INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Qualidade do sono e suas implicações ao nível da ansiedade, depressão e stress nos estudantes do ensino superior

Ana Catarina Trindade Certo

Relatório de estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Orientada por:

Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Bragança, março de 2016

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Qualidade do sono e suas implicações ao nível da ansiedade, depressão e stress nos estudantes do ensino superior

Ana Catarina Trindade Certo

Relatório de estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Orientada por:

Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Bragança, março de 2016

Resumo

O sono é imprescindível à existência humana, assumindo uma panóplia de funções cruciais nas diferentes faixas etárias. São inúmeros os fatores que podem contribuir para a sua alteração, sendo a vida universitária um deles. Tendo em conta os dados de incidência e prevalência de alterações neurocognitivas na população portuguesa, torna-se fundamental o estudo da qualidade do sono e as suas implicações a nível da ansiedade, depressão e stress nos estudantes de Ensino Superior do Instituto Politécnico de Bragança. Objetivou-se "Avaliar a qualidade do sono dos estudantes do ensino superior" e "Analisar os níveis de ansiedade, depressão e stress vivenciados pelos estudantes do ensino superior". Face aos objetivos delineados optou-se por um estudo descritivo-correlacional inserido no paradigma quantitativo e num plano transversal, com uma amostragem não probabilística por conveniência de 358 estudantes representativos do Instituto Politécnico de Bragança. Para a colheita de dados utilizou-se uma Ficha Sociodemográfica, o *Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP*) de Ramalho (2008) e a *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)* de Pais Ribeiro, Honrado e Leal (2004). Como principais resultados, destaca-se a qualidade de sono, evidenciando-se que 53,6% (192) dos estudantes apresenta má qualidade de sono e os restantes 46,4% (166) têm boa qualidade de sono. Os estudantes com má qualidade de sono apresentaram níveis médios de stress, ansiedade e depressão mais elevados que os estudantes com boa qualidade de sono. Os níveis de stress, ansiedade e depressão evidenciados nos estudantes foram considerados díspares entre eles, sendo que o stress foi o mais significativo. Ao constatarmos que a má qualidade de sono é frequente nos estudantes do ensino superior tendo esta repercussões na sua saúde física e mental, concluímos que estamos perante um risco de saúde pública.

Palavras-chave: S*ono; Depressão; Ansiedade, Stress, Ensino Superior*

Abstract

Sleep is indispensable to the human existence embodying a multitude of crucial functions in the different age groups. There are countless factors that may contribute for its change being university life one of them. Given the incidence and prevalence of neurocognitive changes in the Portuguese population, it becomes essential to study sleep quality and its implications on anxiety, depression and stress among higher education students of the Polytechnic Institute of Bragança. The objective was to "Evaluate the sleep quality of higher education students" and "analyse the levels of anxiety, depression and stress experienced by students in higher education." Given the outlined objectives a descriptive-correlational study inserted in the quantitative paradigm and in a transversal scheme was chosen, with a non-probabilistic convenience sample of 358 students representing the Polytechnic Institute of Bragança. For the data collection a Socio-demographic factsheet, the *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) from Ramalho (2008) and the *Anxiety Depression and Stress Scale* (EADS-21) from Pais Ribeiro, Honrado and Leal (2004) were used. As main results, the quality of sleep, showing that 53,6% (192) students have poor sleep quality and the remaining 46,4% (166) have good sleep quality is to be highlighted. Students with poor sleep quality had higher average levels of stress, anxiety and depression than students with good sleep quality. Stress, anxiety and depression levels evidenced by the students were considered disperse amongst them, being stress the most significant one. We conclude that we are facing a public health risk by identifying that poor quality of sleep is common among higher education students having repercussions on their physical and mental health.

Keywords: *Sleep; Depression; Anxiety, Stress, Higher Education*

Resumen

El sueño es esencial para la existencia humana, teniendo en cuenta un gran número de funciones cruciales en los diferentes grupos de edad. Hay numerosos factores que pueden contribuir para su alteración y la vida universitaria es uno de ellos. Dada la incidencia y la prevalencia de las alteraciones neurocognitivos en la población portuguesa, es esencial estudiar la calidad del sueño y sus consecuencias para la ansiedad, la depresión y el estrés en los estudiantes de educación superior del Instituto Politécnico de Bragança. Se objetiva "evaluar la calidad del sueño de los estudiantes de educación superior" y "analizar los niveles de ansiedad, depresión y estrés experimentados por los estudiantes en la educación superior". Teniendo en cuenta los objetivos planteados se optó por un estudio descriptivo - correlacional insertado en el paradigma cuantitativo y un plano transversal con una muestra de conveniencia no probabilística de 358 estudiantes que representan el Instituto Politécnico de Bragança. Para la recoja de datos se utilizó una hoja sociodemográfica, el *Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh* (IQSP) Ramalho (2008) y la *Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés* (EADS -21) de Pais Ribeiro, Honrado y Leal (2004). Como principales resultados, sobresale la calidad del sueño, evidenciando que 53,6% (192) de los estudiantes presenta mala calidad del sueño y los demás 46,4% (166) tienen buena calidad del sueño. Los estudiantes con mala calidad del sueño presentaron niveles medios de estrés, ansiedad y depresión mayores que los estudiantes con buena calidad del sueño. Los niveles de estrés, ansiedad y depresión evidenciados en los estudiantes fueron considerados dispares entre ellos siendo que el estrés fue el más significativo. Se concluye que estamos frente a un riesgo para la salud pública, hemos constatado que la

mala calidad del sueño es común en los estudiantes de educación superior teniendo repercusiones en su salud física y mental.

