. Se alguém me olha, ainda que não me diga nada, vem-me à cabeça o pensamento...	1,11	1,418	0	4	0,928	-0,598

8. Quando me estou a arranjar para sair ou simplesmente quando passo em frente de um...	1,74	1,485	0	4	0,241	-1,357
---	------	-------	---	---	-------	--------

A média do mal-estar experimentado pelos participantes no grupo 3 situou-se entre 0 e 1, o que demonstra que os participantes nunca experienciaram estas intrusões, ou apenas as experienciaram 1 ou 2 vezes na vida. O item n.º 8 (“Quando me estou a arranjar para sair ou simplesmente quando passo em frente de um espelho ou de um vidro ou quando me peso, de repente surge-me o pensamento ou imagem: “estou gordo/a”), obteve a média mais elevada (M=1,74) e o item n.º 4 (Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento: “deveria vomitar?”) a menos elevada (M=0,68). O desvio padrão foi superior a 1 em todos os itens. Os máximos e mínimos possíveis foram atingidos.

Todos os itens apresentam uma assimetria negativa. Com a exceção do item n.º 4 que apresenta uma curtose leptocúrtica, todos os restantes apresentam curtose platicúrtica.

Tabela 7.

Frequência de intrusões do Grupo 4- intrusões mentais relacionadas com a saúde.

Itens	Média	DP	Min.	Max.	A.	C.
1. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte ...	1,62	1,534	0	6	0,868	0,073
2. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais, cemitérios...	1,26	1,464	0	6	1,228	0,832
3. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais, cemitérios...	0,93	1,269	0	6	1,602	2,466
4. Quando leio, oiço ou vejo alguma informação acerca de uma doença (por ex., na internet...	1,51	1,410	0	6	0,974	0,641
5. Quando sinto algum incómodo no meu corpo, por pequena que seja (por ex. uma picada...	1,35	1,436	0	6	0,933	0,084
6. Sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais tais como: “tenho uma doença grave...	1,12	1,365	0	6	1,315	1,450
7. Sem nenhum motivo especial, vêm-me à cabeça pensamentos como “posso morrer de...	1,45	1,331	0	6	0,712	-0,060
8. Quando algum ente querido sente algum incómodo no seu corpo, por pequeno que...	1,34	1,351	0	6	0,989	0,674
9. Perante qualquer sintoma físico (por ex., uma dor de cabeça prolongada, pressão no peito...	1,67	1,382	0	6	0,741	0,180

10. Quando estou à espera do resultado de uma prova médica ou quando o médico me diz que...	0,55	1,097	0	6	2,604	7,634
---	------	-------	---	---	-------	-------

A média das frequências de intrusões do grupo 4 variou entre 0 e 1 o que significa que os participantes referem ter estas intrusões com baixa frequência (entre nunca ou uma ou duas vezes em toda a vida). A média mais elevada ($M=1,67$) verificou-se no item n.º 9 (“Perante qualquer sintoma físico (por ex., uma dor de cabeça prolongada, pressão no peito, uma pequena mancha na pele, etc.) assalta-me o pensamento: “tenho de ir ao médico”) e a mais baixa ($M=0,55$) no item n.º 10 (“Quando estou à espera do resultado de uma prova médica ou quando o médico me diz que está tudo bem, tenho intrusões mentais do tipo: ”enganaram-se com os resultados”). O desvio padrão foi em todos os itens, superior a 1. Os máximos e mínimos possíveis foram atingidos em todos os itens.

Todos os itens apresentam assimetria negativa. A maioria dos itens apresenta curtose leptocúrtica com exceção do item n.º 7 que apresentam curtose platicúrtica.

Tabela 8.

Mal-estar provocado pelas intrusões do Grupo 4- intrusões mentais relacionadas com a saúde.

Itens	Média	DP	Min.	Max.	A.	C.
1. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte ...	1,79	1,464	0	4	0,148	-1,357
2. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais, cemitérios...	1,30	1,467	0	4	0,695	-0,973
3. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais, cemitérios...	1,67	1,726	0	4	0,318	-1,663
4. Quando leio, oiço ou vejo alguma informação acerca de uma doença (por ex., na internet...	1,72	1,412	0	4	0,274	-1,224
5. Quando sinto algum incómodo no meu corpo, por pequena que seja (por ex. uma picada...	1,63	1,468	0	4	0,274	-1,349
6. Sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais tais como: “tenho uma doença grave...	1,47	1,545	0	4	0,500	-1,309
7. Sem nenhum motivo especial, vêm-me à cabeça pensamentos como “posso morrer de...	1,79	1,457	0	4	0,135	-1,337
8. Quando algum ente querido sente algum incómodo no seu corpo, por pequeno que...	1,76	1,529	0	4	0,183	-1,448

9. Perante qualquer sintoma físico (por ex., uma dor de cabeça prolongada, pressão no peito...	1,52	1,253	0	4	0,435	-0,786
10. Quando estou à espera do resultado de uma prova médica ou quando o médico me diz que...	0,67	1,153	0	4	1,648	1,555

A média do mal-estar experimentado pelos participantes no grupo 4 variou entre 0 e 1 revelando mais uma vez que os participantes relatam uma baixa frequência destas intrusões (entre nunca e uma ou duas vezes na vida). Os itens n.º 1 (“Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais, cemitérios, crematórios, casas mortuárias, etc.), tenho intrusões mentais sobre morrer com sofrimento e dor.”) e n.º 7 (“Sem nenhum motivo especial, vêm-me à cabeça pensamentos como “posso morrer de uma doença grave (por. ex., cancro, SIDA, etc.)”) obtiveram a média mais alta (M=1,79) enquanto que, o item n.º 10 (“Quando estou à espera do resultado de uma prova médica ou quando o médico me diz que está tudo bem, tenho intrusões mentais do tipo: ”enganaram-se com os resultados”) apresentou a média menos elevada. O desvio padrão situou-se em todos os itens acima de 1. Foram atingidos em todos os itens os máximos e mínimos possíveis.

Todos os itens apresentam assimetria negativa. À exceção do item n.º 10 que apresenta curtose leptocúrtica, todos os restantes apresentam curtose platicúrtica.

4.2 Análise das qualidades psicométricas do QUIT

Os quatro grupos de intrusões que compõem o QUIT foram submetidos a análises fatoriais exploratórias (AFE). Em todos os casos, foi utilizado o método de extração de *análise fatorial de eixos principais* com rotação *Oblimin*. Os critérios para a determinação do número de fatores a reter, foram a inspeção visual do gráfico de sedimentação e scree-plot e a *Optimal implementation of Parallel Analysis (PA)* (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011) baseado na análise paralela de Horn (Horn, 1965). O ponto de corte escolhido para a inclusão das variáveis num fator foi de 0,35 como sugerido por Tabachnick e Fidell (2007).

4.2.1 Grupo 1 - Intrusões mentais relacionadas com conteúdos desagradáveis.

a) Escala de frequência

1. Análise da validade do constructo

A adequabilidade da realização da AFE a partir dos dados da escala de frequência do grupo 1 (tipo obsessivo-compulsivo) foi inferida a partir do teste de Kaiser-Mayer-Olkin

(KMO) no qual se obteve um índice de 0,724, e da prova de esfericidade de Barlett que foi significativa ($\chi^2=1005,735$; $p=0,000$).

Numa primeira análise obteve-se apenas um fator com auto-valor superior à unidade, que explicou 26,852% da variância.

A análise do gráfico de scree-plot sugeriu a existência de dois fatores, no entanto, a análise paralela de Horn aconselhou a retenção de um único fator. Forçou-se então a extração a um fator, que explicou 24,671 % da variância.

Como podemos verificar na Tabela 9, todos os itens com exceção do item 1 a 3, saturaram significativamente no fator 1. Os itens, 1, 2 e 3 apresentam cargas abaixo do considerado significativo (0,35).

Tabela 9.

Saturação dos itens do Grupo 1 (Solução forçada a um fator) – frequência.

Item	Fator 1
1. Ao utilizar um objeto cortante (como uma faca, uma tesoura, etc.) ou uma ferramenta...	0,221
2. Ao estar num lugar alto (como um precipício, uma ponte ou um edifício alto, etc.)...	0,254
3. Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais de participar numa ...	0,312
4. Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais sobre dúvidas ...	0,493
5. Embora saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de me ter sujado ou ...	0,454
6. Ao estar num lugar público, tive intrusões mentais de me ter contaminado ou poder ...	0,548
7. Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste tipo...	0,497
8. Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste ...	0,635
9. Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.) pareça organizado, tive...	0,503
10. Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.) pareça organizado, tive...	0,548
11. Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de que certas ações ou ...	0,608
12. Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de que determinados...	0,653

2. Análise da fiabilidade

No que respeita à consistência interna, o alfa de *Cronbach* verificado para o QUIT 1, escala de frequência, foi de 0,79 o que é considerado aceitável. Como podemos verificar na tabela 10, o valor de alfa não melhorava caso eliminássemos algum dos itens.

Tabela 10.

Valores de alfa do Grupo 1 em caso de eliminação dos itens- frequência.

Item	Correlação item- total corrigida	Alfa se se elimina o item
1. Ao utilizar um objeto cortante (como uma faca, uma tesoura, etc...	0,213	0,790
2. Ao estar num lugar alto (como um precipício, uma ponte ou um...	0,232	0,791
3. Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais de...	0,306	0,785
4. Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais...	0,448	0,772
5. Embora saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de me...	0,410	0,776
6. Ao estar num lugar público, tive intrusões mentais de me ter...	0,485	0,768
7. Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões...	0,423	0,775
8. Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões...	0,559	0,760
9. Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.)...	0,451	0,772
10. Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.)...	0,480	0,769
11. Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de...	0,511	0,765
12. Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de...	0,567	0,759

2. Análise da validade convergente e discriminante

O grupo 1 (frequência) foi associado com todos os instrumentos em estudo. Todos os instrumentos mostraram-se significativamente correlacionados com o grupo 1 (frequência): PSWQ ($r = 0,373$; $p=0,000$), EADS ($r = 0,360$; $p=0,000$), Questionário de Metacognição ($r = 0,180$; $p=0,004$), PANAS ($r = 0,158$; $p=0,007$). Apesar de significativas, estas correlações revelam-se fracas.

