Estudo das características psicométricas da versão portuguesa do *Questionário de Metacognições – versão reduzida* e do *Questionário de Meta-preocupação*

Alexandra Dinis¹ & José Pinto Gouveia²

O modelo da Função Executiva Auto-Reguladora (Wells, 2000; Wells & Matthews, 1994; 1996) assenta na premissa de que os processos metacognitivos (que *controlam, corrigem, avaliam e regulam* os pensamentos) são factores importantes no desenvolvimento e manutenção dos distúrbios psicológicos. Neste âmbito, foram desenvolvidos alguns instrumentos de auto-resposta, tal como o *Questionário de Metacognições – versão reduzida* (Wells & Cartwright-Hatton, 2004) e o *Questionário da Meta-Preocupação* (Wells, 2005), que permitem avaliar a ampla gama de metacognições que são relevantes para a compreensão da psicopatologia emocional. Neste estudo examinámos as propriedades psicométricas das versões portuguesas destes dois instrumentos numa amostra constituída por 420 estudantes universitários. Os resultados psicométricos obtidos demonstram que as versões portuguesas dos dois instrumentos apresentam boas características psicométricas, e de que ambas são medidas úteis para avaliar as metacognições, podendo ser usadas por investigadores e clínicos na população portuguesa.

PALAVRAS-CHAVE: Metacognição, Preocupação, Depressão, Ansiedade

1. Introdução

As terapias cognitivas tradicionais dos distúrbios emocionais colocam a ênfase da intervenção terapêutica na modificação do *conteúdo* dos pensamentos negativos, desvalorizando os *processos*, mecanismos cognitivos internos auto-reguladores, que são quem confere aos pensamentos disfuncionais a sua proeminência. Abordagens

1 Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal. Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do Doutoramento da primeira autora, com o apoio da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (SFRH/BD/36211/2007) - alexandra.m.b.dinis@gmail.com

2 Coordenador do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental, Professor Catedrático da da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra..

recentes (e.g. Wells, 2000) sugerem que o terapeuta, para alcançar uma mudança cognitiva eficaz, não se deve reter no conteúdo da cognição, mas sim assentar a sua formulação e intervenção nos processos cognitivos, regras e mecanismos internos que estão subjacentes à existência/ persistência dessas mesmas crenças, pensamentos negativos e interpretações disfuncionais. Foi neste contexto de mudança de paradigma que surgiu o conceito de *metacognição*, introduzido inicialmente para descrever as estruturas e os processos cognitivos que avaliam, monitorizam e controlam o pensamento, tal como as crenças e atitudes que os indivíduos têm acerca das suas cognições_ “cognição acerca da cognição” (e.g. Flavell, 1979) ou o “pensamento acerca do pensamento” (Yussen, 1985). Assim sendo, a metacognição, ou simplesmente, a cognição aplicada à cognição (Wells, 2007), passou a ser definida como o conjunto de “*estruturas psicológicas, conhecimentos, eventos e processos que estão envolvidos no controlo, modificação e interpretação do próprio pensamento*” (Wells & Cartwright-Hatton, 2004, p.386). Amplamente difundido na comunidade científica, este constructo multifacetado, que abarca os conhecimentos (crenças), os processos e as estratégias cognitivas que avaliam, monitorizam, controlam e regulam o pensamento (Flavell, 1979; Moses & Baird, 1999; Papageorgiou & Wells, 2001a; Wells, 2000) tem sido incorporado cada vez mais na formulação dos modelos psicopatológicos (e.g. Clark & Wells, 1995; Morrison, Wells, & Northard, 2000; Papageorgiou & Wells, 2001a).

O *Modelo da Função Executiva Auto - Reguladora* (Self-Regulatory Executive Function - S-REF; Wells, 2000; Wells & Matthews, 1994; 1996) fornece uma conceptualização detalhada dos factores metacognitivos como componentes do processamento de informação que estão envolvidos na vulnerabilidade e manutenção dos distúrbios emocionais (Wells, 2000; Wells & Cartwright-Hatton, 2004; Wells & Matthews, 1994). Este modelo postula a existência de uma inter-relação, causal e recíproca, entre vários componentes da cognição, tais como crenças e planos metacognitivos, controlo atencional, processamento contínuo e auto-regulação. A premissa básica do modelo é a de que os distúrbios psicológicos se mantêm devido à existência de um síndrome cognitivo -atencional (Cognitive-Attentional Syndrome – CAS; Wells, 2000; 2007) que consiste: 1) num estilo de pensamento repetitivo/ perseverante negativo (e.g. ruminação/ preocupação), 2) na atenção auto-focada aumentada e difícil de controlar que se centra na monitorização da ameaça, 3) no evitamento e/ ou supressão do pensamento, 4) na activação de crenças disfuncionais e 5) no uso de estratégias auto -reguladoras (comportamentos de *coping*) que falham em modificar o auto -conhecimento desadaptativo e que aumentam a acessibilidade à informação negativa acerca do Eu (Wells, 2000). Segundo Wells (2000) existem duas variedades do fenómeno metacognitivo que são especialmente relevantes nos distúrbios emocionais: as *estratégias metacognitivas de controlo*, que consistem nas acções aplicadas pelos indivíduos para controlarem o seu sistema

cognitivo e o *conhecimento metacognitivo*, que se refere às crenças e teorias que os indivíduos têm acerca dos seus próprios pensamentos. Segundo o modelo, a activação do síndrome cognitivo-atencional em resposta ao stress/ perturbação emocional depende das crenças metacognitivas individuais que especificam o tipo de processamento a executar, guiam a atenção (monitorização da ameaça), e servem como recurso para controlar e interpretar (através das estratégias de *coping*) os eventos cognitivos tais como os pensamentos indesejáveis (Matthews & Wells, 2004). Do mesmo modo, o SCA somente é desactivado quando o indivíduo conclui que alcançou com sucesso o objectivo de prevenir a ocorrência de uma catástrofe mental ou física (Wells, 2000).

Vários estudos têm vindo a fornecer suporte empírico para a existência de relações direccionais particulares entre certas dimensões da metacognição e a psicopatologia (e.g., Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Wells & Papageorgiou, 1998), incluindo os sintomas de stress traumático (Roussis & Wells, 2006; Wells & Papageorgiou, 1995; Wells & Sembi, 2004), os sintomas obsessivo-compulsivos (Emmelkamp & Aardema, 1999; Fisher & Wells, 2005; Wells & Papageorgiou, 1998), a hipocondria (Bouman & Meijer, 1999), a depressão (Papageorgiou & Wells, 2001a,b; Reynolds & Wells, 1999; Wells & Papageorgiou, 2004), o consumo de álcool (Spada & Wells, 2006), a ansiedade a exames (Matthews, Hillyard & Campbell, 1999; Spada, Nikčević, Moneta & Ireson, 2006), a procrastinação (Spada, Hiou & Nikčević, 2006), a psicose (Morrison & Wells, 2003; Morrison, Wells & Nothard, 2002) e as alucinações auditivas (Baker & Morrison, 1998; Morrison, Wells & Nothard, 2000; Morrison et al. 2005).

Da teoria genérica do S-REF já derivaram diversos modelos teóricos metacognitivos e protocolos de tratamento específicos para vários distúrbios psicológicos (Clark & Wells, 1995; Wells, 2000; 2003; 2007; Wells & Papageorgiou, 2001; Wells & Sembi, 2004). De entre estes, destaca-se o *Modelo Metacognitivo da Perturbação de Ansiedade Generalizada* (Wells, 1995; Wells, 1999; Wells & Carter, 1999) que considera a preocupação repetitiva, generalizada e sentida como incontrolável _ característica distintiva deste quadro clínico _ como resultante da interacção entre as crenças metacognitivas positivas e as crenças metacognitivas negativas que estes doentes apresentam acerca da preocupação (Wells, 1994). As *crenças metacognitivas positivas* acerca da utilidade da preocupação como estratégia de *coping* para antecipar e lidar com a ameaça percebida (e.g. “a preocupação ajuda-me a lidar”; “se me preocupar estarei preparado”) conduzem a que o indivíduo equacione um conjunto de questões de conteúdo catastrófico negativo (tipicamente sob a forma de uma questão “e...se?”) a partir das quais procura gerar potenciais estratégias para lidar com todos os cenários de perigo equacionados (Wells, 2007). A execução da preocupação persiste até que o indivíduo ou alcance o sentimento de que será capaz de lidar com a ameaça antecipada ou de que todos os cenários possíveis foram con-