Palabras clave: *Sueño; Depresión; Ansiedad; Estrés; Estudiantes de la Universidad*

“Antístenes referia que gratidão é a

memória do coração.”

Aos meus Pais…

…O pilar.

Ao meu irmão…

… A coragem.

A quem é especial…

…Vai ser sempre.

"O mundo é uma realidade universal,

desarticulada em bilhões de realidades individuais."

Miguel Torga

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

AASM – American Academy of Sleep Medicine

APA – American Psycological Association

CSH – Ciências Sociais Humanas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DECO – Defesa do consumidor

DGS – Direção Geral de Saúde

EASD - Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress

EEG - Eletroencefalograma

EMG – Eletromiograma

EOG – Eletro-oculograma

ESA – Escola Superior Agrária

ESE – Escola Superior de Educação

ESSa – Escola Superior de Saúde

ESTiG – Escola Superior de Tecnologia e Gestão

GH – Somatotrofina

ICD – International Classification of Disease

ICSD – Classificação Internacional de Distúrbios de Sono

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

IQSP – Indice de Qualidade de Sono de Pittsburgh

N - Dimensão da população

n - Dimensão da amostra ou do estrato da amostra

NINDS – National Institute of Neurological Disorders and Stroke

N-REM – Non rapid eyes moviments

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPP - Ordem dos Psicólogos

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PSG – Polissonografia

REM – Rapid eyes moviments

RESAPES – Rede de serviços de aconselhamento psicológico no ensino superior

SASUA – Serviço de ação social da Universidade de Aveiro

SMS – Short messages service

SNC – Sistema Nervoso Central

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

Índice Geral

Introdução 1

I PARTE - ESTADO DA ARTE 5

1.Considerações acerca do sono 8

1.1.O sono: caraterísticas 9

1.2.Estrutura e funções do sono 11

1.3.Alterações e perturbações do sono nos jovens 17

1.4.Sono e relação com a saúde física e mental 22

1.5.Enfoque epidemiológico: qualidade do sono e fatores associados às suas alterações 24

2.Generalidades do sono nos jovens 28

2.1.Importância do sono nos jovens 30

2.2.Sono e rendimento académico 32

3. Representação global da depressão, ansiedade e stress nos jovens 35

3.1.Perspetiva epidemiológica: ansiedade, depressão e stress 42

3.2.Ansiedade, depressão, stress e sua relação com o sono 45

II PARTE - ESTUDO EMPÍRICO 49

1.Metodologia 50

1.1.Contextualização e objetivos de estudo 51

1.1.1.Local do estudo 51

1.1.2. Objetivos do estudo 53

2.1. População e amostra 54

2.1.1 Amostra: caraterização 56

3.1. Procedimentos 58

3.1.1. Desenho do estudo 58

3.1. 2. Procedimentos éticos e deontológicos 60

3.1.3. Procedimento de recolha de dados.....61

4.1. Instrumento de recolha de dados.....62

4.1.1. Ficha sociodemográfica 63

4.1.2. Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP).....63

4.1.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) 65

5.1.Metodologia de tratamento de dados 66

5.1.1. Operacionalização de variáveis e hipóteses.....68

6.Apresentação e análise de resultados 72

6.1.Caraterização do índice de qualidade de sono de Pittsburgh (IQSP) 72

6.1.1. O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh em função das variáveis sociodemográficas 75

6.2. Caraterização dos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes segundo a Escala EADS 79

6.3. O Índice de qualidade de sono de Pittsburgh em função das variáveis da Escala ansiedade, depressão e stress.....81

7. Discussão de Resultados 84

Conclusão.....97

Propostas futuras 101

Referências Bibliográficas.....103

ANEXOS 131

Anexo I - Frequências e distribuições relativas às variáveis 133

Anexo II – Pedido de autorização para utilização do *Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg* (IQSP) autor Joaquim Ramalho e respetiva resposta de confirmação 135

Anexo III - Pedido de autorização para utilização da *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* (EADS-21) ao autor José Ribeiro e respetiva resposta de confirmação. 137

Anexo IV - Pedido de Autorização do Estudo à Presidência do Instituto Politécnico de Bragança - IPB 139

Anexo V - Deferimento do pedido à Presidência do Instituto Politécnico de Bragança – IPB 141

Anexo VI - Declaração ao participante (exposição de informação relativa ao estudo e seus instrumentos) 143

Anexo VII - Declaração de participação no estudo 145

Anexo VIII - Ficha Sociodemográfica 147

Anexo IX - Indíce de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) 149

Anexo X - Instruções para Pontuação do Indice de qualidade de sono de pittsburg (IQSP) 155

Anexo XI - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) 161

Anexo XII - Caraterização item a item da escala EADS 163

Anexo XIII – Horas de sono *vs* género; Horas efetivas de sono do mês anterior 165