Analisou-se ainda, a correlação das escalas do EADS com o grupo 1 (frequência). Todas as escalas se correlacionaram significativamente com o grupo 1 (frequência). A escala de depressão apresentou uma correlação baixa ($r = 0,243$; $p = 0,000$), assim como a escala de ansiedade ($r = 0,384$; $p = 0,000$). Já a escala de stress apresentou uma correlação moderada ($r = 0,413$; $p = 0,000$).

b) Escala de mal-estar**1. Análise da validade de constructo**

Procedeu-se à análise fatorial da escala de mal-estar do grupo 1 (tipo obsessivo compulsivo).

No teste de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) obteve-se um índice de 0,773 e a prova de

esfericidade de Barlett foi significativa ($\chi^2=1225,974$ $p=0,000$), mostrando adequação para a realização da análise fatorial.

Os resultados da análise fatorial exploratória revelaram a existência de dois fatores com auto-valores superiores à unidade que explicam 42,948% da variância.

O primeiro fator agrupou 6 itens relativos a contaminação, verificação e ordem e simetria, que explicaram 31,402% da variância.

O segundo fator explicou 11,547% e agrupou 4 fatores relativos a impulsos de agressão e sexuais e contaminação.

O item 5, relativo a intrusões de contaminação, saturou em ambos os fatores. No entanto no fator 1 satura positivamente (0,379) e no fator 2 negativamente (-0,404).

Os itens 9 e 10, relativos a intrusões de ordem e simetria, não saturaram significativamente em nenhum destes fatores.

Estes resultados podem ser observados na Tabela 11.

Tabela 11.

Saturação dos itens do Grupo 1 – mal-estar.

Item	Fator 1	Fator 2
1. Ao utilizar um objeto cortante (como uma faca, uma tesoura, etc.) ou uma ...	-0,073	-0,803
2. Ao estar num lugar alto (como um precipício, uma ponte ou um edifício alto, etc.)...	0,039	-0,699
3. Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais de participar numa ...	-0,076	-0,798
4. Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais sobre dúvidas ...	0,260	-0,329
5. Embora saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de me ter sujado ou ...	0,379	-0,404
6. Ao estar num lugar público, tive intrusões mentais de me ter contaminado ou ...	0,481	-0,269
7. Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste...	0,552	-0,034
8. Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste ...	0,574	0,060
9. Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.) pareça organizado...	-0,031	-0,029
10. Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.) pareça organizado...	0,044	0,030
11. Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de que certas ações...	0,748	0,121
12. Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de que determinados..	0,635	-0,038

Apesar do *scree plot* parecer sugerir a existência de dois fatores, o resultado da análise paralela de Horn sugeriu a retenção de um único fator. Com base neste resultado, e no facto da

maioria dos itens saturarem não significativamente no factor 2, forçou-se então a extração de apenas um fator. Este fator explicou 29,668% da variância.

Como podemos constatar (Tabela 12), todos os itens saturaram significativamente neste fator, mostrando-se esta a melhor opção.

Tabela 12.

Saturação dos itens do grupo 1 (Solução forçada a um fator) – mal-estar.

Item	Fator 1
1. Ao utilizar um objeto cortante (como uma faca, uma tesoura, etc.) ou uma ferramenta...	0,545
2. Ao estar num lugar alto (como um precipício, uma ponte ou um edifício alto, etc.)...	0,533
3. Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais de participar numa ...	0,536
4. Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais sobre dúvidas ...	0,544
5. Embora saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de me ter sujado ou ...	0,616
6. Ao estar num lugar público, tive intrusões mentais de me ter contaminado ou poder ...	0,652
7. Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste tipo...	0,539
8. Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste ...	0,507
9. Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.) pareça organizado, tive...	0,503
10. Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.) pareça organizado, tive...	0,514
11. Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de que certas ações ou ...	0,493
12. Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de que determinados...	0,532

2. Análise da fiabilidade

A análise da consistência interna, realizada através do alfa de *Cronbach*, revelou uma boa consistência com um valor de 0,83. O valor de alfa da escala total, apenas pioraria se eliminássemos algum dos itens (tabela 13).

Tabela 13.

Valor de alfa do Grupo 1 em caso de eliminação dos itens- mal-estar.

Item	Correlação item- total corrigida	Alfa se se elimina o item
1. Ao utilizar um objeto cortante (como uma faca, uma tesoura, etc...	0,519	0,818
2. Ao estar num lugar alto (como um precipício, uma ponte ou um...	0,508	0,819
3. Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais de...	0,510	0,819
4. Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais...	0,498	0,819
5. Embora saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de me...	0,559	0,814
6. Ao estar num lugar público, tive intrusões mentais de me ter...	0,583	0,812

7. Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões...	0,475	0,821
8. Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões...	0,443	0,823
9. Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.)...	0,441	0,824
10. Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.)...	0,451	0,823
11. Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de...	0,433	0,824
12. Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de...	0,476	0,821

3. Análise da validade convergente e discriminante

Todas as associações do grupo 1 (mal-estar) com os instrumentos em estudo, com exceção do PANAS ($r = 0,072$; $p = 0,247$) resultaram significativas: PSQW ($r = 0,302$; $p = 0,000$), EADS ($r = 0,229$; $p = 0,000$), Questionário de Metacognição ($r = 0,211$; $p = 0,001$). A correlação do grupo 1 (mal-estar) com o PSQW, o EADS e o Questionário de Metacognição revelou-se fraca.

No que respeita as escalas que compõem o EADS, todas se correlacionaram significativamente. No entanto, com valores baixos: escala de depressão ($r = 0,228$; $p = 0,000$), escala de ansiedade ($r = 0,189$; $p = 0,002$), escala de ansiedade ($r = 0,231$; $p = 0,000$).

4.2.2 Grupo 2 – Intrusões de conteúdos relacionados com o aspeto físico.

a) Escala de frequência

1. Análise da validade do constructo

Os testes demonstraram adequação para a análise fatorial, obtendo-se no teste de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) um índice de 0,907 e um valor significativo na prova de esfericidade de Barlett ($\chi^2 = 1005,735$; $p = 0,000$).

Obteve-se um fator com auto-valor superior à unidade, que explica 51,868% da variância.

Todos os itens saturaram significativamente neste fator, referindo-se todos eles a intrusões relacionadas ao aspeto físico (Tabela 14).

A análise do gráfico *scree plot*, assim como a análise paralela de Horn sugeriram igualmente a existência de apenas um fator.

Tabela 14.

Saturação dos itens do Grupo 2 – frequência.

Item	Fator 1
1. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o pensamento de que tenho...	0,735
2. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o pensamento de que o meu...	0,692
3. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça a intrusão mental: “Batia...	0,596
4. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/refletida em algum sítio, vem-me à...	0,786
5. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum sítio, vem-me à cabeça...	0,800
6. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum sítio, vem-me à cabeça...	0,682
7. Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça o pensamento: “Qualquer um...	0,717
8. Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça: “Estão a aperceber-se que há algo..	0,753
9. Quando tenho contacto físico com alguém próximo (família, amigos, companheiro/a)...	0,698

2. Análise da fiabilidade

No que respeita à consistência interna, o alfa de *Cronbach* verificado foi de 0,91, o que revela uma muito boa consistência. Ao verificarmos a tabela 15, podemos constatar que o valor de alfa não aumenta, caso eliminemos algum dos itens que compõe este grupo.

Tabela 15.

Valor de alfa do Grupo 2 em caso de eliminação dos itens- frequência.

Item	Correlação item- total corrigida	Alfa se se elimina o item
1. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o...	0,697	0,893
2. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o...	0,652	0,897
3. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça a...	0,569	0,903
4. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/refletida em...	0,744	0,890
5. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum...	0,755	0,889
6. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum sítio..	0,647	0,897
7. Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça o...	0,681	0,895
8. Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça: “Estão a...	0,715	0,892
9. Quando tenho contacto físico com alguém próximo (família...	0,663	0,896

3. Análise da validade convergente e discriminante

Foi significativa, apesar de fraca, a correlação do grupo 2 (frequência) com o PSQW ($r = 0,257$; $p = 0,000$). Com o EADS ($r = 0,424$; $p = 0,000$), o grupo 2 (frequência) mostrou-se moderadamente correlacionado. Por outro lado, não se mostrou significativamente

correlacionado com o Questionário de Metacognição ($r = 0,093$; $p = 0,134$) e com o PANAS ($r = 0,115$; $p = 0,051$).

As escalas do EADS, depressão ($r = 0,232$; $p = 0,000$), ansiedade ($r = 0,359$; $p = 0,000$) e stress ($r = 0,378$; $p = 0,000$), revelaram correlações significativas, mas baixas.

b) Escala de mal-estar

1. Análise da validade do constructo

No teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obteve-se um índice de 0,915, enquanto que a prova de esfericidade de Barlett foi significativa ($\chi^2 = 1325,263$; $p = 0,000$), mostrando adequação para a realização da análise fatorial.

Semelhantemente ao que aconteceu anteriormente, na análise fatorial da frequência do QUIT 2, obteve-se apenas um fator. Este fator apresenta auto-valor superior à unidade e é responsável por explicar 54,038% da variância.

Todos os nove fatores, relativos a intrusões relacionadas com o aspeto físico, saturaram significativamente neste fator (Tabela 16).

O *scree plot* mostra a existência de apenas um fator, confirmada também pela análise paralela de Horn, que sugere igualmente a retenção de um fator.

Tabela 16.

Saturação dos itens do grupo 2 – mal-estar.

Item	Fator 1
1. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o pensamento de que tenho...	0,799
2. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o pensamento de que o meu...	0,669
3. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça a intrusão mental: “Batia...	0,617
4. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/refletida em algum sítio, vem-me à...	0,778
5. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum sítio, vem-me à cabeça...	0,806
6. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum sítio, vem-me à cabeça...	0,746
7. Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça o pensamento: “Qualquer um...	0,768
8. Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça: “Estão a aperceber-se que há algo..	0,735
9. Quando tenho contacto físico com alguém próximo (família, amigos, companheiro/a)...	0,675

2. Análise da fiabilidade

A análise do alfa de *Cronbach*, revelou uma consistência interna muito boa, com um valor de 0,91. Caso eliminássemos algum dos itens, o alfa tornar-se-ia mais fraco (tabela 17).

Tabela 17.

Valor de alfa do Grupo 2 em caso de eliminação dos itens- mal-estar.