siderados, e como tal não precisa de continuar a preocupar-se; ou até ser distraído dessa actividade mental (Wells, 2007). Este processo refere-se às *Preocupações de tipo 1*, dado que o conteúdo tende a focar-se nos eventos externos ou internos não cognitivos (e.g. sintomas físicos) (Wells & Carter, 1999). A preocupação, utilizada como estratégia predominante de *coping*, torna-se problemática quando as crenças metacognitivas negativas acerca da preocupação são activadas conduzindo ao uso de estratégias de controlo do pensamento ineficazes (Wells, 2007). Assim, as *crenças metacognitivas negativas* assentam em dois domínios principais, referentes à incontrolabilidade da preocupação (e.g. “*a minha preocupação é incontrolável*”) e às consequências perigosas para o funcionamento físico, social e mental que podem resultar do uso da preocupação (e.g. “*os meus pensamentos de preocupação são perigosos*”) (Wells, 1999; Wells & Cartwright-Hatton, 2004). A *meta-preocupação* ou *preocupação de Tipo 2*, que emerge das crenças metacognitivas negativas acerca da preocupação, e que consiste na avaliação negativa acerca da própria preocupação (preocupação acerca da preocupação), intensifica o sentimento de ameaça e exacerba a resposta ansiosa dificultando a obtenção de um sinal interno que indique ao indivíduo que é seguro parar de se preocupar (Wells, 2007). Diversos estudos demonstram o significado central das crenças metacognitivas negativas e da meta-preocupação na etiologia e manutenção da Perturbação de Ansiedade Generalizada (Wells & Carter, 1999; 2001; Wells, 2005).

Perante a ausência de um instrumento de avaliação quer das metacognições quer da meta-preocupação para a população portuguesa, o presente estudo apresenta três objectivos. Primeiro, traduzir e adaptar para a população portuguesa o Questionário de Metacognições (Wells & Cartwright-Hatton, 2004) e o Questionário de Meta-preocupação (Wells, 2005). O segundo objectivo prende-se com o estudo da estrutura fatorial de ambos os instrumentos. Por último, este estudo propõe-se examinar as características psicométricas das estruturas factoriais obtidas e explorar a validade convergente e divergente dos dois instrumentos de avaliação.

2. Metodologia

2.1. Participantes

Participaram neste estudo 420 estudantes do Ensino Superior, 178 do sexo masculino (42.4%) e 242 do sexo feminino (57.6%), que frequentam diferentes licenciaturas e anos curriculares. Os inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 41 anos ($M = 21.58$, $DP = 2.45$) e o seu número de anos de escolaridade varia entre os 12 e 20 anos ($M = 14.88$, $DP = 0.98$).

2.2. Instrumentos

Questionário de Metacognições – 30 (QMC-30; *Metacognition Questionnaire*; Wells & Cartwright-Hatton, 2004) consiste na versão abreviada do *Metacognition Questionnaire* (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) composto por 65 itens, que foi desenvolvido com o objectivo de avaliar as várias dimensões do pensamento metacognitivo que os autores consideravam relevantes na lógica do modelo teórico do S-REF para a psicopatologia. À semelhança da versão original, o QMC-30 tem como objectivo avaliar as diferenças individuais relativamente às crenças metacognitivas positivas e negativas, aos julgamentos relativos à confiança cognitiva e às tendências de monitorização e atenção selectiva aos eventos mentais (auto -conscienciosidade cognitiva). O questionário é composto por cinco factores conceptualmente distintos que medem diferentes dimensões de metacognição: 1) *crenças positivas* acerca da preocupação (mede a extensão em que a pessoa acredita que o pensamento perseverante é útil; e.g., “*Preocupar-me ajuda-me a lidar com as situações*”), 2) *crenças negativas* acerca da preocupação (avalia a extensão em que o indivíduo acredita que o pensamento perseverante é perigoso e incontrolável; e.g., “*Quando começo a preocupar-me não consigo parar*”), 3) *falta de confiança cognitiva* (avalia a falta de confiança nas habilidades de memória e atencionais, ou seja, quanto mais elevada a pontuação neste factor mais o indivíduo acredita ser provável o fracasso cognitivo, e.g., “*Não confio na minha memória*”), 4) *necessidade de controlo do pensamento* (avalia a extensão em que acredita que certos tipos de pensamentos necessitam de ser suprimidos e.g., “*Não ser capaz de controlar os próprios pensamentos é sinal de fraqueza*”) e 5) *auto -conscienciosidade cognitiva* (mede a tendência para monitorizar e focar a atenção nos próprios processos cognitivos e.g., “*Presto uma grande atenção ao modo como a minha mente funciona*”). Pedem-se aos respondentes que assinalem o seu grau de acordo relativamente a cada uma das afirmações, utilizando uma escala Likert de 4 pontos, que varia entre 1 (“*discordo*”) e 4 (“*concordo muito*”). As sub -escalas da versão original do QMC - 30 apresentam uma boa consistência interna e uma estrutura factorial que é consistente com a da escala original composta por 65 itens (Wells & Cartwright-Hatton, 2004), assim como uma boa validade convergente e uma aceitável consistência teste -reteste (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).

Questionário da Meta -Preocupação (QMP: *Meta -Worry Questionnaire*, Wells, 2005) é um instrumento de auto -resposta composto por sete itens que são avaliados separadamente em duas sub -escalas. Os itens procuram reflectir temas comuns de perigo acerca da preocupação e derivam da análise das transcrições de sessões de tratamento a nove doentes que apresentavam como diagnóstico principal a Perturbação de Ansiedade Generalizada (Wells, 2005). Na primeira sub -escala pede-se ao sujeito que avalie a *frequência* com que ocorre cada meta -preocupação, usando para esse efeito uma escala Likert de 4 pontos, que varia entre 1 (“*nunca*”) a 4 (“*sempre*”). Na segunda sub -escala pede-se que avalie a sua *veracidade*, (i.é,

o grau em que *acredita em cada crença/ item*), no momento da sua ocorrência, num intervalo de 0-100, com os extremos a serem respectivamente “*não acredito neste pensamento*” a “*acredito totalmente neste pensamento*”.

Escala de Respostas Ruminativas - Versão Reduzida (ERR-R: *Ruminative Responses Scale - Shortened Form*; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003; traduzido e adaptado para a população portuguesa por Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte, & Castro, 2011) é composto por 10 itens retirados da Escala de Respostas Ruminativas do *Questionário de Estilos de Resposta* (QER: *Response Styles Questionnaire*; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) que avalia o modo como os indivíduos tendem a responder aos seus sintomas associados à vivência de emoções negativas. A *Escala de Respostas Ruminativas* (ERR), na sua versão original, é composta por 22 itens que descrevem respostas ao humor depressivo que são auto-focadas (e.g., “*Penso: Porque é que reajo sempre deste modo?*”), focadas nos sintomas (e.g., “*Penso acerca do quão difícil é me concentrar*”) e focadas nas possíveis causas e consequências do seu humor (e.g., “*Penso: Não serei capaz de fazer o meu trabalho se não me livrar disto*”) (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000). A escala apresenta uma elevada consistência interna, uma boa estabilidade teste-reteste (Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994) e uma validade convergente e preditiva aceitável (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema et al., 1994). A versão reduzida da escala foi desenvolvida com o intuito de superar as limitações da versão original, que decorrem do facto de alguns itens da escala se assemelharem conceptualmente a itens de medidas de sintomatologia depressiva (e.g. similaridade com os itens do *Beck Depression Inventory*; Beck et al., 1961) (Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema, 2003). A análise factorial da versão reduzida do instrumento identificou dois factores que se relacionam diferencialmente com os sintomas de depressivos. O factor *reflexivo* que avalia o grau em que os indivíduos se envolvem em tentativas activas de procura de compreensão das razões do seu estado de humor negativo e consiste no uso de estratégias cognitivas com o intuito de aliviar os sintomas depressivos (e.g., “*Analiso eventos recentes para tentar compreender porque é que estou deprimido (a)*”) e o factor *cismar* que avalia o grau em que os indivíduos se focam passivamente nas razões da sua perturbação, assumindo uma postura auto-critica, que se centra nas consequências negativas do humor depressivo (e.g., “*Penso: O que é que eu fiz para merecer isto?*”). O carácter mais patológico do factor *cismar* ficou comprovado num estudo que demonstrou que apesar de ambos os factores estarem positiva e significativamente correlacionados com sintomas depressivos e ansiosos, a dimensão *cismar* revelava uma associação mais forte com esses sintomas (Fresco, Frankel, Mennin, Turk, & Heimberg, 2002). Ambas as dimensões apresentam uma adequada consistência interna, com alfas de Cronbach de respectivamente .77 (dimensão *cismar*) e

.72 (dimensão *reflexiva*) (Treyner, Gonzalez & Nolen-Hoeksema, 2003). Neste estudo, encontrámos valores de alfa de Cronbach de .76 para o factor *cismar* e de .74 para o factor *reflexivo*.