Anexo XIV – Relatório das Atividades Desenvolvidas Estágio II 167

Índice de Figuras

Figura 1. Caraterização da qualidade de sono. 74

Índice de Quadros

Quadro 1 - Necessidades de horas de sono ao longo do ciclo vital..... 10

Quadro 2 - Variáveis utilizadas na caracterização sociodemográfica 69

Quadro 3 - Variáveis utilizadas na caracterização dos hábitos de vida..... 70

Índice de Tabelas

Tabela 1- Caraterização sociodemográfica da amostra em estudo 57

Tabela 2 - Caraterização dos hábitos de vida..... 58

Tabela 3 - Caraterização do sono do mês anterior 72

Tabela 4 - Caraterização das dimensões do índice de qualidade do sono 73

Tabela 5 - Coeficientes de correlação de Spearman entre as componentes do índice de qualidade do sono 75

Tabela 6 - Caraterização da qualidade do sono em função das variáveis sociodemográficas 78

Tabela 7 - Caraterização da qualidade do sono em função das variáveis escolares 79

Tabela 8 - Caraterização das dimensões Stress, Ansiedade e Depressão e total da Escala EADS 80

Tabela 9 - Caraterização das dimensões do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh em função das variáveis da Escala EADS.....82

Tabela 10 - Coeficientes de correlação de Pearson entre os fatores da escala EADS e do IQSP 83

Introdução

A sociedade atual adota estilos de vida inadequados, motivados por alterações ao nível do ritmo de trabalho, que em muitos casos se estende para lá das 8 horas diárias, e por regimes laborais que implicam turnos em diversos grupos profissionais. A globalização e as novas tecnologias de informação/comunicação, bem como a competitividade acrescida, criaram uma sociedade 24horas "*on-line"* em que o dia se prolonga para a noite, afetando a qualidade do sono e aumentando os níveis de stress (Paiva & Penzel, 2011).

No organismo do ser humano, o sono é um processo ativo e essencial. Este é partilhado por diversas espécies de animais, assumindo-se vital para a sua sobrevivência ao longo de milhões de anos (Paiva, 2015). Carateriza-se por uma situação fisiológica de atividade cerebral, natural e periódica, em que o estado de consciência varia, reduzindo a sensibilidade aos estímulos ambientais, seguido de específicas posturas corporais e motoras, além de alterações autónomas (Gomes, Quinhones & Engelhardt, 2010).

No caso da sua privação, intencional ou involuntária, podem ocorrer modificações patológicas que se exteriorizam e se evidenciam frequentemente, como a sonolência diurna excessiva. Estas alterações acarretam consequências que alcançam um amplo espetro dos vários sistemas orgânicos (Cruz & Silva, 2012).

Uma boa noite de sono é essencial para o bem-estar físico e mental, no entanto o sono por vezes é modificado ou até perturbado por fatores biológicos e ambientais (Kabrita, Muça & Duffy, 2014). A preservação da sua qualidade é fundamental, pois quem dorme

bem tem uma elevada capacidade de adaptação a circunstâncias adversas, tais como stress, ansiedade, entre outras.

O sono tem inúmeras funções consideravelmente relevantes, designadamente as que se relacionam com a homeostasia, ou seja, com o equilíbrio interno ou balanço perfeito do organismo. É de conhecimento científico que a privação de sono potencia os lapsos de atenção, torna a memória mais lenta, reduz o output cognitivo e intensifica um humor depressivo (Paiva, 2015).

Evidências científicas indicam que os estudantes universitários dormem cada vez menos horas durante a semana, compensando no fim-de-semana, dormindo muito mais, o que denota obvia perturbação de sono. Existem diversos tipos de perturbações, sendo que a mais vulgar é a insónia, que potência o risco de depressão. A relação mútua entre a insónia e a depressão levaram ao termo doenças "co mórbidas", tornando-se imperativo tratar ambas (Paiva, 2015).

As alterações de saúde mentais, nomeadamente a ansiedade, depressão e stress, afetam o bem-estar psicoemocional e consequentemente o organismo como um todo, podendo comprometer o físico, o humor, o pensamento, a atenção e a concentração, as quais são variáveis imprescindíveis para o favorável desempenho académico no que diz respeito ao desenvolvimento das atividades de estudo-aprendizagem (Morais, Nascimento, Silva & Ribeiro, 2014).

O presente estudo debruça-se sobre a qualidade do sono e as suas implicações mentais ao nível da depressão, ansiedade e stress, incidindo sobre um problema da comunidade jovem. Esta problemática é evidenciada pelo facto do sono ser excessivamente desvalorizado pela comunidade jovem, e a recorrência às consultas de psicologia no IPB por quadros de ansiedade e stress ser relativamente elevada.

Apesar das frequentes queixas de falta de sono mencionadas pelos estudantes, não existem estudos sobre a temática no ensino superior do Distrito de Bragança, o que torna relevante a realização de uma investigação desta magnitude. Além disso, são praticamente desconhecidos programas de intervenção/educação na área do sono pelos estudantes.

Como profissional de saúde e dotada do conhecimento de que é na prevenção reside o tratamento, torna-se relevante o estudo da qualidade do sono dos estudantes e as suas implicações psicológicas a nível da ansiedade, depressão e stress, uma vez que estes se encontram numa fase determinante das suas vidas.