Item	Correlação item- total corrigida	Alfa se se elimina o item
1. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o...	0,759	0,898
2. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o...	0,641	0,907
3. Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça a...	0,592	0,909
4. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/refletida em...	0,737	0,900
5. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum...	0,761	0,898
6. Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum sítio..	0,706	0,902
7. Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça o...	0,728	0,900
8. Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça: "Estão a...	0,702	0,902
9. Quando tenho contacto físico com alguém próximo (família...	0,643	0,906

3. Análise da validade convergente e discriminante

O grupo 2 (mal-estar), correlacionou-se significativamente com o PSQW ($r = 0,220$; $p=0,000$) e com o EADS ($r = 0,360$; $p=0,000$) e não significativamente com o PANAS ($r = 0,104$; $p=0,093$) e o Questionário de Metacognição ($r = 0,083$; $p=0,201$). As correlações com o PSQW e o EADS revelaram-se baixas.

Nas escalas do EADS, obtiveram-se correlações significativas, mas fracas: escala de depressão ($r = 0,253$; $p = 0,000$), escala de ansiedade ($r = 0,292$; $p = 0,000$), escala de stress ($r = 0,304$; $p = 0,000$).

4.2.3 Grupo 3 – Intrusões de conteúdos relacionados com dieta e exercício físico.

a) Escala de Frequência

1. Análise da validade do constructo

Obteve-se um índice de 0,884 no teste de Kaiser-Mayer-Olkin, e significância na prova de esfericidade de Barlett ($\chi^2=1379,625$; $p=0,000$), o que prova a adequação para a realização desta análise.

Um fator foi obtido, apresentando auto-valor superior à unidade e explicando 55,805% da variância.

Os oito fatores que compõe o QUIT 3 e que são relativos a intrusões de dieta e exercício físico, saturaram significativamente neste fator (tabela 18).

O *scree plot* e a análise paralela de Horn, confirmaram a extração anterior, revelando a presença de apenas um fator.

Tabela 18.

Saturação dos itens do Grupo 3 – frequência.

Item	Fator 1
1. Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça o pensamento, ou a...	0,680
2. Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça: “tenho que fazer...	0,817
3. Só por ver comida ou estar a comer, de repente tenho o impulso de comer sem parar...	0,598
4. Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento: “deveria vomitar?”	0,650
5. Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento ou a imagem de: “não deveria...	0,854
6. Assim que acabo de comer, invade-me o impulso de queimar calorias, fazer exercício.	0,753
7. Se alguém me olha, ainda que não me diga nada, vem-me à cabeça o pensamento...	0,764
8. Quando me estou a arranjar para sair ou simplesmente quando passo em frente de um...	0,822

2. Análise da fiabilidade

A consistência interna, medida através do alfa de *Cronbach*, foi de 0,91 o que representa uma muito boa consistência. A eliminação de algum dos itens, não beneficiaria o valor de alfa (tabela 19).

Tabela 19.

Valor de alfa do Grupo 3 em caso de eliminação dos itens- frequência.

Item	Correlação item- total corrigida	Alfa se se elimina o item
1. Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça...	0,649	0,899
2. Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça...	0,781	0,887
3. Só por ver comida ou estar a comer, de repente tenho o impulso...	0,565	0,905
4. Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento: “deveria...	0,621	0,903
5. Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento ou a...	0,807	0,884
6. Assim que acabo de comer, invade-me o impulso de queimar...	0,713	0,893
7. Se alguém me olha, ainda que não me diga nada, vem-me à...	0,724	0,892
8. Quando me estou a arranjar para sair ou simplesmente quando...	0,775	0,888

2. Análise da validade convergente e discriminante

Mostraram-se significativamente correlacionados com o grupo 3 (frequência), os seguintes instrumentos: PSQW ($r = 0,274$; $p = 0,000$), EADS ($r = 0,299$; $p = 0,000$),

Questionário de Metacognição ($R = 0,127$; $p = 0,041$). Estes instrumentos mostraram no entanto, valores de correlação baixa. O PANAS ($r = 0,061$; $p = 0,299$) não mostrou correlação significativa com o grupo 3 (frequência).

As diferentes escalas do EADS, depressão ($r = 0,185$; $p = 0,000$), ansiedade ($r = 0,244$; $p = 0,000$) e stress ($r = 0,285$; $p = 0,000$), mostraram-se correlacionadas com o grupo 3 (frequência). No entanto, estas correlações foram fracas.

b) Escala de mal-estar

1. Análise da validade do constructo

Foram atingidos os pré-requisitos para a análise fatorial, tendo-se obtido no teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) um índice de 0,898, e na prova de esfericidade de Barlett valores significativos ($\chi^2 = 1477,676$; $p = 0,000$).

Foi extraído um fator que explica 60,690% da variância e apresenta auto-valor superior à unidade.

Tal como anteriormente, todos os oito itens saturaram significativamente neste fator (Tabela 20).

Mais uma vez, o *scree plot* e a análise paralela de Horn, confirmam a existência de um fator.

Tabela 20.

Saturação dos itens do Grupo 3 – mal-estar.

Item	Fator 1
1. Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça o pensamento, ou a...	0,739
2. Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça: “tenho que fazer...	0,859
3. Só por ver comida ou estar a comer, de repente tenho o impulso de comer sem parar...	0,714
4. Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento: “deveria vomitar?”	0,641
5. Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento ou a imagem de: “não deveria...	0,843
6. Assim que acabo de comer, invade-me o impulso de queimar calorias, fazer exercício.	0,771
7. Se alguém me olha, ainda que não me diga nada, vem-me à cabeça o pensamento...	0,775
8. Quando me estou a arranjar para sair ou simplesmente quando passo em frente de um...	0,863

2. Análise da fiabilidade

O alfa de Cronbach verificado nesta escala foi de 0,92, o que revela uma consistência interna muito boa. A eliminação de algum dos itens não melhoraria o valor de alfa.

Tabela 21.

Valor de alfa do Grupo 3 em caso de eliminação dos itens- mal-estar.

Item	Correlação item- total corrigida	Alfa se se elimina o item
1. Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça...	0,700	0,917
2. Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça...	0,814	0,908
3. Só por ver comida ou estar a comer, de repente tenho o impulso...	0,692	0,917
4. Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento: “deveria...	0,622	0,922
5. Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento ou a...	0,805	0,908
6. Assim que acabo de comer, invade-me o impulso de queimar...	0,735	0,914
7. Se alguém me olha, ainda que não me diga nada, vem-me à...	0,747	0,913
8. Quando me estou a arranjar para sair ou simplesmente quando...	0,821	0,907

3. Análise da validade convergente e discriminante

O grupo 3 (mal-estar) correlacionou-se significativamente com o PSQW ($r = 0,303$; $p=0,000$) e com o EADS ($r = 0,301$; $p=0,000$) e não significativamente com o PANAS ($r = 0,089$; $p = 0,152$) e com o Questionário de Metacognição ($r = 0,117$; $p = 0,073$). A correlação do grupo 3 (mal-estar) com o PSQW e com O EADS revelou-se no entanto, baixa.

As escalas que compõem o EADS, depressão ($r = 0,220$; $p = 0,000$), ansiedade ($r = 0,272$; $p = 0,000$) e stress ($r = 0,300$; $p = 0,000$), apresentaram correlações fracas com o grupo 3 (mal-estar).

4.2.4 Grupo 4 – Intrusões de conteúdos relacionados com saúde.**a) Escala de frequência****1. Análise da validade do constructo**

Os testes mostraram adequação para proceder com a análise fatorial, obtendo-se no teste de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) um índice de 0,886, e na prova de esfericidade de Barlett valores significativos ($\chi^2=1363,956$; $p=0,000$).

Obteve-se um fator com auto-valor superior à unidade, que explicou 45,281% da variância.

Este fator agrupou os dez itens que compõe o questionário e se relacionam com intrusões relativas à saúde.

A partir da observação do *scree plot* e da análise paralela de Horn, foi retido um único fator com um auto-valor superior à unidade que explicou 44,409% da variância.

Todos os itens saturaram significativamente neste fator (Tabela 22).

Tabela 22.

Saturação dos itens do Grupo 4 (solução forçada a um fator) – frequência.

Item	Fator 1
1. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais, cemitérios...	0,605
2. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais, cemitérios...	0,616
3. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais, cemitérios...	0,493
4. Quando leio, oiço ou vejo alguma informação acerca de uma doença (por ex., na...	0,717
5. Quando sinto algum incômodo no meu corpo, por pequena que seja (por ex. uma...	0,810
6. Sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais tais como: “tenho uma doença...	0,784
7. Sem nenhum motivo especial, vêm-me à cabeça pensamentos como “posso morrer...	0,724
8. Quando algum ente querido sente algum incômodo no seu corpo, por pequeno que...	0,721
9. Perante qualquer sintoma físico (por ex., uma dor de cabeça prolongada, pressão no...	0,549
10. Quando estou à espera do resultado de uma prova médica ou quando o médico me diz..	0,566

2. Análise da fiabilidade

O alfa de *Cronbach* obtido para esta escala foi de 0,88 o que revela uma boa consistência interna. Caso se eliminasse algum dos itens, o alfa da escala total manter-se-ia, ou pioraria (tabela 23).

Tabela 23.

Valor de alfa do Grupo 4 em caso de eliminação dos itens- frequência.

Item	Correlação item- total corrigida	Alfa se se elimina o item
1. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais...	0,585	0,876
2. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais...	0,602	0,874
3. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais...	0,480	0,882
4. Quando leio, oiço ou vejo alguma informação acerca de uma...	0,663	0,870
5. Quando sinto algum incômodo no meu corpo, por pequena que...	0,740	0,864
6. Sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais tais como...	0,715	0,866
7. Sem nenhum motivo especial, vêm-me à cabeça pensamentos...	0,668	0,869
8. Quando algum ente querido sente algum incômodo no seu corpo...	0,674	0,869
9. Perante qualquer sintoma físico (por ex., uma dor de cabeça...	0,506	0,881
10. Quando estou à espera do resultado de uma prova médica ou...	0,534	0,879

3. Análise da validade convergente e discriminante

O grupo 4 (frequência) correlacionou significativamente com todos os instrumentos em estudo: PSQW ($r = 0,371$; $p = 0,000$), EADS ($r = 0,517$; $p = 0,000$), Questionário de Metacognição ($r = 0,221$; $p = 0,000$), PANAS ($r = 0,139$; $p = 0,018$). A correlação com o PSQW, o Questionário de Metacognição e o PANAS revelou-se baixa, enquanto que com o EADS, foi moderada.