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - Versão Reduzida (WHOQOL – Bref; World Health Organization Quality of Life Assessment, versão portuguesa de Vaz Serra et al., 2006). Este instrumento é uma medida multidimensional e multicultural que permite a avaliação subjectiva da qualidade de vida. O questionário é composto por 26 itens, dois itens mais gerais, que avaliam a percepção geral de qualidade de vida e a percepção geral de saúde, e os restantes 24 que se distribuem por 4 domínios: *físico* (e.g., energia e fadiga), *psicológico* (e.g. sentimentos positivos), *relações sociais* (e.g., suporte social) e *ambiente* (e.g. condições do local onde mora). Para cada questão o sujeito deve assinalar o seu grau de concordância usando para o efeito uma escala de Likert de 5 pontos, que varia entre 1 (“*nada*”) e 5 (“*completamente*”). Nesta amostra encontrámos os seguintes valores de alfa de Cronbach: .78 (domínio *físico*), .83 (domínio *psicológico*), .77 (domínio *relações sociais*) e .83 (domínio *ambiente*).

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-42; Depression Anxiety Stress Scales, Lovibond & Lovibond, 1995, adaptação portuguesa de Pais -Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). O EADS é constituído por 42 itens, distribuídos equitativamente por três dimensões, que pretendem avaliar respectivamente os estados afectivos de depressão, ansiedade e stress. Pretende-se que o sujeito avalie a extensão com que experimentou cada sintoma emocional negativo durante a última semana, numa escala de 4 pontos de frequência ou gravidade (0= “*não se aplicou nada a mim*” a 3= “*aplicou-se a mim a maior parte do tempo*”), sendo que pontuações mais elevadas em cada sub-escala correspondem a uma maior intensidade dos estados emocionais negativos avaliados. Na população portuguesa, a estrutura tridimensional foi confirmada, tendo sido obtidos valores de consistência interna, pelo cálculo do alfa de Cronbach de .93, .83 e .88 para as sub-escalas *depressão*, *ansiedade* e *stress* respectivamente. No presente estudo obtiveram-se respectivamente valores de alfa de Cronbach de .93 (sub-escala *depressão*) .87 (sub -escala *ansiedade*) e .92 (sub -escala *stress*).

2.3.Procedimento

O processo de tradução do QMC-30 e o QMP seguiu os passos recomendados para este tipo de estudos. Primeiro, dois psicólogos que dominam a língua inglesa e o modelo teórico a partir do qual as escalas originais foram desenvolvidas fizeram uma tradução independente da escala. Posteriormente, procurou-se encontrar uma

solução de consenso, de modo a que os itens da versão portuguesa abarcassem o melhor possível, o sentido dos itens presentes na escala original, e tendo em conta a sua equivalência lexical, conceptual e gramatical. Posteriormente um especialista em língua inglesa assegurou a sua retroversão. Após obtidas as autorizações dos respectivos Institutos Politécnicos e Instituições Universitárias do Ensino Superior, solicitou-se a participação voluntária dos alunos, para o preenchimento de uma bateria de questionários. Na sua totalidade os participantes foram informados verbalmente, e por escrito, sobre os objectivos do estudo, tendo-lhes sido ainda assegurado o anonimato e garantida a confidencialidade das suas respostas. Os participantes tiveram ainda alguns minutos para esclarecerem dúvidas antes do preenchimento dos questionários.

3. Resultados do estudo de adaptação da versão portuguesa do QMC-30

3.1. Análise Factorial

Para o estudo da estrutura dimensional da escala utilizámos o procedimento seguido pelos autores da versão original, procedendo à realização de análises em Componentes Principais, seguidas de rotação *direct oblimin*. Relativamente à decisão do número de factores a reter na análise, utilizámos o critério de *Kaiser-Guttman*, assim como o *scree test* de Catell. Tanto o critério de *Kaiser-Guttman*, que indica a retenção dos factores que apresentem valores próprios (*eigenvalues*) iguais ou superiores a 1.00 como o *scree test* (que revelou uma clara quebra na curva entre o factor 5 e 6), indicam a retenção de cinco factores, tal como encontrado pelos autores das versões originais do QMC-65 (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) e do QMC-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). A análise em Componentes Principais com rotação *oblimin* revelou a necessidade de eliminar o item 27 (“*Se não fosse capaz de controlar os meus pensamentos não funcionaria.*”) porque este item não apresentava uma carga significativa em nenhum dos factores retidos (saturação inferior a .45), e posteriormente o item 13 (“*Devo ter sempre controlo sobre os meus pensamentos.*”) que apresentava cargas significativas semelhantes em dois factores (com uma diferença inferior a .15).

Procedeu-se novamente ao mesmo cálculo para o qual se salienta que a medida de Kaiser-Meyer-Olkin foi de .909 e o resultado do teste esfericidade de Bartlett de $\chi^2_{(435)} = 5477.269$, $p < .001$, o que nos permitiu prosseguir com a interpretação da análise dimensional. Os resultados da solução factorial da versão portuguesa da escala são apresentados no quadro 1.

Quadro 1. Matriz de saturação dos itens nos cinco factores para solução rodada Direct Oblimin. Comunalidades (h^2) e % da variância explicada por cada factor ($n=420$)

Itens	1	2	3	4	5	h^2
Necessidade de controlo dos pensamentos						
22. Serei castigado (a) por não controlar certos pensamentos.	.76*	-.15	.02	-.08	.08	.59
4. Poderei ficar doente por me preocupar.	.74	.08	-.04	-.03	-.16	.59
15. Preocupar-me pode conduzir-me à loucura.	.70	.10	.10	-.03	-.09	.56
6. Se eu não controlar um pensamento preocupante, e se ocorrer realmente alguma coisa, será por minha culpa.	.61*	-.10	-.02	.19	.09	.49
2. Preocupar-me é perigoso para mim.	.61	.25	.06	.07	-.27	.57
25. É mau ter certos pensamentos.	.57*	-.09	.09	-.01	-.13	.46
20. Não ser capaz de controlar os próprios pensamentos é sinal de fraqueza.	.52*	-.19	.11	.27	.24	.54
Crenças positivas						
23. Preocupar-me ajuda-me a resolver problemas.	-.04	-.80*	.02	.05	.04	.66
19. Preocupar-me ajuda-me a lidar com as situações.	-.02	-.80*	.03	.04	-.01	.68
10. Preocupar-me ajuda-me a organizar o meu pensamento.	-.02	-.79*	-.03	.05	-.09	.67
7. Preciso de me preocupar para permanecer organizado (a).	.05	-.78*	-.04	-.10	-.14	.62
28. Preciso de me preocupar para trabalhar bem (com eficácia).	-.05	-.73*	-.00	.04	-.06	.56
1. Preocupar-me ajuda-me a evitar problemas no futuro.	.05	-.69*	.05	-.02	.09	.48
Confiança Cognitiva						
17. Tenho uma memória fraca.	-.09	.04	.91*	.02	.00	.77
26. Não confio na minha memória.	.02	.09	.85*	-.05	.03	.69
8. Tenho pouca confiança na minha memória para palavras e nomes.	-.05	-.06	.80*	-.02	.05	.61
29. Tenho pouca confiança na minha memória daquilo que fiz.	.11	-.05	.72*	.00	.03	.59
24. Confio pouco na minha memória de lugares.	.15	.03	.68*	.09	.05	.56
14. Por vezes a minha memória prega-me partidas.	-.10	-.06	.65*	-.02	-.23	.50
Auto - conscienciosidade cognitiva						
18. Presto uma grande atenção ao modo como a minha mente funciona.	.02	-.07	.03	.76*	-.05	.65
30. Examinoo constantemente os meus pensamentos.	.25	-.05	.01	.69*	-.06	.71
16. Estou sempre atento (a) ao meu pensamento.	.20	-.08	.07	.67*	-.05	.68
5. Sei como é que a minha cabeça funciona quando estou a pensar num problema.	-.14	.04	-.02	.66*	.10	.38
3. Penso muito sobre os meus próprios pensamentos.	-.10	-.00	-.01	.66*	-.36	.61
12. Vigio os meus pensamentos.	.26	-.09	.05	.58*	-.06	.59
Crenças negativas de incontrolabilidade e perigo						
9. Os meus pensamentos preocupantes persistem, independentemente de tudo aquilo que eu faça para lhes por fim.	.12	-.04	.16	.10	-.67*	.66
11. Não consigo ignorar os meus pensamentos preocupantes.	.06	-.23	.02	.13	-.67*	.67
21. Quando começo a preocupar-me não consigo parar.	.26	-.14	.05	.03	-.55*	.56