Face ao exposto surgiram as questões de investigação: "Qual a qualidade do sono dos estudantes do ensino superior?" e "Quais os níveis de ansiedade, depressão e stress vivenciados pelos estudantes do ensino superior?"

Aquando da formulação das questões de investigação, objetivou-se:

- Avaliar a qualidade do sono dos estudantes do ensino superior;
- Analisar os níveis de ansiedade, depressão e stress vivenciados pelos estudantes do ensino superior.

Para alcançar os objetivos propostos e as respostas às questões de investigação formuladas, desenvolveu-se um estudo descritivo correlacional e transversal de abordagem quantitativa, com uma amostragem não probabilística por conveniência de 358 estudantes do Instituto Politécnico de Bragança.

A motivação para o desenvolvimento de um trabalho sobre a temática advém da sua pertinência na atualidade. Face à situação, em Portugal, no ano de 2015, no "Dia Mundial de Sono", estreou-se a linha do sono com um horário de funcionamento, nos

dias úteis, das 11h30 às 16h30, com apoio de psicólogos especializados, tendo como objetivo primordial melhorar a qualidade de sono dos portugueses. A linha de apoio emergiu de um projeto da Oficina dos Psicólogos, que evidenciaram que 54% dos portugueses inquiridos se sentiam cansados após uma noite de sono e cerca de 45% confessaram não dormir bem devido ao stress, ansiedade ou depressão (Lusa, 2015).

Além disso, o Psiquiatra Gouveia (2013) referiu que a Organização Mundial de Saúde prevê que, em 2020, a depressão seja a doença mais prevalente no mundo ocidental (Deco, 2013).

A informação disponibilizada alteia a pertinência do estudo, representando uma mais-valia para a prevenção de futuras alterações numa geração de jovens do país.

O presente trabalho apresenta-se estruturado em duas partes: a primeira integra o estado da arte, onde são abordados conceitos, dados, evidências científicas e procedimentos fundamentais para a compreensão do estudo; a segunda parte o estudo empírico que inclui os aspetos metodológicos, como o desenho do estudo, o local onde foi desenvolvido, os participantes/amostra em estudo, os procedimentos realizados, os instrumentos de recolha de dados, as variáveis operacionalizadas e posteriormente expõe-se a discussão dos resultados obtidos e as respetivas conclusões.

Este estudo pretende ser um contributo para que os estudantes possam beneficiar do conhecimento dos seus “erros ou práticas incorretas” e desta forma melhorar a qualidade do seu sono e reduzir implicações no seu estado de saúde mental tendo por base princípios científicos.

Assim sendo, o atual trabalho procura complementar o conhecimento científico, tendo como objetivo principal o auxílio da intervenção do sucesso educativo.

I PARTE - ESTADO DA ARTE

Atualmente, o conhecimento científico da ciência de enfermagem global emergiu de evidências científicas e de uma ampla e abrangente visão sobre saúde. Entendendo que a saúde não é somente a ausência de doença, torna-se imperativo promover a sua qualidade para que esta se mantenha estável.

O estado da arte compreende uma revisão da literatura sobre o tema em estudo, apresentando conceitos, caraterísticas e dados teóricos. Compreendendo três principais componentes, denominadas:

- **considerações acerca do sono,** que incluem caraterísticas relativas ao sono, a sua estrutura e funções, as suas alterações e perturbações, a sua relação com a saúde física e mental, e o enfoque epidemiológico de evidências científicas sobre a qualidade do sono e fatores associados às suas alterações;
- **generalidades do sono nos jovens** que compreende a importância do sono nos jovens e a sua relação com o rendimento académico;
- **representação global da ansiedade, depressão e stress nos jovens** onde constam a perspetiva epidemiológica e a relação do sono com estas três dimensões.

Para concretizar este quadro de referência procedeu-se a uma rigorosa seleção de material científico pertinente e atualizado, com a finalidade de garantir uma apresentação de conhecimentos atuais sobre o tema em estudo.

1. Considerações acerca do sono

As considerações do sono envolvem vários parâmeros, os quais serão abordados ao longo desta fase, tais como: as suas caraterísticas relevantes, a sua estrutura e as devidas funções, as suas alterações e perturbações, a sua relação com a saúde física e mental e o seu enfoque epidemiológico. Na generalidade, todo este conteúdo terá grande relevância para o estudo, pois a temática em torno do sono é o pilar desta investigação.

A qualidade do sono assume-se como um indicador de saúde na comunidade. Abordagem ao mesmo tem conquistado um notável interesse por parte dos profissionais de saúde, já que está diretamente associado ao estado de saúde e consequentemente à qualidade de vida dos indivíduos.

Atualmente sabe-se que o sono é responsável por diversas funções no organismo do ser humano (consolidação da memória, remodelação sináptica, produção de hormona do crescimento, etc.), porém continua a esconder diversos enigmas (Afonso, 2008).

Neste sentido, torna-se impreterível que seja compreendido e respeitado, para que todas as suas funções tenham o seu tempo de atuação no organismo (Rente & Pimentel, 2004).

As alterações do sono podem acarretar consequências a nível do desequilíbrio emocional, que por sua vez, poderão originar perturbações depressivas, de ansiedade e stress dos indivíduos. A ansiedade, a depressão e o stress é uma temática que suscita grande interesse, pois em Portugal a prevalência de doenças mentais é muito elevada, quando comparado com outros países da União Europeia (Serra, 2014).