No que respeita às escalas do EADS, a escala de depressão ($r = 0,260$; $p = 0,000$) obteve uma correlação fraca. Já as restantes escalas, ansiedade ($r = 0,491$; $p = 0,000$) e stress ($r = 0,490$; $p = 0,000$) obtiveram correlações moderadas com o grupo 4 (frequência).

b) Escala de mal-estar

1. Análise da validade do constructo

Obteve-se um índice de 0,90 no teste de Kaiser-Mayer-Olkin, e significância na prova de esfericidade de Barlett ($\chi^2 = 1284,347$; $p = 0,000$), o que prova a adequação para a realização desta análise.

Obteve-se um fator com auto-valor superior à unidade, responsável por explicar 48,281% da variância.

Este fator agrupou todos os itens que compõe este questionário relativo a intrusões de saúde.

A partir da observação do *scree plot* e da análise paralela de Horn, foi retido um único fator com um auto-valor superior à unidade que explicou 47,647% da variância.

Todos os itens saturaram significativamente neste fator (Tabela 24).

Tabela 24.

Saturação dos itens do grupo 4 (solução forçada a um fator) – mal-estar.

Item	Fator 1
1. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais, cemitérios...	0,673
2. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais, cemitérios...	0,640
3. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais, cemitérios...	0,528
4. Quando leio, oiço ou vejo alguma informação acerca de uma doença (por ex., na...	0,800
5. Quando sinto algum incómodo no meu corpo, por pequena que seja (por ex. uma...	0,796
6. Sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais tais como: “tenho uma doença...	0,758
7. Sem nenhum motivo especial, vêm-me à cabeça pensamentos como “posso morrer...	0,743
8. Quando algum ente querido sente algum incómodo no seu corpo, por pequeno que...	0,703
9. Perante qualquer sintoma físico (por ex., uma dor de cabeça prolongada, pressão no...	0,622

2. Análise da fiabilidade

O valor do alfa de *Cronbach* obtido foi de 0,90 o que é representativo de uma muito boa consistência interna. O valor de alfa não beneficiaria positivamente com a eliminação de nenhum dos itens (tabela 25).

Tabela 25.

Valor de alfa do Grupo 4 em caso de eliminação dos itens- mal-estar.

Item	Correlação item- total corrigida	Alfa se se elimina o item
1. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais...	0,650	0,886
2. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais...	0,618	0,888
3. Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais...	0,504	0,898
4. Quando leio, oiço ou vejo alguma informação acerca de uma...	0,749	0,879
5. Quando sinto algum incómodo no meu corpo, por pequena que...	0,743	0,879
6. Sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais tais como...	0,711	0,881
7. Sem nenhum motivo especial, vêm-me à cabeça pensamentos...	0,698	0,882
8. Quando algum ente querido sente algum incómodo no seu corpo...	0,652	0,885
9. Perante qualquer sintoma físico (por ex., uma dor de cabeça...	0,578	0,890
10. Quando estou à espera do resultado de uma prova médica ou...	0,550	0,892

3. Análise da validade convergente e discriminante

Foram significativas, apesar de fracas, as correlações do grupo 4 (mal-estar) com o PSQW ($r = 0,334$; $p = 0,000$), com o EADS ($r = 0,289$; $p = 0,000$) e com o Questionário de Metacognição ($r = 0,185$; $p = 0,005$). O PANAS ($r = 0,102$; $p = 0,103$) não se mostrou significativamente correlacionado.

As correlações do grupo 4 (mal-estar) com as escalas do EADS, depressão ($r = 0,198$; $p = 0,001$), ansiedade ($r = 0,272$; $p = 0,000$) e stress ($r = 0,299$; $p = 0,000$) mostraram-se fracas.

5. Discussão dos resultados

O presente estudo teve como principal objetivo a adaptação do QUIT à língua portuguesa através da análise das suas propriedades psicométricas.

A análise descritiva revelou uma média de respostas que varia entre 0 e 2, para todos os tipos de intrusões no que respeita à frequência e mal-estar. Este resultado mostra que, a generalidade da amostra, apresenta intrusões com relativa baixa frequência, e que estas não causam mal-estar acentuado. Dado que os pensamentos intrusivos apenas se tornarão obsessivos quando erroneamente avaliados (Julien, O'Connor & Aardema, 2007) e que são menos intensos, duradores, insistentes, angustiantes e permanentes que as obsessões (Rachman e de Silva, 1978), era de esperar, tratando-se de uma amostra não-clínica, que os participantes experimentem as intrusões com pouca frequência e que as mesmas causem pouca interferência no seu bem-estar. É de referir ainda que a presença dos vários tipos de intrusões avaliadas por este instrumento, aplicado numa amostra não-clínica, reforça os resultados obtidos em investigações anteriores acerca da universalidade dos pensamentos intrusivos (e.g., Belloch et al., 2004; Langlois, Ladouceur, Patrick & Freeston, 2004; Berry & Laskey, 2012).

A assimetria foi negativa para todos os itens do questionário, refletindo uma maior variabilidade nas pontuações mais baixas, o que também era esperado tratando-se de uma amostra não clínica.

As quatro escalas de frequência e quatro escalas de mal-estar que compõem o instrumento foram analisadas em termos de validade de constructo, fiabilidade e validade convergente e discriminante.

A AFE das diferentes escalas revelou uma estrutura fatorial unidimensional, confirmada pela análise paralela de Horn. Este resultado faz sentido, uma vez que cada uma destas escalas é composta apenas por intrusões específicas de um determinado tema: *Intrusões de conteúdos relacionados com obsessões e compulsões*, *Intrusões de conteúdos relacionados com o aspeto físico*, *Intrusões de conteúdos relacionados com dieta e exercício físico* e *Intrusões de conteúdos relacionados com saúde*. Na maioria dos casos, todos os itens que compõem as escalas saturaram significativamente neste único fator. A exceção verificou-se na *frequência de intrusões relacionadas com obsessões e compulsões*. Neste caso, os itens 1 (“Ao utilizar um objeto cortante (como uma faca, uma tesoura, etc.) ou uma ferramenta, tive intrusões mentais de ferir ou fazer mal a uma pessoa próxima (um familiar, um amigo/a)”), 2 (“Ao estar num lugar alto (como um precipício, uma ponte ou um edifício alto, etc), tive intrusões mentais de saltar no vazio”) e 3 (“Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais de participar numa atividade sexual que vai contra as minhas preferências sexuais (por ex. homem/mulher, animais, mortos, etc.)”) apresentaram cargas fatoriais

reduzidas, sugerindo que estes itens (essencialmente relacionados com intrusões sexuais, de impulsão/agressão e dúvidas existências) poderiam beneficiar de serem reformulados. É possível que esta baixa carga fatorial se deva ao facto destes três itens não se relacionarem com os restantes. Se analisarmos o conteúdo dos mesmos, podemos observar que estes têm em comum temas de agressão/ferimentos aos outros ou a si mesmo. Embora o item 3 (“Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais de participar numa atividade sexual que vai contra as minhas preferências sexuais (por ex. homem/mulher, animais, mortos, etc.)”), não se possa integrar nestes temas, este aproxima-se mais do item 1 e 2, do que os restantes que dizem respeito por exemplo, a temas de ordem e simetria, verificação e contaminação. Podemos sugerir então que o facto destes 3 itens se relacionarem com conteúdos mais “agressivos” que os restantes, os faz distinguir dos outros e por consequência, obter cargas fatoriais mais baixas.

No que respeita a fiabilidade do instrumento, o alfa de *Cronbach* apresentou valores de consistência interna que variaram de aceitáveis a muito bons. A escala menos fiável foi a *frequência de intrusões relacionadas com obsessões e compulsões*, refletindo as baixas cargas fatoriais dos três primeiros itens da escala. Ponderou-se então a eliminação destes itens, no entanto, a consistência interna desta escala apenas se manteria ou pioraria caso eliminássemos qualquer um dos itens que a compõem.

Uma vez que, segundo Nunnally (1978), um alfa de *Cronbach* com valor acima de 0,70 é considerado como tendo fiabilidade apropriada e o valor mais baixo obtido nas oito escalas foi de 0,78, podemos dizer que o QUIT é uma medida fiável (Maroco & Garcia-Marques, 2013).

A validade discriminante e convergente foi avaliada através da correlação de *Pearson* com o *The Penn State Worry Questionnaire* (PSQW), o *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS), o Questionário de Metacognição, o *Depression Anxiety Stress Scale* (EADS) valor total e as escalas que compõem o EADS (depressão, ansiedade e stress).

O PANAS foi o instrumento que menos se correlacionou com as escalas. Este apenas mostrou correlação (apesar de baixa) com a *frequência de intrusões relacionadas com obsessões e compulsões* e com a *frequência das intrusões mentais relacionadas com a saúde*.

Das oito escalas, o questionário de Metacognição apenas se correlacionou com cinco. Este questionário não obteve correlação com nenhuma das escalas (*frequência e mal-estar*) das *intrusões mentais relacionadas com o aspeto físico*, revelando que o questionário de

metacognição e as *intrusões relacionadas com o aspeto físico*, são instrumentos que medem diferentes constructos.

O questionário de metacognição não revelou também correlação com o *mal-estar das intrusões de conteúdos relacionados com dieta e exercício físico*.

As correlações com as restantes escalas mostraram-se fracas.

O PSQW revelou correlação significativa, mas baixa, com todas as escalas.

O EADS correlacionou-se com todas as escalas, revelando correlações maioritariamente baixas, com exceção da *frequência das intrusões relacionadas com o aspeto físico* e da *frequência das intrusões de conteúdos relacionados com saúde*, em que obteve correlações moderadas ($r = .424$; $r = .517$).

Uma vez que o EADS é composto por três escalas, depressão, ansiedade e stress, achou-se que poderia ser interessante analisar a correlação de cada uma destas escalas individualmente com as escalas que compõem o QUIT.

Tal como aconteceu com o EADS, quando analisado com base no valor total, as três escalas correlacionaram-se significativamente com todas as escalas do QUIT. No entanto, com exceção da *frequência das intrusões relacionadas com obsessões e compulsões* e da *frequência das intrusões de conteúdos relacionados com saúde*, as correlações revelaram-se fracas.

No caso da *frequência das intrusões relacionadas com obsessões e compulsões* a correlação com o stress ($r = 0,413$; $p = 0,000$) revelou-se moderada, refletindo que quanto maior a frequência com que os indivíduos tem intrusões relacionadas com obsessões e compulsões, maior é o stress que estas lhe causam.