A solução encontrada, de cinco factores, explica na totalidade 59.6% da variância, e cada um, respectivamente, 30.1% (necessidade de controlo do pensamento), 11.3% (crenças positivas), 8.5% (confiança cognitiva), 5.6% (auto-conscienciosidade cognitiva) e 4.1% (crenças negativas de incontrolabilidade e perigo). Na solução factorial obtida para a versão portuguesa do instrumento apenas três itens exibem uma carga factorial mais elevada num factor a que teoricamente não pertencem³. Mais concretamente, o item 4 (“*Poderei ficar doente por me preocupar*”), o item 2 (“*Preocupar-me é perigoso para mim*”) e o item 15 (“*Preocupar-me pode conduzir-me à loucura*”) saturam no factor *necessidade de controlo do pensamento*, e teoricamente pertencem ao factor *crenças negativas acerca da preocupação*. Na análise factorial obtida pelos autores da escala original de 30 itens (Wells & Cartwright-Hatton, 2004), o item 6 (“*Se eu não controlar um pensamento preocupante, e se ocorrer realmente alguma coisa, será por minha culpa*”), o item 22 (“*Serei castigado (a) por não controlar certos pensamentos*”) e o item 25 (“*É mau ter certos pensamentos*”), também não saturaram no factor a que teoricamente pertencem (*Necessidade de controlo do pensamento*), com dois desses itens a apresentarem saturações superiores no factor *crenças negativas de incontrolabilidade e perigo*⁴. Já na versão portuguesa estes itens saturam no factor a que teoricamente pertencem. Estes resultados, contudo, colocam a possibilidade de existir uma eventual sobreposição conceptual, ainda que parcial, entre estes dois factores; sendo possível que um indivíduo acredite que é necessário controlar o seu pensamento como tentativa de evitar as consequências negativas que considera advirem do estilo de pensamento perseverante de preocupação. Esta ideia é reforçada pelo valor de correlação de Pearson de magnitude moderada encontrado entre estes dois factores quer na versão portuguesa da escala ($r = .56; p < .001$)⁵, quer na encontrada pelos autores da versão original ($r = .60; p < 0.001$) (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).

Todos os restantes itens saturaram nos factores a que teoricamente pertencem.

3.2. Consistência Interna

No quadro 2 apresentam-se as médias, os desvios-padrão e as correlações item - total de cada item, assim como os valores de consistência interna encontrados

3 As cargas factoriais assinaladas com asterisco no Quadro 1 indicam os itens que saturam no factor a que teoricamente pertencem.

4 De ressalvar que os autores optaram pela manutenção destes 3 itens no factor a que teoricamente pertencem.

5 Na avaliação da magnitude das correlações foi utilizada a convenção de Pestana e Gageiro (2000), os quais sugerem que se considere uma associação muito baixa sempre que o coeficiente de correlação é inferior a .20; baixa entre .20 e .39; moderada entre .40 e .69; alta entre .70 e .89 e muito alta entre .90 e 1.0.

para a escala total e para os cinco factores (que correspondem às cinco dimensões obtidas com a análise em componentes principais) da versão portuguesa do instrumento. A consistência interna do QMC-30 foi examinada através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach. Os resultados indicam uma elevada consistência interna para escala total ($\alpha = .91$) e para as cinco dimensões com valores a variar entre .75 e .87 (quadro 2). Os autores da versão original do QMC-30 encontraram valores semelhantes, com alfas de Cronbach, a variar entre .72 (para a sub-escala *necessidade de controlo do pensamento*) e .93 (para a sub-escala *confiança cognitiva*) (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).

A leitura do quadro 2 permite-nos ainda verificar que todos os itens da escala apresentam correlações item-total superiores a .34, o que aponta para a qualidade e adequação dos itens à medida de cada subescala. Os coeficientes mostram que todos os itens individuais estão associados com a totalidade de cada uma das respectivas sub-escalas, com valores que variam entre .56 e .73 (para a dimensão *crenças positivas*), .57 e .60 (para a dimensão *crenças negativas de incontrolabilidade e perigo*), .56 e .78 (para a dimensão *confiança cognitiva*), .50 e .62 (para a dimensão *necessidade de controlo do pensamento*) e .34 e .77 (para a dimensão *auto-conscienciosidade cognitiva*). Os valores encontrados pelos autores da escala original do QMC-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004) variam entre .77 e .83 (para a dimensão *crenças positivas*), .70 e .82 (para a dimensão *crenças negativas de incontrolabilidade e perigo*), .72 e .87 (para a dimensão *confiança cognitiva*), .30 e .65 (para a dimensão *necessidade de controlo do pensamento*) e .56 e .83 (para a dimensão *auto-conscienciosidade cognitiva*).

Quadro 2. Valores das médias, desvios-padrão, correlações item - total corrigidas e alfas de Cronbach se eliminado o item para cada item da escala de cada uma das dimensões. Valores de alfa de Cronbach de cada uma das dimensões e do total da escala (n=420)

Itens	Média	Desvio-padrão	Correlação item total corrigida	α se eliminado o item
Necessidade de controlo do pensamento $\alpha = .83$				
22. Serei castigado (a) por não controlar certos pensamentos.	1.27	0.64	.60	.80
4. Poderei ficar doente por me preocupar.	1.56	0.82	.62	.80
15. Preocupar-me pode conduzir-me à loucura.	1.44	0.80	.61	.80
6. Se eu não controlar um pensamento preocupante, e se ocorrer realmente alguma coisa, será por minha culpa.	1.52	0.79	.55	.81
2. Preocupar-me é perigoso para mim.	1.56	0.82	.57	.80
25. É mau ter certos pensamentos.	1.79	0.89	.57	.80
20. Não ser capaz de controlar os próprios pensamentos é sinal de fraqueza.	1.54	0.78	.50	.82

Crenças positivas $\alpha = .87$				
23. Preocupar-me ajuda-me a resolver problemas.	2.35	0.84	.71	.84
19. Preocupar-me ajuda-me a lidar com as situações.	2.38	0.89	.73	.84
10. Preocupar-me ajuda-me a organizar o meu pensamento.	2.23	0.87	.73	.84
7. Preciso de me preocupar para permanecer organizado (a).	2.30	0.95	.67	.85
28. Preciso de me preocupar para trabalhar bem (com eficácia).	2.30	0.89	.64	.85
1. Preocupar-me ajuda-me a evitar problemas no futuro.	2.45	0.88	.56	.87
Confiança Cognitiva $\alpha = .86$				
17. Tenho uma memória fraca.	1.74	0.94	.78	.82
26. Não confio na minha memória.	1.50	0.81	.72	.83
8. Tenho pouca confiança na minha memória para palavras e nomes.	1.88	0.99	.66	.84
29. Tenho pouca confiança na minha memória daquilo que fiz.	1.59	0.81	.65	.84
24. Confio pouco na minha memória de lugares.	1.79	0.95	.62	.85
14. Por vezes a minha memória prega-me partidas.	2.32	0.92	.56	.86
Auto-conscienciosidade cognitiva $\alpha = .84$				
18. Presto uma grande atenção ao modo como a minha mente funciona.	2.30	0.90	.68	.81
30. Examino constantemente os meus pensamentos.	1.93	0.92	.74	.79
16. Estou sempre atento (a) ao meu pensamento.	2.04	0.93	.72	.80
5. Sei como é que a minha cabeça funciona quando estou a pensar num problema.	2.78	0.83	.34	.87
3. Penso muito sobre os meus próprios pensamentos.	2.69	0.89	.59	.82
12. Vigio os meus pensamentos.	1.95	0.95	.65	.81
Crenças negativas de incontrolabilidade e perigo $\alpha = .75$				
9. Os meus pensamentos preocupantes persistem, independentemente de tudo aquilo que eu faça para lhes por fim.	1.91	0.89	.60	.66
11. Não consigo ignorar os meus pensamentos preocupantes.	2.39	0.95	.59	.67
21. Quando começo a preocupar-me não consigo parar.	1.85	0.87	.57	.69
α da escala total (28 itens) = .911				

3.3. Diferenças de Género

Para o estudo das diferenças de género, foram comparadas as médias de cada um dos factores, e as médias da pontuação total, ao nível da variável sexo, recorrendo ao uso do teste t de Student para amostras independentes. Os resultados (apresentados no quadro 3) demonstram que apenas numa das dimensões, na *auto-conscienciosidade cognitiva*, se encontram diferenças estatisticamente significativas [$t(418) = 2.06$; $p = .040$], com os homens a apresentarem em média resultados superiores aos das mulheres. Os autores da versão original do QMC-30 não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino, nem para as cinco dimensões, nem para o total da escala (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).

Quadro3: Médias e desvios-padrão de cada subescala e da escala total por sexos. Estudo das diferenças de género (N = 420).