1.1.O sono: caraterísticas

Atualmente assiste-se ao fenómeno de desenvolvimento industrial e tecnológico na sociedade. Este acontecimento contribuiu para a modificação dos estilos de vida, isto é, os prazeres modificam-se e ocupam o período da noite. Neste enquadramento o sono assumiu-se como um obstáculo para o trabalho, para a produtividade e para os interesses económicos, sendo cada vez mais desvalorizado (Paiva, 2015).

O autor Richards (2015) confirma a informação supramencionada, referindo que hoje em dia, a maioria da população está privada do sono. Este problema, definido como a ausência do sono, é uma carência originada por falta de oportunidade, ou de tempo para dormir, por decisão própria ou por outras prioridades adotadas.

Apesar do sono se tornar um obstáculo para o trabalho, uma boa noite de sono é fundamental para o bem-estar do indivíduo. Contudo, o sono é influenciado por fatores biológicos e ambientais (Kabrita, et al., 2014).

Quem tem qualidade de sono, tem uma elevada capacidade de adaptação a circunstâncias adversas, como as de stress. Este é essencial e assume diversas funções, designadamente as que estão associadas com a homeostasia, ou seja, o equilíbrio interno ou balanço perfeito do organismo (Paiva, 2015).

O sono é definido como um requisito fisiológico de atividade cerebral, natural e periódico, representado uma modificação no estado de consciência, diminuição de sensibilidade a estímulos ambientais, seguidos por particularidades motoras e posturas próprias, além de alterações autónomas (Gomes, et al., 2010). É descrito como uma viagem complexa e organizada de todo o corpo, com passagens regulares por fases de sono com caraterísticas muito próprias (Paiva & Penzel, 2011).

Com o progredir da idade no ser humano a duração do sono diminui o que é considerado um processo natural. Na fase adulta, 85% a 90% dos indivíduos saudáveis dormem entre 7 e 8 horas por noite, sendo que 5% precisam de dormir menos de 6 horas e outros 5% precisam dormir entre 9 a 10 horas por noite (Paiva, 2015).

Posto isto, existem indivíduos que têm o sono encurtado "*short sleepers*" e os que têm sono longo. Dos indivíduos com o sono encurtado, expõem-se de exemplo o atual Presidente da República Marcelo Rebelo de Sousa, Florence Nightingale, Madonna e Bil Clinton, entre outros. No que concerne a pessoas célebres que dormiam muitas horas, há a nomear Albert Einstein e o matemático De Moivre. Apesar de existirem indivíduos que dormem poucas horas e outros que dormem muitas, o ser humano é um animal diurno. Nesse sentido, o dormir de dia é menos eficaz que dormir de noite, e é negativo acordar cedo de mais, designadamente antes das 6 horas da manhã (Paiva, 2015). Apesar de não existir um número de horas específico de sono para cada faixa etária, existe um consenso quanto aos padrões relativos ao tempo de sono para o indivíduo, nos diferentes grupos etários (Quadro 1).

Quadro 1 *- Necessidades de horas de sono ao longo do ciclo vital*

Necessidades de horas de sono	
Recém-nascido	18 Horas
Lactente	11 Horas
Crianças	9-10 Horas
Adolescentes	9 Horas
Adultos	7,5 Horas
Idosos	6,5 Horas

Fonte: Estivill (2007, p. 11).

A renovação da mente e do corpo é conseguida através do sono. Proferido de forma mais simples, o sono refresca-nos e retempera-nos. A vulnerabilidade dos indivíduos a doenças e acidentes no local de trabalho ou na escola está associada a um menor número de horas de sono. A carência de horas de sono quebra-nos e representa uma preocupação para a segurança e saúde pública. As pessoas mais vulneráveis a doenças crónicas apresentam um insuficiente número de horas de sono (Richards, 2015). Além disso, a privação crónica do sono traduz-se em sonolência diurna excessiva, queda do desempenho das atividades escolares e um decréscimo da qualidade de vida por alterações cardiovasculares e metabólicas (Ferreira, Jesus & Santos, 2015).

A qualidade do sono é influenciada por uma combinação de fatores genéticos, ambientais, psicológicos e culturais. A realização de uma noite de sono com qualidade é fundamental para manutenção de um corpo saudável e consequentemente assume-se como método preventivo à emersão dos distúrbios do sono (Rios, Peixoto & Senra, 2008).

Portanto, dormir é fundamental, não só para a sobrevivência, mas também para o bem-estar físico, psíquico e existencial e para garantir as capacidades cognitivas e criativas (Paiva & Penzel, 2011).

1.2.Estrutura e funções do sono

O sono é um fenómeno crucial com a finalidade primordial da restauração corporal e mental do indivíduo (Gambelunghe, Rossi, Mariucci, Tantucci & Ambrosini, 2001), apresentando diversos efeitos psicológicos, entre eles o processamento de diversos tipos de memória (Coelho, Lorenzini, Suda, Rossini & Reimão, 2010).

O sono tem um início e um fim, sendo que a sua estrutura varia desde o seu começo até ao seu término. Somos detentores desta informação devido à utilização dos registos fornecidos pela polissonografia, que possibilitam evidenciar as suas alterações.