A *frequência das intrusões de conteúdos relacionados com saúde* revelou correlação moderada com a ansiedade ($r = 0,491$; $p = 0,000$) e o stress ($r = 0,490$; $p = 0,000$), o que quer dizer que, as intrusões de conteúdos relacionadas com a saúde, causam maior ansiedade e stress aos indivíduos que as experienciam, em comparação com outro tipo de intrusões, como as relacionadas a dieta ou aspeto físico.

Estas correlações significativas do QUIT com a maioria dos instrumentos em estudo, vai de encontro ao que está descrito na literatura. Como referido anteriormente, o fenómeno das intrusões está relacionada com diferentes constructos.

Sendo a preocupação um destes fenômenos, era esperado, tal como aconteceu que o PSQW revela-se correlação significativa com as diferentes escalas, uma vez que as intrusões podem levar a episódios prolongados de preocupação, que por sua vez, dão origem a mais intrusões (Hirsch e Mathews, 2012),

O questionário de metacognição revelou-se significativamente correlacionado com a *frequência e mal-estar das intrusões de conteúdos relacionados com obsessões e compulsões*, com a *frequência das intrusões mentais relacionadas com dieta e exercício físico* e com a *frequência e mal-estar das intrusões relacionadas com a saúde*, revelando que quanto maior a frequência ou mal-estar provocado pelas intrusões, mais os indivíduos usam crenças cognitivas errôneas para interpretar intrusões (Meyers & Wells, 2013), especialmente as relacionadas com obsessões e compulsões, dieta e exercício físico e doença.

O EADS correlacionou-se significativamente com todas as escalas, o que seria de esperar, uma vez que as intrusões são frequentemente relacionadas com sintomas depressivos (Haltori & Kawaguchi, 2013), e a ansiedade funciona muitas vezes como fator de manutenção das intrusões (Ehlers & Steil, 1995).

Dito isto, podemos dizer que o QUIT mostrou boa validade discriminante, ao obter maioritariamente correlações fracas com os diferentes instrumentos em estudo. Estas correlações fracas são até certo ponto esperadas, uma vez que os instrumentos em estudo avaliam constructos (preocupação, metacognição, ansiedade, depressão), que como referido anteriormente, estão relacionados com as diferentes intrusões. Este tipo de resultado mostramos, que o QUIT e os instrumentos em estudo, medem efetivamente, diferentes constructos, mas que estão relacionados.

Em algumas escalas, como é o caso da *frequência das intrusões de conteúdos relacionados com obsessões e compulsões* e da *frequência das intrusões de conteúdos relacionados com a saúde*, a correlação com o EADS mostrou-se moderada. Apesar disto, não nos parece que este fator afete a validade discriminante do instrumento, uma vez que não é um acontecimento isolado no que respeita a correlações entre instrumentos que medem depressão e ansiedade e instrumentos que medem intrusões e obsessões.

O mesmo se verificou com instrumentos como o Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS; W.K. Goodman et al., 1989; Goodman, Price, Rasmussen, & Mazure, 1989), que obteve correlações altas com medidas de depressão e ansiedade generalizada (Taylor, 1995) e com o Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al., 2002), que obteve

correlações moderadas com medidas de depressão (Foa et al., 2002). Alguns autores defendem que este tipo de resultados reflete os grandes níveis de comorbilidade entre a POC, a depressão e as perturbações da ansiedade (Samuels & Nestadt, 1997; Foa et al., 2002).

Podemos então verificar que as 4 escalas de frequência e quatro de mal-estar que compõem o QUIT, apresentaram uma estrutura unidimensional, uma adequada fiabilidade e validade discriminante. Estes fatores consolidam o QUIT como uma alternativa viável para medir intrusões na população não-clínica.

Este instrumento traz de novo uma diferente abrangência dos tipos de intrusões/obsessões. Ao contrário de instrumentos como o ROII ou do Y-BOCS que avaliam apenas os temas intrusivos associados à POC (García-Soriano, Belloch, Morillo & Clark, 2011), o QUIT avalia não só as intrusões obsessivo-compulsivas, como as hipocondríacas, dismórficas e alimentares, tornando-se uma melhor opção quando o objetivo é avaliar vários temas de intrusões.

6. Conclusão

Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que a adaptação do instrumento QUIT para a língua portuguesa, possui adequadas qualidades psicométricas.

No que respeita à validade do constructo, cada uma das escalas que compõe o QUIT, revelou uma estrutura unifactorial. No grupo 1 (frequência), os itens 1,2 e 3 apresentaram saturações fatoriais baixas pelo que consideramos que poderia ser conveniente que fossem reformulados.

A análise da fiabilidade das diferentes escalas variou entre 0,789 e 0,923, o que significa que a consistência interna variou entre aceitável a muito boa. A escala mais fiável foi a de *mal-estar das intrusões de conteúdos relacionados com dieta e exercício físico*, e a menos fiável a de *frequência de intrusões relacionadas com obsessões e compulsões*.

O instrumento mostrou ainda boa validade discriminante, pois a correlação com o PSQW, PANAS, EADS e Questionário de Metacognição foi maioritariamente fraca.

Com o objetivo de aprimorar as características psicométricas do QUIT, sugere-se que em estudos futuros sejam introduzidos instrumentos que permitam a análise da validade convergente do instrumento.

Seria ainda interessante aplicar o instrumento numa população clínica, para verificar se existem diferenças na forma como este se comporta.

Podemos concluir que a versão portuguesa do QUIT parece ser uma medida fiável e válida para avaliar os diferentes tipos de intrusões (obsessivas/compulsivas, dismórficas, hipocondríacas, alimentares), assim como o impacto emocional causado pelas mesmas, na população geral portuguesa.

7. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth edition). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- Clark, D. A., & Radomsky, A. S. (2014). Introduction: A global perspective on unwanted intrusive thoughts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 265-268.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2007). *Statistics without maths for psychology*. Pearson Education.
- Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217–249.
- Erskine, J. A., Kvavilashvili, L., & Kornbrot, D. E. (2007). The predictors of thought suppression in young and old adults: Effects of rumination, anxiety, and other variables. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 1047-1057.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*, 14(4), 485.
- García-Soriano, G., Roncero, M., Perpiñá, C., & Belloch, A. (2014). Intrusive Thoughts in Obsessive–Compulsive Disorder and Eating Disorder Patients: A Differential Analysis. *European Eating Disorders Review*, 22(3), 191-199.
- Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K. L., Keeley, M. L., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2008). Assessment of obsessive–compulsive disorder: a review. *Journal of anxiety disorders*, 22(1), 1-17.
- Horn, J.L., 1965. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika* 30, 179–185.
- Jones, C., Harris, G., & Leung, N. (2005). Core beliefs and eating disorder recovery. *European Eating Disorders Review*, 13(4), 237-244.
- Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: Study 1. *Behaviour research and therapy*, 38(2), 157-173.
- Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ (2006) FACTOR: a computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behav Res Methods* 38(1):88–91
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2013). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.

- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive–compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clinical psychology review*, *24*(3), 283-313.
- NESTADT, G., & SAMUELS, J. (1997). Epidemiology and genetics of obsessive-compulsive disorder. *International Review of Psychiatry*, *9*(1), 61-72.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2003). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(8), 863-878.
- Perpina, C., Roncero, M., Belloch, A., & Sánchez-Reales, S. (2011). EATING-RELATED INTRUSIVE THOUGHTS INVENTORY: EXPLORING THE DIMENSIONALITY OF EATING DISORDER SYMPTOMS 1, 2. *Psychological reports*, *109*(1), 108-126.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck Jr., P.E., Pope Jr., H.G., & Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, *150*,302–308.
- Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., & Garcia-Soriano, G. (2014). Part 1—You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *3*(3), 269-279.
- Ritter, V., & Stangier, U. (2016). Seeing in the Mind's eye: Imagery rescripting for patients with body dysmorphic disorder. A single case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *50*, 187-195.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., ... & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, *38*(4), 347-372.
- Saxena S, Winograd A, Dunkin JJ, Maidment K, Rosen R, Vapnik T, et al. A retrospective review of clinical characteristics and treatment response in body dysmorphic disorder versus obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; *62*:67-72.
- Serpell, L., Livingstone, A., Neiderman, M., & Lask, B. (2002). Anorexia nervosa: Obsessive–compulsive disorder, obsessive–compulsive personality disorder, or neither?. *Clinical Psychology Review*, *22*(5), 647-669.
- Solem, S., Borgejordet, S., Haseth, S., Hansen, B., Håland, Å., & Bailey, R. (2015). Symptoms of health anxiety in obsessive–compulsive disorder: Relationship with treatment outcome and metacognition. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *5*, 76-81.
- Tabachnick, G.G., & Fidell, L.S. (2007). *Experimental designs using ANOVA*. Belmont, CA: Duxbury.
- Taylor, S. (1995). Assessment of obsessions and compulsions: Reliability, validity, and sensitivity to treatment effects. *Clinical Psychology Review*, *15*(4), 261-296.
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods*, *16*, 209-220.
- Tordera, C. P., Roncero, M., & Belloch, A. (2008). Intrusiones sobre trastornos alimentarios en población general: desarrollo y validación del Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios (INPIAS). *Revista de psicopatología y psicología clínica*, *13*(3), 187-203.

Anexos

Anexo I

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente recolha de dados insere-se no âmbito de um projeto de investigação internacional no qual se integra um grupo de docentes de Psicologia Clínica da Universidade do Algarve. O objetivo desse projeto consiste em caracterizar o modo como os pensamentos desagradáveis afetam a vida das pessoas.

A sua colaboração é muito importante. A participação implica o preenchimento de um conjunto de questionários para recolher informação sobre os seus pensamentos desagradáveis, o modo como lida com os mesmos e sobre as suas emoções.

O preenchimento dos questionários não lhe tomará mais do que quarenta minutos.

Ao responder aos questionários não lhe é solicitado que se identifique. Além disso, é importante que tome conhecimento que os dados que nos fornece serão utilizados apenas para investigação. Para obter um maior anonimato e confidencialidade, poderá colocar os questionários preenchidos dentro do envelope que lhe foi entregue, fechar o envelope e rubricar por cima da zona onde o fechou.

Caso tenha dúvidas relacionadas com a sua participação nesta investigação pode contactar-nos através do email GICT.Ualg@gmail.com

Agradecemos, desde já, a sua atenção.