	Estudo das diferenças de género							
	Género Feminino (n=242)		Género Masculino (n=178)		Total (n=420)		t	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Necessidade de controlo do pensamento	1.51	0.55	1.55	0.57	1.53	0.56	0.64	.521
Crenças positivas	2.29	0.72	2.40	0.65	2.34	0.69	1.64	.103
Confiança cognitiva	1.85	0.70	1.73	0.69	1.80	0.70	-1.79	.074
Auto - conscienciosidade cognitiva	2.22	0.67	2.36	0.68	2.28	0.68	2.06	.040
Crenças negativas de incontrolabilidade e perigo	2.11	0.73	1.97	0.74	2.05	0.74	-1.94	.053
Resultado Total	1.97	0.46	1.99	0.49	1.98	0.47	0.44	.661

3.4. Intercorrelações das sub-escalas

Para explorar a associação entre as cinco dimensões do QMC-30 foram calculadas correlações de Pearson. Pela leitura do quadro 4, pode verificar-se que as sub-escalas estão correlacionadas entre si, apresentando magnitudes a variar entre baixas a moderadas. A correlação mais baixa obteve-se entre a dimensão confiança cognitiva e a dimensão crenças positivas acerca da preocupação, e a mais alta obteve-se entre a dimensão crenças negativas de incontrolabilidade e perigo e a dimensão necessidade de controlo do pensamento. As intercorrelações obtidas entre as diferentes dimensões são similares às reportadas pelos autores do QMC-65 (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) e do QMC-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).

Quadro 4. Correlações de Pearson entre as sub-escalas do QMC-30 (n = 420)

Factores	Necessidade de controlo do pensamento	Crenças Positivas	Confiança Cognitiva	Auto-conscienciosidade cognitiva
Crenças Positivas	.28**			
Confiança cognitiva	.42**	.23**		
Auto - conscienciosidade cognitiva	.52**	.44**	.28**	
Crenças negativas de incontrolabilidade e perigo	.56**	.41**	.38**	.53**

**p <.01

3.5. Validade Convergente e Divergente

Estudos da versão original do QMC-30, forneceram suporte para a existência de uma relação forte entre a dimensão *crenças negativas de incontrolabilidade e perigo*, a preocupação patológica e a ansiedade - traço (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Estes resultados são semelhantes aos que já haviam sido encontrados pelos autores da versão original do QMC-65 (Wells & Papageorgeou, 1998), que revelaram a existência de correlações positivas significativas entre as sub-escalas do QMC e medidas de preocupação, sintomas obsessivo-compulsivos e a ansiedade -traço (Cartwright-Hatton & Wells, 1997). De entre as dimensões de metacognição, as *crenças negativas sobre preocupações de incontrolabilidade e perigo*, a *confiança cognitiva* e as *crenças acerca da necessidade de controlar os pensamentos* têm sido frequentemente associadas à psicopatologia. Wells (2000) refere que as crenças negativas acerca da *preocupação de incontrolabilidade e perigo* e a *necessidade de controlo dos pensamentos* possivelmente contribuem para a manutenção de interpretações negativas e persistentes acerca da experiência interna conduzindo a uma escalada de sintomas de depressão e ansiedade. No mesmo sentido, a *confiança cognitiva* tem um papel importante na depressão (Papageorgiou & Wells, 2003) porque possivelmente limita a escolha de estratégias de *coping* eficazes que estão disponíveis para serem utilizadas pelo indivíduo (Spada, Mohiyeddini & Wells, 2008) quando experencia humor negativo. Um outro estudo revelou que a *falta de confiança cognitiva*, (i.é a existência de um baixo nível de confiança cognitiva na ausência de um défice objectivo), pode simultaneamente funcionar como um produto derivado, e um factor que contribui para a depressão (Papageorgiou & Wells, 2003).

Para avaliar a validade convergente e divergente da versão portuguesa do QMC-30 calcularam-se os coeficientes de correlação de Pearson entre as cinco dimensões do questionário e a sintomatologia ansiosa e depressiva, a meta-preocupação, a ruminação e a qualidade de vida. Os resultados, apresentados no quadro 5, demonstram que duas dimensões do QMC- 30, as *crenças negativas sobre preocupações de incontrolabilidade e perigo* e a *necessidade de controlo do pensamento* destacam-se, apresentando correlações positivas moderadas com a sintomatologia ansiosa e a depressiva, avaliada pelas *Escala de Ansiedade Depressão Stress (Depression Anxiety Stress Scales*, Lovibond & Lovibond, 1995, adaptação portuguesa de Pais -Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Estes resultados confirmam associações encontradas previamente entre estas duas dimensões da metacognição e o afecto negativo (ansiedade e depressão) (Spada, Mohiyeddini & Wells, 2008; Wells, 2000). São igualmente estas duas dimensões da metacognição que apresentam correlações positivas significativas mais elevadas com o componente mais patológico da ruminação (dimensão *cismar*) avaliado pela Escala de Respostas Ruminativas – versão reduzida (*Ruminative Responses Scale*: Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema, 2003; tradução e adaptação para a população de Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte, & Castro,

2010) e com a *meta-preocupação* medida pelo Questionário da Meta -Preocupação (QMP: Wells, 2005). Estes resultados corroboram igualmente a premissa central do modelo da *Função Executiva Auto-Reguladora*, que estabelece que as metacognições têm um papel fundamental na manutenção de formas de coping desadaptativas (e.g. padrões de pensamento cíclico, repetitivo e perseverante), como a ruminação e a preocupação (Wells & Matthews, 1994, 1996). Por fim, tal como esperado, são igualmente estas duas dimensões do QMC-30 que apresentam correlações significativas negativas mais elevadas com as diferentes facetas da qualidade de vida avaliadas com o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Versão Reduzida (*World Health Organization Quality of Life Assesment*, versão portuguesa de Vaz Serra et al., 2006).

Quadro 5: Correlações de Pearson entre a sintomatologia ansiosa e depressiva, a ruminação, a meta-preocupação ($n=420$) e a qualidade de vida ($n=281$) com as dimensões do QMC-30

Factores	Necessidade de controlo do pensamento	Crenças positivas	Confiança cognitiva	Auto-consciência cognitiva	Crenças negativas de incontrolabilidade e perigo
EADS (ansiedade)	.49**	.20**	.34**	.29**	.46**
EADS (depressão)	.46**	.19**	.31**	.28**	.48**
ERR (cismar)	.39**	.20**	.23**	.31**	.51**
ERR (reflexivo)	.30**	.19**	.13**	.36**	.31**
WHOQOL (físico)	-.51**	-.26**	-.43**	-.27**	-.47**
WHOQOL (psicológico)	-.47**	-.25**	-.34**	-.26**	-.52**
WHOQOL (social)	-.33**	-.22**	-.30**	-.33**	-.39**
WHOQOL (ambiente)	-.45**	-.19**	-.38**	-.29**	-.41**
QMP (frequência)	.58**	.22**	.25**	.33**	.44**
QMP (crenças)	.46**	.21**	.18**	.27**	.34**

** $p < .01$

3.6. Fidelidade teste-reteste

A versão portuguesa do questionário revelou uma estabilidade temporal alta (quadro 6a e 6b), num intervalo que variou entre 4 a 6 semanas, para o total da escala e para cada uma das sub-escalas. O cálculo das correlações de Pearson, varia entre .69

(dimensão *crenças positivas*) e .79 (dimensão *confiança cognitiva*), o que demonstra que as cinco sub-escalas apresentam uma boa estabilidade temporal. Também o cálculo do teste t para amostras dependentes revelou que somente a sub-escala *necessidade de controlo do pensamento* evidência uma diferença estatisticamente significativa entre o teste e o reteste, apresentando contudo uma correlação moderada entre as duas aplicações. Na versão original do QMC-30, o teste t para amostras dependentes, demonstrou que somente a dimensão *crenças positivas* apresentava uma diferença estatisticamente significativa entre o teste e o reteste (aumentando da primeira para a segunda passagem). Já na versão portuguesa, apesar de se verificar igualmente um aumento das crenças positivas no intervalo temporal entre ambas as aplicações, esta diferença não atinge o limiar de significância estatística. Na versão original do questionário os valores das correlações de Pearson variaram entre .59 (dimensão *crenças negativas de incontrolabilidade e perigo*) e .87 (dimensão *auto-conscienciosidade cognitiva*) (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).