A polissonografia (PSG) traduz-se numa técnica em que existe um registo gráfico de múltiplas variáveis fisiológicas no decorrer do tempo de sono, podendo ser executado tanto no período noturno como no diurno. Porém, com a evolução da tecnologia e com a identificação de diversas perturbações de sono a técnica da polissonografia foi sendo modificada, permitindo avaliar outras variáveis do sono (Bustamante, 2006). Esta técnica examina três variáveis para caraterizar as diferentes fases do sono: o eletroencefalograma (EEG) que arquiva as ondas elétricas cerebrais, o eletro-oculograma (EOG) que deteta os movimentos oculares e, finalmente o eletromiograma (EMG) destinado a avaliar o tónus muscular. É através da combinação destes parâmetros que é realizada a classificação das várias fases do sono (Afonso, 2008).

Segundo o autor supramencionado, o sono divide-se em dois estados que se vão alternando ao longo da noite: o sono lento (NREM) e o sono paradoxal (REM).

No sono lento/NREM (*non* REM) ou "tranquilo" é caraterizado por um EEG em que dominam frequências baixas (teta ou delta) e é subdividido em fases N1, N2 e N3. Está associado a uma ativação parassimpática, em que ocorre perda das respostas psicogalvânicas, diminuição da frequência cardíaca média, da pressão arterial, do débito cardíaco e decréscimo ligeiro da temperatura central. Atividade cognitiva persiste neste período, ocorrendo sonhos com conteúdo lógico, porém de fácil esquecimento (Paiva & Penzel, 2011).

No sono paradoxal/REM ocorre ativação simpática (Parmeggiani, 1987, citado por Paiva & Penzel, 2011), sendo que os fenómenos autónomos são marcados por uma extrema variabilidade, nomeadamente frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial. A temperatura hipotalâmica eleva-se, e o consumo de oxigénio cerebral atinge valores próximos dos da vigília. Ocorre uma atonia completa com privação da atividade postural, coincidindo com contrações musculares fásicas: são paradigmáticos os movimentos dos olhos e são frequentes as ereções transitórias do pénis. Os sonhos predominantemente emocionais do sono paradoxal são constantemente vividos e mais facilmente repetidos quando se acorda nesta fase.

Expostos os estados NREM/sono lento e REM/paradoxal, importa caraterizar o processo do sono desde o seu começo até ao seu término, abrangendo as distintas fases que o constituem.

Para alcançar o primeiro momento de sono é necessário adaptarmo-nos às circunstâncias que nos rodeiam. O adormecer implica alguns rituais, sendo a postura um deles. O ser humano demonstra maior preferência da posição deitado que sentado. Além da postura a temperatura também representa um fator crucial, pois não se dorme com frio ou com os pés frios, não se dorme bem com calor excessivo, nem com os pés muitos quentes. A temperatura em volta da face humana é uma constante universal, sendo igual em todas as latitudes em climas quente e frios. Aquando da escolha da postura mais confortável e da regulação da temperatura corporal conseguirá principiar o processo do sono (Paiva, 2015).

Antes do início do sono e no despertar matinal, ocorre a vigília. Também ocorrem períodos de vigília intercalados com o sono no decorrer da noite que são designados por despertares breves, cuja frequência pode ir de 5 a 15 vezes por hora (Rente & Pimentel,

2004). Nestes períodos, podem ocorrer movimentos oculares rápidos ou lentos e existe alguma irregularidade na frequência respiratória (Paiva & Penzel, 2011).

A fase N1 consiste no momento da transição entre a vigília e o sono, em que existe movimentos oculares lentos (Paiva & Penzel, 2011) e ocorre a libertação de melatonina, que induz o sono (sonolência) (Cronfli, 2002). Esta fase apresenta uma duração média de 1 a 7 minutos, representando 5% do tempo total de sono (American Academy of Sleep Medicine [AASM], 2007).

Na fase N2 ocorre diminuição dos ritmos cardíacos e respiratórios, (sono leve) relaxam os músculos e reduzindo a temperatura corporal (Cronfli, 2002). Além disso, ocorrem diversos fenómenos normais ou anormais, podendo suceder a sonilóquia (falar a dormir), as apneias (paragens de respiração), a enurese (micção involuntária), as mioclonias (esticões bruscos dos membros) entre outros fenómenos (Paiva, 2015).

A distinção da fase N2 para a N3 é feita pela percentagem de ocupação temporal de ritmo delta, sendo menos de 20% para a fase 2 e mais de 20% para a fase 3 (Paiva & Penzel, 2011).

No que respeita à fase N3, antes subdividida em fases 3 e 4, ocupa cerca de 20 a 60 minutos (Paiva & Penzel, 2011), durante a qual o EOG reduz e o movimento de olhos termina, predominando o sistema parassimpático.

O sono NREM tem propriedades anti disrítmicas e durante esta fase ocorrem atividades como a síntese proteica e a reparação tecidular (Oliveira, 2013). Na mesma, sucede um pico de liberação da GH (somatotrofina) e da leptina; o cortisol começa a ser liberado (sono profundo) até atingir o seu pico, no início da manhã (Cronfli, 2002).