Grupo de investigação sobre Construtos Transdiagnósticos em Psicologia Clínica

Anexo II

Questionário de dados sociodemográficos

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Data de Nascimento _____

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Idade: _____ anos

4. Naturalidade (Concelho): _____

4. Estado Civil: Solteiro/a Casado/a; Unido/a de facto Divorciado/a Viúvo/a

5. Profissão: _____

6. Nível Socioeconómico: Baixo Médio-Baixo Médio Médio-Alto Alto

7. Escolaridade: 1.º Ciclo 2.º Ciclo 3.º Ciclo Secundário Superior

8. Sofre de alguma doença pela qual tenha precisado de atenção médica especializada?

Não Sim Qual? _____

9. Já lhe foi diagnosticado algum problema psicológico?

Não Sim Qual? _____

Anexo III

The Penn State Worry Questionnaire (PSQW)

QUESTIONÁRIO DE PREOCUPAÇÃO DE PENSILVÂNIA (PSWQ)²

A seguir encontrará uma lista de 16 enunciados acerca das formas de sentir que têm as pessoas. Leia atentamente cada um deles e, aplicando-o a si mesmo, responda fazendo um círculo à volta do número que melhor se ajuste à sua forma de sentir habitual. Tenha em conta que existe um intervalo possível de resposta que oscila entre 1 e 5, isto é:

1	2	3	4	5
Não é nada característico em mim				É muito característico em mim

Assim, por exemplo, se considera que o que diz um enunciado não é nada característico em si, deverá fazer um círculo à volta do número **1**; mas se considera que é pouco característico, deve marcar o número **2**; se considera que é relativamente característico em si deverá marcar o número **3**; se é bastante característico em si marque o número **4**; finalmente, se for muito caraterístico em si, marque o número **5**. Não pense demasiado em cada enunciado. Responda ao que acredite, à primeira vista, que o define melhor.

1. Quando não disponho de tempo suficiente para fazer tudo o que tenho de fazer, não me preocupo com isso.	1	2	3	4	5
2. Afligem-me as minhas preocupações.	1	2	3	4	5
3. Não costumo preocupar-me com as coisas.	1	2	3	4	5
4. São muitas as circunstâncias que fazem com que me sinta preocupado/a.	1	2	3	4	5
5. Sei que não deveria estar preocupado com as coisas, mas não posso fazer nada para evitá-lo.	1	2	3	4	5
6. Quando estou sob estados de tensão tendo a preocupar-me muitíssimo.	1	2	3	4	5
7. Estou sempre preocupado/a por algo.	1	2	3	4	5
8. É-me fácil eliminar os meus pensamentos de preocupação.	1	2	3	4	5
9. Assim que acabo uma tarefa, começo logo a preocupar-me com alguma outra coisa que tenho de fazer.	1	2	3	4	5
10. Não costumo estar preocupado/a.	1	2	3	4	5
11. Quando não posso fazer mais nada acerca de algum assunto, não volto a preocupar-me com ele.	1	2	3	4	5
12. Toda a minha vida fui uma pessoa muito preocupada.	1	2	3	4	5
13. Sou consciente de que me tenho preocupado excessivamente pelas coisas.	1	2	3	4	5
14. Uma vez que começam as minhas preocupações não posso detê-las.	1	2	3	4	5
15. Estou preocupado/a constantemente.	1	2	3	4	5
16. Quando tenho algum projeto não deixo de me preocupar até o ter realizado.	1	2	3	4	5

² *The Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990). Adaptado ao português por Jiménez-Ros, A. (2011). Universidade do Algarve (Portugal). Informação: aros@ualg.pt

Anexo IV

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

ESCALA DE AFECTOS POSITIVOS E AFECTOS NEGATIVOS (PANAS)⁴

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções, durante a última semana, incluindo o dia de hoje.

1	2	3	4	5
Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Interessado | <input type="checkbox"/> Orgulhoso |
| <input type="checkbox"/> Perturbado | <input type="checkbox"/> Irritado |
| <input type="checkbox"/> Excitado | <input type="checkbox"/> Encantado |
| <input type="checkbox"/> Atormentado | <input type="checkbox"/> Remorsos |
| <input type="checkbox"/> Agradavelmente surpreendido | <input type="checkbox"/> Inspirado |
| <input type="checkbox"/> Culpado | <input type="checkbox"/> Nervoso |
| <input type="checkbox"/> Assustado | <input type="checkbox"/> Determinado |
| <input type="checkbox"/> Caloroso | <input type="checkbox"/> Trémulo |
| <input type="checkbox"/> Repulsa | <input type="checkbox"/> Activo |
| <input type="checkbox"/> Entusiasmado | <input type="checkbox"/> Amedrontado |

⁴ *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Adaptado ao português por Galinha e Ribeiro (2005).

Anexo V

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

EADS³

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

A classificação é a seguinte:

0	1	2	3
Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim de muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

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

³ *Depression Anxiety Stress Scale (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995). Adaptado ao português por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004.*

Anexo VI

Questionário de Metacognição

QUESTIONÁRIO DE METACOGNIÇÃO⁵

A seguir apresentamos-lhe um conjunto de afirmações e/ou atividades. Leia-as com atenção e responda em que medida o caracterizam ou com que frequência faz as coisas indicadas.

0	1	2	3	4
Nada de acordo. Nunca o faço				Totalmente de acordo. Faço-o sempre

1	Quando estou a ler, paro, de vez em quando, para ver se estou a entender bem.	0	1	2	3	4
2	Antes de iniciar uma tarefa ou atividade importante, estabeleço objetivos específicos.	0	1	2	3	4
3	Quando termino algo, sei como me correu.	0	1	2	3	4
4	Sou bom a organizar informação.	0	1	2	3	4
5	Confio pouco na minha memória para fazer as coisas.	0	1	2	3	4
6	Presto muita atenção ao modo como funciona a minha mente.	0	1	2	3	4
7	Quando tenho que resolver algo ou tomar uma decisão, penso nas diferentes possibilidades para escolher a melhor.	0	1	2	3	4
8	Quando leio, vejo um filme, estudo, trabalho, etc., apercebo-me se compreendo, ou não, as coisas.	0	1	2	3	4
9	Às vezes, pergunto-me se estou a cumprir as metas a que me proponho.	0	1	2	3	4
10	Apercebo-me de como trabalha a minha mente quando estou a pensar num problema.	0	1	2	3	4
11	Às vezes, a minha memória pode confundir-me.	0	1	2	3	4
12	Quando realizo uma tarefa ou atividade, tenho claro o tipo de informação que me convém ter em conta.	0	1	2	3	4
13	Quando resolvo um problema, pergunto-me se tive em conta todas as opções.	0	1	2	3	4
14	Se pensasse que houve algo que não fiz, duvidaria da minha memória para recordar-me das coisas que devo fazer.	0	1	2	3	4
15	Quando termino uma tarefa pergunto-me até que ponto consegui atingir os objetivos que tinha quando a comecei.	0	1	2	3	4
16	Normalmente, apercebo-me das coisas em que estou a pensar.	0	1	2	3	4
17	Quando aprendo algo novo, pergunto-me se estou, ou não, a compreender bem.	0	1	2	3	4
18	Quando estou a realizar uma tarefa ou atividade organizo o tempo para a poder terminar.	0	1	2	3	4
19	Não confio na minha memória.	0	1	2	3	4
20	Apercebo-me das estratégias que utilizo quando resolvo um problema.	0	1	2	3	4
21	Quando termino uma tarefa ou atividade, pergunto-me se havia uma maneira mais fácil de a fazer.	0	1	2	3	4
22	É-me difícil perceber se fiz algo ou se apenas imaginei que o fiz.	0	1	2	3	4
23	Antes de começar a fazer algo, penso no que preciso para o fazer.	0	1	2	3	4

⁵ *Cuestionário de Metacognición*. Edición experimental. A. Belloch y M. Giraldo. Universitat de València (España). Em processo de adaptação ao português pelo Grupo de Investigação sobre Construtos Transdiagnósticos em Psicologia Clínica da Universidade do Algarve. Informação: GICT.Ualg@gmail.com

0	1	2	3	4
Nada de acordo. Nunca o faço				Totalmente de acordo. Faço-o sempre

24	Tenho pouca confiança na minha memória para palavras e nomes.	0	1	2	3	4
25	Estou constantemente a analisar os meus pensamentos.	0	1	2	3	4
26	Penso em várias maneiras de resolver um problema antes de o enfrentar.	0	1	2	3	4
27	Antes de começar a fazer algo, informo-me do que tenho que fazer.	0	1	2	3	4
28	Penso demasiado sobre os meus pensamentos.	0	1	2	3	4
29	Sou bom a lembrar-me das coisas.	0	1	2	3	4
30	Tenho pouca confiança na minha memória para lugares.	0	1	2	3	4
31	Tenho consciência dos pontos fortes e fracos da minha inteligência.	0	1	2	3	4
32	Estou ciente dos meus pensamentos.	0	1	2	3	4
33	Quando não consigo compreender algo, tento encará-lo de outro ponto de vista.	0	1	2	3	4
34	Tenho má memória.	0	1	2	3	4

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE NÃO DEIXOU NENHUMA QUESTÃO POR RESPONDER.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo VII

Questionnaire of Intrusive Thought (QUIT)

QUESTIONÁRIO DE PENSAMENTOS INTRUSIVOS DESAGRADÁVEIS (QUIPDES)¹

Este questionário apresenta uma lista de pensamentos incómodos ou desagradáveis que a maioria das pessoas alguma vez já teve.

Estes pensamentos **APARECEM, DE REPENTE, NA NOSSA MENTE** contra a nossa vontade, e **INTERROMPEM** o que estamos a fazer ou a pensar nesse momento. Em muitas situações pode ser **DIFÍCIL CONTROLÁ-LOS**, ou seja, afasta-los da cabeça, pará-los, ou impedir que apareçam, por muito que nos esforcemos ou que tentemos.

Além disso, são **INCÓMODOS, DESAGRADÁVEIS** e, em algumas situações, até **INACEITÁVEIS**.

Este tipo de pensamentos denominam-se “**INTRUSÕES MENTAIS**” e podem aparecer na nossa mente de uma ou mais das seguintes formas:

1. Como **IMAGENS**, ou seja, como fotografias que de repente aparecem na nossa mente
2. Como um **IMPULSO** ou **NECESSIDADE IMPERIOSA E URGENTE** de fazer ou dizer algo
3. Como uma **SENSAÇÃO** física desagradável
4. Ou, simplesmente como **PENSAMENTOS** sobre algo.