Quadro 6 a: Fidelidade temporal teste-reteste ($n=50$)

factores	necessidade controlo do pensamento	crenças posi- tivas	confiança cog- nitiva	auto -con- scienciosidade cognitiva	crenças negativas	total
teste-reteste (r)	.70**	.69**	.79**	.69**	.70**	.81**

** $p < .01$

Quadro 6 b: Fidelidade temporal teste-reteste ($n=50$)

factores	necessidade controlo do pensamento	crenças posi- tivas	confiança cog- nitiva	auto -con- scienciosidade cognitiva	crenças negativas	total
t	2.12	-1.38	1.56	0.98	0.44	1.11
p	.039	.174	.125	.332	.664	.273

4. Resultados do estudo de adaptação da versão portuguesa do QMP

4.1. Análise Dimensional

A Escala de Meta-preocupação é composta por duas sub-escalas, que pretendem avaliar a *frequência* com que ocorre cada meta-preocupação e a extensão em que

a pessoa acredita na sua *veracidade* no momento em que esta ocorre. Wells (2005) considera que a sub-escala *frequência* se assume como a causa mais directa da Perturbação de Ansiedade Generalizada, dado que representa o número de activações conscientes das crenças negativas, e porque cada ocorrência, está associada a níveis elevados de perturbação emocional e ao recurso a estratégias de *coping* ineficazes.

À semelhança do estudo da versão original do QMP (Wells, 2005), procedeu-se a uma análise em Componentes Principais, separadamente para cada uma das sub-escalas, com o intuito de identificar uma possível estrutura latente. Para averiguar a adequação da amostra a uma análise factorial começámos por utilizar a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), tendo-se obtido um valor de .90 para a sub -escala *frequência* (.87 na versão original; Wells, 2005) e de .91 para a sub -escala *veracidade nas crenças* (.93 na versão original; Wells, 2005). Foram obtidos valores significativos no teste da esfericidade de Bartlett para ambas as sub-escalas ($p < .001$), o que confirma que as variáveis estão inter-correlacionadas e se adequam a uma análise factorial. A análise em componentes principais demonstrou a existência de um único factor (com um *eigenvalue* superior a 1) para a sub-escala *frequência* e de um único factor (com um *eigenvalue* superior a 1) para a sub-escala *veracidade nas crenças*. A dimensão *frequência* explica 61.6% da variância (58.1% na versão original; Wells, 2005) e a dimensão *veracidade nas crenças* explica 70.8% da variância (78.4% na medida original) (Wells, 2005). No quadro 7 apresentam-se os resultados das saturações factoriais e das comunalidades dos itens de cada uma das sub-escalas.

Quadro 7. Cargas factoriais e comunalidades (h²) dos itens das sub-escalas frequência e crenças do QMP (n = 420)

Número do item	Carga Factorial	h ²
Sub -escala Frequência		
7. O meu corpo não aguenta tanta preocupação.	.84	.70
3. Vou ficar doente de tanto me preocupar.	.83	.69
2. A minha preocupação não vai parar de aumentar e eu vou deixar de "funcionar".	.80	.63
6. Estou a deixar de "viver" por causa das minhas preocupações.	.79	.62
5. A minha cabeça não aguenta tanta preocupação.	.79	.62
1. Vou enlouquecer por me preocupar tanto.	.76	.58
4. Esta preocupação é "anormal".	.68	.47
Sub -escala Veracidade nas Crenças		
7. O meu corpo não aguenta tanta preocupação.	.88	.78
3. Vou ficar doente de tanto me preocupar.	.88	.77
5. A minha cabeça não aguenta tanta preocupação.	.85	.72
6. Estou a deixar de "viver" por causa das minhas preocupações.	.85	.71
2. A minha preocupação não vai parar de aumentar e eu vou deixar de "funcionar".	.84	.71
1. Vou enlouquecer por me preocupar tanto.	.82	.67
4. Esta preocupação é "anormal".	.77	.60

4.2. Consistência Interna

A consistência interna do QMP foi examinada através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, tendo-se obtido o valor de .89 para a sub-escala *frequência* (.88 na versão original; Wells, 2005) e .93 para escala *veracidade nas crenças* (.95 na versão original) (Wells, 2005), confirmando-se assim, que na presente amostra, ambas as sub-escalas apresentam uma boa consistência interna. Como se pode observar no quadro 8, todos os itens de ambas as sub-escalas apresentam correlações item -total superiores a .59; tendo sido obtido valores que variam entre .59 (item 4: “Esta preocupação é “anormal”) e .77 (item 7: “O meu corpo não aguenta tanta preocupação”) para a sub-escala *frequência* e que variam entre .70 (item 4: “Esta preocupação é “anormal”) e .84 (item 7: “O meu corpo não aguenta tanta preocupação”) para a sub-escala *veracidade nas crenças*. Os valores encontrados pelos autores da versão original do QMP (Wells, 2005) variam entre .59 e .71, para a sub-escala *frequência* e de .81 e .88 para a sub-escala *veracidade nas crenças*.

Quadro 8. Valores das médias, desvios-padrão, correlações item - total corrigidas e alfas de Cronbach se eliminado o item para cada item das sub-escalas. Valores de alfa de Cronbach de cada uma das sub-escalas ($n=420$)

Número do item	Média	Desvio-padrão	Correlações item - total corrigidas	α de Cronbach se eliminado o item
Sub-escala Frequência				
1. Vou enlouquecer por me preocupar tanto.	1.30	0.58	.66	.88
2. A minha preocupação não vai parar de aumentar e eu vou deixar de “funcionar”.	1.37	0.63	.71	.88
3. Vou ficar doente de tanto me preocupar.	1.36	0.65	.75	.87
4. Esta preocupação é “anormal”.	1.56	0.71	.59	.89
5. A minha cabeça não aguenta tanta preocupação.	1.61	0.73	.70	.88
6. Estou a deixar de “viver” por causa das minhas preocupações.	1.45	0.72	.70	.88
7. O meu corpo não aguenta tanta preocupação.	1.40	0.66	.77	.87
Total	1.44	0.52		
Sub-escala Veracidade nas Crenças				
1. Vou enlouquecer por me preocupar tanto.	9.76	20.27	.75	.92
2. A minha preocupação não vai parar de aumentar e eu vou deixar de “funcionar”.	10.48	20.50	.77	.92
3. Vou ficar doente de tanto me preocupar.	10.47	21.53	.82	.91
4. Esta preocupação é “anormal”.	14.50	22.94	.70	.93
5. A minha cabeça não aguenta tanta preocupação.	15.90	23.36	.79	.92
6. Estou a deixar de “viver” por causa das minhas preocupações.	13.97	24.34	.78	.92
7. O meu corpo não aguenta tanta preocupação.	10.78	20.94	.84	.91
Total	12.27	18.48		

4.3. Diferenças de gênero

No quadro 9 são apresentadas as estatísticas descritivas para homens e mulheres e para o total da amostra. As diferenças de gênero foram testadas usando o teste t de Student para amostras independentes. Os resultados demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas entre o gênero feminino e o gênero masculino para ambas as sub-escalas, *frequência* [$t(418) = -2.04$; $p = .042$] e *veracidade nas crenças* [$t(413,837) = -2.68$ com $p = .008$]. Relativamente a ambas, as mulheres apresentam, em média, um resultado superior ao dos homens. Na versão original da escala não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em ambas as sub-escalas do QMP (Wells, 2005).

Quadro 9: Médias e desvios-padrão de cada sub-escala por sexos. Estudo das diferenças de gênero (n=420)

	Gênero feminino (n=242)		Gênero masculino (n=178)		t	p
	M	DP	M	DP		
Frequência	1.48	0.55	1.37	0.48	-2.04	.042
Crenças	14.26	19.84	9.55	16.12	-2.68	.008

4.4. Validade Convergente e Divergente

O passo seguinte na validação do Questionário de Meta-preocupação consistiu no cálculo de correlações de Pearson entre as sub-escalas *frequência* e *veracidade nas crenças* e as crenças metacognitivas medidas pelo Questionário de Metacognições (QMC-30: *Metacognition Questionnaire*, Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Tal como esperado, os valores de correlação entre ambas as sub-escalas (do Questionário de Meta-preocupação) e as *crenças negativas de preocupação acerca da incontrolabilidade e perigo* são de uma magnitude superior aos valores encontrados para a correlação com a dimensão de *crenças positivas acerca da preocupação* do Questionário de Metacognições. No estudo da versão original do QMP, foi encontrada a mesma especificidade de correlações (Wells, 2005). Isto porque, se tivermos em conta a premissa central do modelo *Metacognitivo da Perturbação de Ansiedade Generalizada* (Wells, 1995, 1999; Wells & Carter, 1999), a *meta-preocupação* ou *preocupação de Tipo 2* (avaliada com o QMP), que consiste na avaliação negativa acerca da própria preocupação (preocupação acerca da preocupação), emerge precisamente das crenças metacognitivas negativas acerca da preocupação.