Segundo a autora supramencionada, a somatotropina (GH), potencia a conservação do tónus muscular, impede a acumulação de gordura, melhora o

desempenho físico e combate a osteoporose. Relativamente à leptina, controla a sensação de saciedade, sendo que, os indivíduos que permanecem acordados por períodos superiores ao recomendado produzem menores quantidades de leptina o que se traduzirá no aumento da necessidade de ingerir maiores quantidades de carbohidratos.

Quando inicia o sono REM a respiração torna-se rápida, irregular e superficial, existem movimentos rápidos dos olhos, a frequência cardíaca e a pressão arterial aumentam e os indivíduos desenvolvem ereções penianas (National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS], 2014).

Os sonhos mais elaborados surgem nesta fase do sono, que predomina na segunda metade da sua duração, ocupando cerca de 20% do total no adulto (Paiva, 2015). O primeiro período de sono REM ocorre geralmente cerca de 70 a 90 minutos depois de adormecer (NINDS, 2014).

O sono sucede em ciclos REM e NREM alternados, que geralmente principiam no estádio N1 e vão progredindo para N2, N3, N2 e REM sucessivamente (Rodrigues, 2012). Assim sendo, o indivíduo depois de adormecer passa do sono superficial para o sono profundo, seguidamente do sono superficial, seguido de sono paradoxal ou REM. Esta sequência de fases é bem organizada e relativamente sistemática, repetindo-se cerca de 4 a 6 vezes por noite (Paiva, 2015).

Um ciclo completo de sono leva 90 a 110 minutos, em média. As fases do sono apresentam uma durabilidade diferente (NINDS, 2014), sendo estas de natureza heterogénea, quando avaliadas por registo poligráficos (Sheldon, Ferber, Kryger & Gonzal, 2014).

A maior porção do sono sucede na fase NREM (cerca de 70-75%), enquanto a restante ocorre na fase REM (cerca de 20-25%) e a fase de vigília (cerca de 5%), embora, na maior parte das vezes, não haja memória deste período (Afonso, 2008).

Após descrição da estrutura do sono, abordam-se as suas respetivas e inúmeras funções.

O sono assume uma função essencial na aprendizagem, na organização de memória e na estabilidade psicoafetiva. Durante o sono cumprem-se diversas funções, nomeadamente: segregação de todas as hormonas anabolizantes (hormona do crescimento e a prolactina), controlo da produção de hormonas catabolizantes (cortisol), estabilização de processos imunológicos, redução do metabolismo e temperatura do cérebro e do corpo, são estabelecidos e sedimentados diversos processos cognitivos, sobretudo os relacionados com a memória e com aprendizagem, através dos sonhos é restabelecido o equilíbrio emocional. Para além das referidas funções, a principal é manter o indivíduo acordado, pois se este não dormir o suficiente estará constantemente sonolento ou com menor capacidade para desempenhar tarefas do seu dia-a-dia (Paiva, 2015).

De acordo com as funções mencionadas pela autora supracitada, o sono assume-se fundamental na preservação de energia e restauração das competências físicas e mentais do organismo de cada indivíduo, capacitando-o de forma saudável.
Segundo os autores Rios, Peixoto e Senra (2008), para a obtenção de qualidade de vida, o sono torna-se imprescindível, permitindo harmonia entre a componente psicológica e o funcionamento fisiológico.

Das teorias evolutivas, adaptativas ou protetoras todas consideram que o sono tem uma função restauradora a nível físico e mental, sendo que o sono NREM assume

um papel fundamente na restauração de energia física e o sono REM na recuperação da energia intelectual ou cognitiva (Rios et al., 2008).

Evidencia-se que o sono apresenta uma estrutura heterogénea, composta por diferentes fases e assume-se como responsável na qualidade de vida de qualquer indivíduo, tendo funções deveras importantes.

1.3.Alterações e perturbações do sono nos jovens

A qualidade e quantidade de sono podem ser afetadas por distintos fatores que interferem no ciclo sono-vigília, entre eles a privação do sono, presença de distúrbios mentais, efeitos de drogas no Sistema Nervosos Central (SNC), hábitos irregulares, idade, patologias físicas e cognitivas, mudança de fuso horário e ritmo circadiano (Hidalgo, Souza & Nunes, 2003, citado por Coelho, et al., 2010).

Independentemente da causa da alteração de sono presente, que reduz a sua qualidade e/ou quantidade acarretará um efeito prejudicial no comportamento do indivíduo (Blunden, 2011). As problemáticas evidenciadas na duração e/ou na qualidade do sono preservam uma estreita relação com doenças crónicas não transmissíveis. Neste sentido, uma má qualidade do sono é um componente relevante de vulnerabilidade da saúde humana (Araújo et al., 2013).

Nos estudantes do ensino superior, a ocorrência de problemas/perturbações de sono é imensamente comum, pois apresentam-se expostos a alterações no seu estilo de vida e a fatores comportamentais negativos, tais como: alcoolismo, tabagismo, sedentarismo ou o uso excessivo de internet (Cheng et al., 2012; Kloss, Nash, Horsey & Taylor, 2011).

As alterações dos padrões de sono são frequentemente acompanhadas por depressão, ansiedade e alterações cognitivas que têm de ser tidas em consideração no

plano de tratamento de um indivíduo (American Psychological Association [APA], 2013).