Nas páginas seguintes encontrará **QUATRO** conjuntos de intrusões mentais relacionadas com diferentes conteúdos, iremos pedir-lhe que indique:

- 1) **COM QUE FREQUÊNCIA** tem cada uma das intrusões mentais desagradáveis
- 2) **QUANTO MAL-ESTAR** lhe provoca cada uma das intrusões mentais no momento em que surgem

Depois iremos pedir-lhe que responda a algumas perguntas relacionadas com a intrusão que considere que mais o incomoda em cada grupo. Não pense demasiado. Não há respostas boas ou más, nem certas ou erradas. Por favor, **responda com a máxima sinceridade**.

¹ *Inventario de Pensamientos Intrusivos Desagradables* (INPIDES). Versión Experimental. Grupo I'TOC. www.itoc.info. Universidad de Valencia (España). Em processo de adaptação ao português pelo Grupo de Investigação sobre Construtos Transdiagnósticos em Psicologia Clínica da Universidade do Algarve. Informação: GICT.Ualg@gmail.com

GRUPO 1. INTRUSÕES MENTAIS RELACIONADAS COM CONTEÚDOS DESAGRADÁVEIS

Indica a **frequência** (coluna à esquerda) e o **mal-estar** (coluna à direita) para cada uma das intrusões da lista. Utiliza estas escalas de resposta.

Escala de resposta para a FREQUÊNCIA

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA: "Nunca tive esta intrusão mental"	RARAMENTE: "Tive esta intrusão uma ou duas vezes em toda a minha vida"	OCASIONALMENTE: "Tive esta intrusão algumas vezes por ano"	ÀS VEZES: "Tenho esta intrusão uma ou duas vezes por mês"	FREQUENTEMENTE: "Tenho esta intrusão uma ou duas vezes por semana"	MUITO FREQUENTEMENTE: "Tenho esta intrusão diariamente"	SEMPRE: "Tenho esta intrusão frequentemente, durante todo o dia"

Escala de resposta para o MAL-ESTAR

0	1	2	3	4
Não é nada incómodo	É algo incómodo	É incómodo	É muito incómodo	É extremamente incómodo

FREQUÊNCIA (0 – 6)	Nº	CONTEÚDO DA INTRUSÃO	MAL-ESTAR (0-4)
	1	Ao utilizar um objeto cortante (como uma faca, uma tesoura, etc.) ou uma ferramenta, tive intrusões mentais de ferir ou fazer mal a uma pessoa próxima (um familiar, um amigo/a).	
	2	Ao estar num lugar alto (como um precipício, uma ponte ou um edifício alto, etc.), tive intrusões mentais de saltar no vazio.	
	3	Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais de participar numa atividade sexual que vai contra as minhas preferências sexuais (por ex. homem/mulher, animais, mortos, etc.).	
	4	Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais sobre dúvidas existenciais sem sentido (por ex., sobre eu mesmo/a, os meus sentimentos, a vida, o mundo, etc.).	
	5	Embora saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de me ter sujado ou contaminado por ter tido contacto, ainda que fosse muito leve, com secreções corporais (suor, saliva, urina, fezes, etc.).	
	6	Ao estar num lugar público, tive intrusões mentais de me ter contaminado ou poder contrair uma doença por tocar em algo que tenha sido tocado por desconhecidos (por ex. as maçanetas das portas, a tampa da sanita, dinheiro, um telefone público, etc.).	
	7	Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste tipo: deixei algo aceso em casa (por ex., o lume da cozinha, o aquecimento, o gás, o forno, as luzes, um cigarro, etc.).	
	8	Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste tipo: "esqueci-me de algo importante?"	
	9	Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.) pareça organizado, tive intrusões mentais de que determinados objetos (por ex., móveis, roupa, CDs, etc.) não estavam corretamente ordenados ou não seguiam uma determinada ordem (por ex., simetria, cor, etc.).	
	10	Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.) pareça organizado, tive intrusões mentais de que determinadas coisas devem estar no "seu" sítio.	
	11	Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de que certas ações ou situações podem causar futuras desgraças ou azar em geral (por ex., passar por debaixo de uma escada, ver um gato preto, que alguém me dê um mau-olhado, etc.).	
	12	Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de que determinados pensamentos ou imagens podem causar futuras desgraças ou azar em geral (por ex., pensar em algo mau, recordar certa canção, contar números, etc.).	

Versão A

Agora repare, por favor, nas intrusões mentais da **lista anterior QUE TENHA EXPERIMENTADO NOS ÚLTIMOS 3 MESES.**

Decida qual destas intrusões **é a mais INCÓMODA**, a mais DESAGRADÁVEL, ou a que mais o afeta quando a tem.

A intrusão que considero **MAIS INCÓMODA**, de entre as que **tenho experimentado nos últimos três meses**, é o número _____ da lista anterior.

De que forma ou formas normalmente a tem? (Pode assinalar várias respostas):

pensamento imagem impulso sensação física

As seguintes perguntas estão relacionadas com o que experimenta ou faz quando tem a SUA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA.

Utilize esta escala para responder. Indique o grau em que está de acordo ou se aplica a si cada um dos enunciados:

0	1	2	3	4
Nunca / Nada	Quase nunca / Pouco	Às vezes / Algo	Frequentemente / Bastante	Sempre / Muito

QUANDO ME VEM À CABEÇA A MINHA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA:

Assusta-me, põe-me nervoso/a.	0	1	2	3	4
Deixa-me triste.	0	1	2	3	4
Interrompe o que estou a fazer, desconcentra-me.	0	1	2	3	4
Considero inaceitável, vai contra o que desejo ou contra os meus valores e crenças.	0	1	2	3	4
Acredito que se a tenho, significa que é algo importante.	0	1	2	3	4
Acredito que é importante controlá-la e deixar de pensar nisso.	0	1	2	3	4
Acredito que se o penso, é mais provável que aconteça, ou que seja verdade.	0	1	2	3	4
Ignoro o que "me diz" a intrusão.	0	1	2	3	4
Não faço nada, deixo-a ficar.	0	1	2	3	4
Digo para mim próprio "pára, deixa estar".	0	1	2	3	4
Ralho comigo mesmo por ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Começo a fazer coisas (ordenar, comprovar, tocar em coisas ou em mim, lavar, limpar, rezar, contar, etc.) para deixar de ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Procuro informação sobre a intrusão ou peço a outras pessoas PARA ME TRANQUILIZAR OU ME ASSEGURAR QUE A INTRUSÃO NÃO TEM IMPORTÂNCIA ou de que não vai acontecer nada de mal por a ter.	0	1	2	3	4

GRUPO 2: INTRUSÕES MENTAIS RELACIONADAS COM O ASPECTO FÍSICO

Indica a **frequência** (coluna à esquerda) e o **mal-estar** (coluna à direita) para cada uma das intrusões da lista. Utiliza estas escalas de resposta.

Escala de resposta para a FREQUÊNCIA

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA: "Nunca tive esta intrusão mental"	RARAMENTE: "Tive esta intrusão uma ou duas vezes em toda a minha vida"	OCASIONALMENTE: "Tive esta intrusão algumas vezes por ano"	ÀS VEZES: "Tenho esta intrusão uma ou duas vezes por mês"	FREQUENTEMENTE: "Tenho esta intrusão uma ou duas vezes por semana"	MUITO FREQUENTEMENTE: "Tenho esta intrusão diariamente"	SEMPRE: "Tenho esta intrusão frequentemente, durante todo o dia"

Escala de resposta para o MAL-ESTAR

0	1	2	3	4
Não é nada incómodo	É algo incómodo	É incómodo	É muito incómodo	É extremamente incómodo

FREQUÊNCIA (0 – 6)	Nº	CONTEÚDO DA INTRUSÃO	MAL-ESTAR (0-4)
	1	Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o pensamento de que tenho um defeito físico (nariz, boca, cabelo, genitais, pele, músculos, orelhas, etc.) horrível, nojento.	
	2	Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o pensamento de que o meu corpo funciona mal (mau odor, suor, mau hálito, flatulências, cara oleosa, mãos ou cabelo oleoso, etc.).	
	3	Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça a intrusão mental: <i>"Batia em mim próprio/a ou o que fosse preciso para retirar esse defeito"</i> .	
	4	Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/refletida em algum sítio, vem-me à cabeça: <i>"Que se nota muito o defeito que tenho (nariz, orelhas, mãos, suor, aspeto gorduroso, borbulhas, etc.)"</i> .	
	5	Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum sítio, vem-me à cabeça: <i>"Tenho que esconder ou disfarçar os meus defeitos de alguma maneira (maquilhar-me, usar outra roupa, ir à cabeleireira...)"</i> .	
	6	Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum sítio, vem-me à cabeça: <i>"Tenho que procurar alguma solução (cirurgião, dermatologista, etc.) para que me corrija este defeito que me preocupa"</i> .	
	7	Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça o pensamento: <i>"Qualquer um tem melhor aspeto do que eu"</i> .	
	8	Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça: <i>"Estão a aperceber-se que há algo no meu corpo que funciona mal (cheiro mal, suor muito, tenho mau hálito, a minha cara brilha, etc.)"</i> .	
	9	Quando tenho contacto físico com alguém próximo (família, amigos, companheiro/a) vem-me à cabeça a intrusão mental: <i>"Gostaria de lhe perguntar como me vê"</i> .	

Agora repare, por favor, nas intrusões mentais da **lista anterior QUE TENHA EXPERIMENTADO NOS ÚLTIMOS 3 MESES.**

Decida qual destas intrusões **é a mais INCÓMODA**, a mais DESAGRADÁVEL, ou a que mais o afeta quando a tem.

A intrusão que considero **MAIS INCÓMODA**, de entre as que **tenho experimentado nos últimos três meses**, é o número _____ da lista anterior.

De que forma ou formas normalmente a tem? (Pode assinalar várias respostas):

pensamento imagem impulso sensação física

As seguintes perguntas estão relacionadas com o que experimenta ou faz quando tem a SUA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA.