Para o estudo da validade convergente e divergente procedeu-se ainda ao cálculo dos coeficientes de Pearson entre as sub-escalas do QMP e medidas de constructos relacionados, mais concretamente com a sintomatologia depressiva e ansiosa avaliada pela Escalas Ansiedade Depressão Stress (*Anxiety Depression Stress Scales*;

Lovibond & Lovibond, 1995; adaptação portuguesa de Pais -Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), a ruminação avaliada com a Escala de Respostas Ruminativas – versão reduzida (*Ruminative Responses Scale*; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003; tradução e adaptação para a população portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte & Castro, 2011) e a qualidade de vida avaliada com o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Versão Reduzida (*World Health Organization Quality of Life Assessment*, Vaz Serra et al., 2006). A leitura do quadro 10, permite-nos verificar, tal como esperado, que ambas as sub-escalas do QMP, apresentam uma correlação positiva significativa mais elevada com o componente mais patológico da ruminação (*cismar*); e no sentido oposto apresentam uma correlação negativa significativa mais elevada com a dimensão psicológica da qualidade de vida (comparativamente às restantes dimensões deste constructo). Verificamos ainda que a sub-escala *frequência*, considerada pelo autor da versão original (Wells, 2005), como o componente mais associado à Perturbação de Ansiedade Generalizada se correlaciona mais significativamente com a sintomatologia ansiosa, enquanto a sub-escala *veracidade nas crenças* apresenta uma correlação de magnitude superior com a sintomatologia depressiva, podendo-se deste modo concluir que este padrão de associações corrobora os pressupostos do modelo teórico.

Quadro 10: Correlações de Pearson entre a sintomatologia ansiosa e depressiva, a ruminação, as dimensões de metacognição ($n = 420$) e a qualidade de vida ($n = 281$) com as dimensões do QMP

Factores	QMP (Frequência)	QMP (Crenças)
QMC -Necessidade de Controlo do Pensamento	.58**	.46**
QMC -Crenças Positivas	.22**	.21**
QMC -Confiança cognitiva	.25**	.18**
QMC -Auto - conscienciosidade cognitiva	.33**	.27**
QMC -Crenças negativas de incontrolabilidade e perigo	.44**	.34**
EADS (Ansiedade)	.55**	.46**
EADS (Depressão)	.54**	.49**
ERR (Cismar)	.43**	.37**
ERR (Reflexivo)	.32**	.20**
WHOQOL (Físico)	-.51**	-.33**
WHOQOL (Psicológico)	-.56**	-.37**
WHOQOL (Social)	-.40**	-.33**
WHOQOL (Ambiente)	-.43**	-.27**

** $p < .01$

4.5. Fidelidade teste-reteste

A versão portuguesa do questionário revelou uma estabilidade temporal alta, num intervalo que variou entre 4 a 6 semanas, para cada uma das sub-escalas do QMP (quadro 11a e 11b). Mais concretamente, os valores das correlações de Pearson entre as duas passagens, foram de magnitude moderada, para ambas as sub-escalas. E o cálculo do teste t para amostras dependentes demonstrou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o teste e o reteste para ambas as sub-escalas. No estudo da versão original deste instrumento não foram apresentados dados referentes à sua estabilidade temporal.

Quadro 11a: Fidelidade temporal teste-reteste ($n = 50$)

	Sub -escala frequência	Sub -escala crenças
Teste-reteste (r)	.68**	.74**

** $p < .01$

Quadro 11b: Fidelidade temporal teste-reteste ($n = 50$)

	t	p
Sub -escala frequência	-0.76	.452
Sub -escala crenças	0.11	.917

5. Discussão

A adaptação do QMC-30 à população portuguesa revela que este se constitui como um instrumento válido, e de fácil aplicação, que permite avaliar um conjunto de domínios metacognitivos considerados importantes na conceptualização das perturbações emocionais. Os resultados da análise factorial demonstram que o padrão de distribuição dos itens na versão portuguesa do QMC-30 coincide, na sua quase totalidade, com a estrutura factorial encontrada na versão original da escala. À semelhança do QMC-30 original, na versão portuguesa confirmou-se igualmente a existência de uma estrutura dimensional composta por cinco factores. Todas as dimensões do questionário revelam valores que variam entre uma aceitável a boa consistência interna.

O cálculo das correlações de Pearson demonstrou uma boa estabilidade temporal para quatro das sub-escalas (à excepção da dimensão necessidade de controlo do pensamento), indiciando que estas dimensões metacognitivas medem possivelmente atributos estáveis, e como tal, é possível que o QMC-30 seja no geral, uma medida de traço.

Todas as dimensões se correlacionaram no sentido esperado com constructos relacionados, comprovando que o QMC-30 revela uma boa validade convergente e divergente. Os resultados das correlações entre o QMC-30, a Escala de Respostas Ruminativas – versão reduzida e o Questionário de Meta-preocupação fornecem suporte empírico a um dos pressupostos do Modelo da Função Executiva Auto-Reguladora (Matthews & Wells, 1994, 1996, 2004) que estabelece que as crenças metacognitivas orientam o indivíduo para a escolha da ruminação e/ou da preocupação enquanto estratégias preferenciais para lidar com o humor depressivo e ansioso (Wells, 2007). Verificou-se também a existência de um padrão diferencial de associações entre os diferentes domínios da metacognição e os sintomas psicopatológicos. Mais concretamente, a constatação de que são as *crenças negativas sobre preocupações de incontrolabilidade e perigo* e as relativas à *necessidade de controlo do pensamento*, que apresentam uma mais forte associação com a sintomatologia ansiosa e a depressiva, corrobora resultados apresentados em estudos prévios (Spada, Mohiyeddini & Wells, 2008; Wells, 2000). Por fim, verificou-se de que a avaliação subjectiva de pior qualidade de vida está associada à presença de índices mais elevados de metacognição.

Os resultados da análise factorial da adaptação da versão portuguesa do Questionário de Meta-preocupação revelaram que ambas as sub-escalas, *frequência* e *veracidade nas crenças*, são unidimensionais. A sub-escala *frequência* e a sub-escala *veracidade nas crenças* apresentam, respectivamente, um valor de consistência interna bom e muito bom. Os resultados encontrados ao nível da estabilidade temporal sugerem (à semelhança do que foi dito em relação ao QMC-30) de que esta medida de meta -preocupação é possivelmente uma medida de traço.

Em relação ao estudo da validade convergente e divergente, verifica-se que ambas as sub-escalas se correlacionam significativamente, e no sentido esperado, com as dimensões da metacognição. A associação mais forte encontrada entre as duas sub-escalas da meta -preocupação e as *crenças negativas de preocupação acerca da incontrolabilidade e perigo* vai de encontro aos resultados de estudos prévios, que encontraram o mesmo padrão de associações (e.g. Wells & Carter, 2001; Wells & Papageorgiou, 1998) e fornece suporte empírico à premissa central do modelo *Metacognitivo da Perturbação de Ansiedade Generalizada* (Wells, 1995, 1999; Wells & Carter, 1999), de que a *meta -preocupação* (avaliada com o QMP) emerge precisamente das crenças metacognitivas negativas acerca da preocupação. Já a associação ainda mais elevada, encontrada entre as duas sub-escalas e a *necessidade de controlo do pensamento*, pode dever-se ao facto da meta - preocupação (i.é. o foco predominantemente nos sentimentos de incontrolabilidade associados aos processos de pensamento), que se sabe estar associada ao uso de estratégias de controlo e supressão do pensamento (Wells,

2005), estar igualmente associada ao endossar de um maior número crenças relativas à necessidade de controlar os próprios pensamentos. Esta associação faz sentido, se tivermos igualmente em conta, que as estratégias de controlo e supressão do pensamento ao não serem ineficazes, aumentam os receios das possíveis consequências, de não se conseguir suprimir ou controlar os pensamentos, o que conduz à manutenção das crenças metacognitivas de necessidade de controlo do pensamento e à meta-preocupação. Os resultados demonstraram ainda de que a meta-preocupação (ou preocupação patológica) apresenta uma correlação positiva de magnitude elevada com o estilo de pensamento ruminativo de cismar (sendo esta igualmente a dimensão mais patológica da ruminação), e como seria de esperar, uma associação negativa com todas as dimensões da qualidade de vida.

Por fim, falta salvaguardar que algumas reservas metodológicas devem ser tidas em consideração na análise dos resultados apresentados. Uma das limitações diz respeito ao facto da nossa amostra ser composta apenas por estudantes do Ensino Superior, sendo necessário de futuro validar ambos os questionários noutras amostras não-clínicas e em amostras clínicas. Contudo, os nossos resultados não deixam de ser importantes, porque permitem fornecer uma base para investigações futuras, sobretudo as que venham a ter como objectivo comparar os resultados apresentados neste estudo, com os resultados que possam vir a ser obtidos junto de outras populações. Em segundo lugar, consideramos que no futuro será necessário averiguar se existe (ou não) uma eventual sobreposição conceptual entre alguns dos factores do instrumento, nomeadamente entre as dimensões *crenças negativas* e *necessidade de controlo do pensamento*. E isto porque, tanto a análise factorial da versão portuguesa como a da versão original demonstram existir alguma “migração” de itens entre estes dois factores; mais concretamente, na versão portuguesa, houve itens que passaram a integrar o factor necessidade de controlo do pensamento mas que teoricamente pertenciam ao factor crenças negativas; na versão original do QMC-30 alguns itens que pertenciam ao factor necessidade de controlo do pensamento saturaram no factor crenças negativas. De referir ainda, que estes dois factores, apresentam um valor de correlação moderada entre si. Todos estes dados levam-nos a equacionar pelo menos a possibilidade destas duas dimensões poderem não corresponder a dimensões metacognitivas conceptualmente diferentes. Por fim, por serem estas duas dimensões, as que mais se destacam, ao estabelecerem relações mais fortes com medidas de psicopatologia, não podemos deixar de fazer a ressalva de que não fica totalmente claro, se este padrão de resultados (encontrado quer no nosso estudo, quer em estudos prévios) não se poderá dever, pelo menos em certa medida, à similaridade dos itens que compõem estas duas dimensões do instrumento.

6. Bibliografia

- Baker, C. A. & Morrison, A.P. (1998). Cognitive processes in auditory hallucinations: attributional biases and metacognition. *Psychological Medicine*, 28, 1199-1208
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., E., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561 - 571
- Bouman T. K. & Meijer K. J. (1999). A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 96-101.
- Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D.A., Hope, & F.R. Schneider (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. (pp.137-164). New York: Guilford
- Davis, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive Inflexibility Among Ruminators and Non-ruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24 (6), 699-711
- Dinis, A., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., & Castro, T. (no prelo). Estudo de validação da versão portuguesa da Escala de Respostas Ruminativas – Versão Reduzida. *Psychologica*.
- Emmelkamp, P.M.G. & Aardema, A. (1999). Metacognitions, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 139-145. Special Issue, Metacognitions and cognitive behaviour therapy. Chichester, UK: Wiley.
- Fisher, P.L. & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821-829. doi:10.1016/j.brat.2004.09.002
- Flavell, J.H. (1979). Metacognition and metacognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911. doi: 10.1037/0003-066X.34.10.906
- Fresco, D. M., Frankel, A. N., Mennin, D. S., Turk, C. L., & Heimberg, R. G. (2002). Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 179-188. doi: 10.1023/A:1014517718949
- Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 383-401 .doi:10.1016/j.brat.2007.11.001
- Janeck, A.S., Calamari, J.E., Riemann, B.C., & Heffelfinger, S.K. (2002). Too much thinking about thinking: metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 418, 1-15
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Matthews, G. & Wells, A. (2004). Rumination, depression and metacognition: The S-REF model. In: C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.). *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. Chichester, UK: Wiley
- Matthews, G., Hillyard, E., & Campbell, S. (1999). Metacognition and maladaptive coping as components of test anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 111-125. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2 <111::AID-CPP192>3.3.CO;2-W

- Morrison, A. P. & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251-256. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00095-5
- Morrison, A.P., Gumley, A.I., Schwannauer, M., Campbell, M., Gleeson, A., Griffin, E. et al. (2005). The beliefs about paranoia scale: Preliminary validation of a metacognitive approach to conceptualising paranoia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 153-164. doi:10.1017/S1352465804001900
- Morrison, A.P., Wells, A., & Northard, S. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 67-78. doi:10.1348/014466500163112
- Morrison, A.P., Wells, A., & Northard, S. (2002). Cognitive and emotional factors as predictors of predisposition to hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 259-270. doi:10.1348/014466502760379127
- Moses, L.J. & Baird, J.A. (1999). *Metacognition*. In R.A. Wilson & F.C. Keil (Eds.), *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. Cambridge, USA: The MIT Press
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 92-104.
- Pais -Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão ansiedade stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001a). Metacognitive beliefs about rumination recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 160-164. doi: 10.1016/S1077-7229(01)80021-3
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001b). Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32, 13-26 doi: 10.1016/S0005-7894(01)80041-1
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261-273. doi:10.1023/A:1023962332399
- Reynolds, M. & Wells, A. (1999). The Thought Control Questionnaire_ psychometric properties in a clinical sample, and relationship with PTSD and depression. *Psychological Medicine*, 29, 1089-1099.
- Roussis, P. & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationship with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*, 40, 111- 122 doi:10.1016/j.paid.2005.06.019
- Spada, M. & Wells, A. (2006). Metacognitions about alcohol use in problem drinkers. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13 (2), 138-143.
- Spada, M.; Mohiyeddini, C., & Wells, A. (2008). Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of metacognitions questionnaire 30. *Personality and Individual Differences*, 45, 238-242. doi:10.1016/j.paid.2008.04.005
- Spada, M.M., Hiou, K., & Nikčević, A.V. (2006). Metacognitions, emotions and procrastination. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 319-326

- Spada, M.M., Nikčević, A.V., Moneta, G.B., & Ireson, J. (2006). Metacognition as mediator of the effect of test anxiety on surface approaching to studying. *Educational Psychology, 26*, 1-10
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 247-259. doi:10.1023/A:1023910315561
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Quartilho, M., Rijo, D., et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27*(2), 41-49.
- Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the QMC-30. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 385-396. doi:10.1016/S0005-7967(03)00147-5
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion*. London: LEA
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 881-888
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1995). Worry and incubation of intrusive images following stress. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 579-583.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1998). Relationship between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 899-913
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 713-720
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (2004). Metacognitive therapy for depressive rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.) *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (pp.259-273). Chichester, UK: Wiley
- Wells, A. & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 35*, 207-318
- Wells, A. (1994). A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress and Coping, 6*, 289-299
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and Worry: A cognitive Model of Generalised Anxiety Disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 23*, 301-320. doi:10.1017/S1352465800015897
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalised anxiety disorder. *Behaviour Modification, 23*, 526-555
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. UK: Wiley.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship with DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29* (1), 107-121. doi: 10.1007/s10608-005-1652-0
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioural Practice, 14*, 18-25. doi: 10.1016/j.cbpra.2006.01.005.
- Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of Generalised Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 585-594
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of Generalized Anxiety Disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients. *Behavior Therapy, 32*, 85-102. doi:10.1016/S0005-7894(01)80045-9
- Yussen, S.R. (1985). The role of metacognition in contemporary theories of cognitive development. In D.L. Forrest-Presley, G.E. MacKinnon & T.G. Waller (Eds.) *Metacognition, cognition and human performance*. New York, USA: Academic Press

The study of the psychometric characteristics of the Portuguese version of the *Metacognition Questionnaire – short version* and of *Meta-Worry Questionnaire*

A central premise of the Self-Regulatory Executive Function (S-REF: Wells, 2000; Wells & Matthews, 1994; 1996) model is that metacognitive processes (that controls, corrects, appraises and regulates thoughts) are important factors in the development and persistence of psychological disturbance. In this context, some self-report instruments were developed in an effort to analyze a broad range of metacognitions relevant to psychological dysfunction, like the *Metacognition Questionnaire – short version* (Wells & Cartwright-Hatton, 2004) and the *Meta-Worry Questionnaire* (Wells, 2005). In the present study, the psychometric properties of the Portuguese version of these two measures were investigated on a sample of 420 undergraduate students. The results shows that the Portuguese versions of both measures have good psychometric properties and both are valuable tools for the assessment of metacognitions and can be used both by researchers and clinicians in the Portuguese population.

KEY-WORDS: Metacognition, worry, depression, anxiety

Etude des caractéristiques psychométriques de la portugaise version du *Questionnaire de Métacognitions – court* et du *Questionnaire Meta- Préoccupation*

Le modèle d'autorégulation exécutif Fonction (Wells, 2000 ; Wells & Matthews, 1994, 1996) c'est basé sur l'hypothèse que les procédures métacognitifs (qui contrôle, rectifie, évalue et régule les pensées) pourraient être considérés comme facteurs de vulnérabilité et d'entretien des perturbations émotionnels. D'autres développements de ce modèle ont conduit à la construction de la *Metacognitions Questionnaire* (Cartwright-Hatton, & Wells, 1997; Wells & Cartwright-Hatton, 2004) et *Questionnaire Meta- Préoccupation* (Wells, 2005), lesquelles permetts d'évaluer la vaste range de métacognitions qui est relevant pour une bonne compréhension de la psychopathologie affective. Dans cette étude, nous avons examinés les propriétés psychométriques des versions portugaises de la MQ-30 (forme réduite) et le QMP, dans un échantillon de 420 étudiants du niveau collégial. Les résultats psychométriques obtenus confirment la validité de la version portugaise des questionnaires, permettant aux chercheurs et médecins de bien l'appliquer sur la population portugaise.

MOTS-CLÉS: métacognition; préoccupation, dépression; anxiété