Utilize esta escala para responder. Indique o grau em que está de acordo ou se aplica a si cada um dos enunciados:

0	1	2	3	4
Nunca / Nada	Quase nunca / Pouco	Às vezes / Algo	Frequentemente / Bastante	Sempre / Muito

QUANDO ME VEM À CABEÇA A MINHA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA:

Assusta-me, põe-me nervoso/a.	0	1	2	3	4
Deixa-me triste.	0	1	2	3	4
Interrompe o que estou a fazer, desconcentra-me.	0	1	2	3	4
Considero inaceitável, vai contra o que desejo ou contra os meus valores e crenças.	0	1	2	3	4
Acredito que se a tenho, significa que é algo importante.	0	1	2	3	4
Acredito que é importante controlá-la e deixar de pensar nisso.	0	1	2	3	4
Acredito que se o penso, é mais provável que aconteça, ou que seja verdade.	0	1	2	3	4
Ignoro o que "me diz" a intrusão.	0	1	2	3	4
Não faço nada, deixo-a ficar.	0	1	2	3	4
Digo para mim próprio "pára, deixa estar".	0	1	2	3	4
Ralho comigo mesmo por ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Começo a fazer coisas (ordenar, comprovar, tocar em coisas ou em mim, lavar, limpar, rezar, contar, etc.) para deixar de ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Procuro informação sobre a intrusão ou peço a outras pessoas PARA ME TRANQUILIZAR OU ME ASSEGURAR QUE A INTRUSÃO NÃO TEM IMPORTÂNCIA ou de que não vai acontecer nada de mal por a ter.	0	1	2	3	4

GRUPO 3. INTRUSÕES MENTAIS RELACIONADAS COM A DIETA E O EXERCÍCIO FÍSICO

Indica a **frequência** (coluna à esquerda) e o **mal-estar** (coluna à direita) para cada uma das intrusões da lista. Utiliza estas escalas de resposta.

Escala de resposta para a FREQUÊNCIA

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA: "Nunca tive esta intrusão mental"	RARAMENTE: "Tive esta intrusão uma ou duas vezes em toda a minha vida"	OCASIONALMENTE: "Tive esta intrusão algumas vezes por ano"	ÀS VEZES: "Tenho esta intrusão uma ou duas vezes por mês"	FREQUENTEMENTE: "Tenho esta intrusão uma ou duas vezes por semana"	MUITO FREQUENTEMENTE: "Tenho esta intrusão diariamente"	SEMPRE: "Tenho esta intrusão frequentemente, durante todo o dia"

Escala de resposta para o MAL-ESTAR

0	1	2	3	4
Não é nada incómodo	É algo incómodo	É incómodo	É muito incómodo	É extremamente incómodo

FREQUÊNCIA (0 - 6)	Nº	CONTEÚDO DA INTRUSÃO	MAL-ESTAR (0 - 4)
	1	Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça o pensamento, ou a imagem, do que como, do que devo e não devo comer.	
	2	Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça: "tenho que fazer exercício".	
	3	Só por ver comida ou estar a comer, de repente tenho o impulso de comer sem parar, até que acabe tudo.	
	4	Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento: "deveria vomitar?"	
	5	Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento ou a imagem de: "não deveria ter comido nada disto".	
	6	Assim que acabo de comer, invade-me o impulso de queimar calorias, fazer exercício.	
	7	Se alguém me olha, ainda que não me diga nada, vem-me à cabeça o pensamento: "engordei".	
	8	Quando me estou a arranjar para sair ou simplesmente quando passo em frente de um espelho ou de um vidro ou quando me peso, de repente surge-me o pensamento ou imagem: "estou gordo/a".	

Agora repare, por favor, nas intrusões mentais da **lista anterior QUE TENHA EXPERIMENTADO NOS ÚLTIMOS 3 MESES.**

Decida qual destas intrusões **é a mais INCÓMODA**, a mais DESAGRADÁVEL, ou a que mais o afeta quando a tem.

A intrusão que considero **MAIS INCÓMODA**, de entre as que **tenho experimentado nos últimos três meses**, é o número _____ da lista anterior.

De que forma ou formas normalmente a tem? (Pode assinalar várias respostas):

 pensamento imagem impulso sensação física

As seguintes perguntas estão relacionadas com o que experimenta ou faz quando tem a SUA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA.

Utilize esta escala para responder. Indique o grau em que está de acordo ou se aplica a si cada um dos enunciados:

0	1	2	3	4
Nunca / Nada	Quase nunca / Pouco	Às vezes / Algo	Frequentemente / Bastante	Sempre / Muito

QUANDO ME VEM À CABEÇA A MINHA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA:

Assusta-me, põe-me nervoso/a.	0	1	2	3	4
Deixa-me triste.	0	1	2	3	4
Interrompe o que estou a fazer, desconcentra-me.	0	1	2	3	4
Considero inaceitável, vai contra o que desejo ou contra os meus valores e crenças.	0	1	2	3	4
Acredito que se a tenho, significa que é algo importante.	0	1	2	3	4
Acredito que é importante controlá-la e deixar de pensar nisso.	0	1	2	3	4
Acredito que se o penso, é mais provável que aconteça, ou que seja verdade.	0	1	2	3	4
Ignoro o que "me diz" a intrusão.	0	1	2	3	4
Não faço nada, deixo-a ficar.	0	1	2	3	4
Digo para mim próprio "pára, deixa estar".	0	1	2	3	4
Ralho comigo mesmo por ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Começo a fazer coisas (ordenar, comprovar, tocar em coisas ou em mim, lavar, limpar, rezar, contar, etc.) para deixar de ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Procuro informação sobre a intrusão ou peço a outras pessoas PARA ME TRANQUILIZAR OU ME ASSEGURAR QUE A INTRUSÃO NÃO TEM IMPORTÂNCIA ou de que não vai acontecer nada de mal por a ter.	0	1	2	3	4

Versão A

GRUPO 4. INTRUSÕES MENTAIS RELACIONADAS COM A SAÚDE

Indica a **frequência** (coluna à esquerda) e o **mal-estar** (coluna à direita) para cada uma das intrusões da lista. Utiliza estas escalas de resposta.

Escala de resposta para a FREQUÊNCIA

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA: "Nunca tive esta intrusão mental"	RARAMENTE: "Tive esta intrusão uma ou duas vezes em toda a minha vida"	OCASIONALMENTE: "Tive esta intrusão algumas vezes por ano"	ÀS VEZES: "Tenho esta intrusão uma ou duas vezes por mês"	FREQUENTEMENTE: "Tenho esta intrusão uma ou duas vezes por semana"	MUITO FREQUENTEMENTE: "Tenho esta intrusão diariamente"	SEMPRE: "Tenho esta intrusão frequentemente, durante todo o dia"

Escala de resposta para o MAL-ESTAR

0	1	2	3	4
Não é nada incómodo	É algo incómodo	É incómodo	É muito incómodo	É extremamente incómodo

FREQUÊNCIA (0 - 6)	Nº	CONTEÚDO DA INTRUSÃO	MAL-ESTAR (0 - 4)
	1	Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais, cemitérios, crematórios, casas mortuárias, etc.), tenho intrusões mentais sobre morrer com sofrimento e dor.	
	2	Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais, cemitérios, crematórios, casas mortuárias, etc.), tenho intrusões mentais sobre o meu próprio funeral.	
	3	Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais, cemitérios, crematórios, casas mortuárias, etc.), tenho intrusões mentais sobre a possibilidade de ser enterrado/a vivo/a.	
	4	Quando leio, oiço ou vejo alguma informação acerca de uma doença (por ex., na internet, numa revista, nas notícias, quando oiço alguém falar de uma doença, etc.) assalta-me o pensamento: "tenho sintomas parecidos".	
	5	Quando sinto algum incómodo no meu corpo, por pequena que seja (por ex. uma picada, uma comichão, cansaço ligeiro, secura na pele, tiques no olho, etc.) vem-me à cabeça a ideia: "estarei a desenvolver algo grave sem saber (por. ex. cancro, SIDA, etc.)?".	
	6	Sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais tais como: "tenho uma doença grave (por. ex. cancro, SIDA, etc.)".	
	7	Sem nenhum motivo especial, vêm-me à cabeça pensamentos como "posso morrer de uma doença grave (por. ex., cancro, SIDA, etc.)".	
	8	Quando algum ente querido sente algum incómodo no seu corpo, por pequeno que seja, invade-me a ideia de que estará a desenvolver uma doença grave.	
	9	Perante qualquer sintoma físico (por ex., uma dor de cabeça prolongada, pressão no peito, uma pequena mancha na pele, etc.) assalta-me o pensamento: "tenho de ir ao médico".	
	10	Quando estou à espera do resultado de uma prova médica ou quando o médico me diz que está tudo bem, tenho intrusões mentais do tipo: "enganaram-se com os resultados".	

Versão A

Agora repare, por favor, nas intrusões mentais da **lista anterior QUE TENHA EXPERIMENTADO NOS ÚLTIMOS 3 MESES.**

Decida qual destas intrusões é a **mais INCÓMODA**, a mais DESAGRADÁVEL, ou a que mais o afeta quando a tem.

A intrusão que considero **MAIS INCÓMODA**, de entre as que **tenho experimentado nos últimos três meses**, é o número _____ da lista anterior.

De que forma ou formas normalmente a tem? (Pode assinalar várias respostas):

pensamento imagem impulso sensação física

As seguintes perguntas estão relacionadas com o que experimenta ou faz quando tem a SUA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA.

Utilize esta escala para responder. Indique o grau em que está de acordo ou se aplica a si cada um dos enunciados:

0	1	2	3	4
Nunca / Nada	Quase nunca / Pouco	Às vezes / Algo	Frequentemente / Bastante	Sempre / Muito

QUANDO ME VEM À CABEÇA A MINHA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA:

Assusta-me, põe-me nervoso/a.	0	1	2	3	4
Deixa-me triste.	0	1	2	3	4
Interrompe o que estou a fazer, desconcentra-me.	0	1	2	3	4
Considero inaceitável, vai contra o que desejo ou contra os meus valores e crenças.	0	1	2	3	4
Acredito que se a tenho, significa que é algo importante.	0	1	2	3	4
Acredito que é importante controlá-la e deixar de pensar nisso.	0	1	2	3	4
Acredito que se o penso, é mais provável que aconteça, ou que seja verdade.	0	1	2	3	4
Ignoro o que "me diz" a intrusão.	0	1	2	3	4
Não faço nada, deixo-a ficar.	0	1	2	3	4
Digo para mim próprio "pára, deixa estar".	0	1	2	3	4
Ralho comigo mesmo por ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Começo a fazer coisas (ordenar, comprovar, tocar em coisas ou em mim, lavar, limpar, rezar, contar, etc.) para deixar de ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Procuro informação sobre a intrusão ou peço a outras pessoas PARA ME TRANQUILIZAR OU ME ASSEGURAR QUE A INTRUSÃO NÃO TEM IMPORTÂNCIA ou de que não vai acontecer nada de mal por a ter.	0	1	2	3	4