Aquando de diversas investigações e estudos realizados na área, por diversos autores, emergiram na literatura três sistemas de classificação de perturbações do sono:

a) Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (2014) - International Classification of Sleep Disorders – Third Edition (ICSD-3): apresenta a classificação e os diagnósticos de distúrbios de sono, assumindo-se como uma referência fundamental para todos os profissionais de saúde direcionados ao estudo do sono (American Academy of Sleep Medicine [AASM], 2014).
b) Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais – DSM – V: guia de diagnósticos fiáveis de perturbações mentais para orientação de recomendações de tratamento, destinadas ao planeamento dos serviços de saúde mental (APA, 2013).
c) Classificação Internacional de Doenças, ICD – 10 (2010) - World Health Organization (2011): inclui o diagnóstico padrão internacional para todos os fins de gestão de saúde epidemiológico. Apresenta uma análise da situação geral de saúde das populações e tem como finalidade a monitorização da incidência e prevalência de doenças e outros problemas de saúde em diversos países (International Classification of Diseases [ICD-10], 2016).

Estes guias/manuais auxiliam os profissionais de saúde na investigação e no diagnóstico de perturbações de sono, depressão e ansiedade permitindo-lhes realizar o tratamento adequado e precocemente.

Expondo os diferentes guias que incluem as perturbações de sono, importa mencionar cada uma delas:

- **Insónia:** compreende a queixa frequente de insatisfação com a qualidade ou quantidade de sono, associada a um ou mais sintomas, como dificuldade em iniciar o sono, dificuldade em manter o sono e o despertar precoce. Além disso, a perturbação incita mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional, educacional, académico, comportamental ou noutras áreas importantes do funcionamento. A frequência da insónia pode caraterizar-se por episódica, persistente e recorrente. Normalmente, é acompanhada por uma diversidade de queixas e sintomas diurnos, incluindo fadiga, diminuição da energia e perturbações de humor (APA, 2013). No que concerne à sua prevalência, esta é mais elevada no género feminino, podendo estar associada ao nascimento de um filho ou à menopausa. As consequências com maior evidência da perturbação de insónia são problemas no funcionamento interpessoal, ocupacional e social. A insónia persistente acarreta o maior risco de perturbação depressiva major, hipertensão e enfarte do miocárdio; aumento do absentismo e diminuição da produtividade laboral; diminuição da qualidade de vida e aumento da sobrecarga económica (APA, 2013).

- **Hipersonolência:** é caraterizada pelo excesso de sono, como o aumento do tempo noturno de sono ou episódios de sono involuntários durante o dia. Os indivíduos com esta perturbação adormecem facilmente e apresentam uma boa eficiência do sono, podendo ter dificuldade em acordar de manhã, tornando-se confusos, combativos ou atáxicos (APA, 2013).

- **Narcolepsia:** traduz-se na necessidade de dormir por períodos recorrentes, de cair no sono ou fazer sestas, que sucedem ao longo do mesmo dia. A sonolência ocorre tipicamente todos os dias, mas deverá ocorrer pelo menos 3 vezes por semana durante pelo menos 3 meses, sendo que esta perturbação de sono, pode classificar-se em gravidade ligeira, moderada ou grave (APA, 2013).

- Perturbações do Sono relacionadas com a Respiração - Apneia obstrutiva do sono: carateriza-se pelo colapso transitório da faringe, impossibilitando o fluxo de ar entre o ambiente e os pulmões. Este acontecimento provoca redução da oxigenação do organismo e fragmentação do sono, levando a consequências sistêmicas. Entre a panóplia de distúrbios de sono, a apneia obstrutiva é das perturbações mais prevalentes (Kissmann, Leal & Franco, 2013).

- As perturbações do ritmo circadiano de sono-vigília: representam a disrupção do sono, consequente de uma modificação do sistema circadiano ou desalinhamento entre o ritmo circadiano endógeno e o horário de sono-vigília requerido pelo ambiente físico ou horário social ou ocupacional do indivíduo (APA, 2013). Esta condição é muito comum entre os indivíduos totalmente cegos/invisuais sendo mais rara em indivíduos com visão normal (Kolla, Auger & Morgenthaler, 2012).

- Parassónias: são eventos comportamentais, experienciais ou fisiológicos anormais que sucedem em associação com o sono, fases particulares do sono ou transição do sono-vigília. As parassónias mais frequentes são as perturbações do despertar do sono sem movimentos oculares rápidos (NREM) e a perturbação do comportamento do sono de movimentos oculares rápidos (REM), (APA, 2013).

- Sonambulismo: uma série de comportamentos complexos que se manifestam em despertares súbitos de sono, que resultam em comportamentos em que existe o levante da cama e pode ocorrer deambulação (Thorpy, 2012).

- **Terrores de sono**: associados a episódios recorrentes de despertares abruptos por terrores durante o sono, frequentemente iniciados com um grito de pânico. Ocorre ativação autonómica da midríase, taquicardia, taquipneia e sudação, confortando o indivíduo no decorrer dos episódios (APA, 2013).

- Pesadelos: emergem na fase do sono REM, traduzindo-se num sono de angústia, ao contrário do terror noturno, quando os registros polissonográficos mostram que atividade autonômica é muito maior, ou seja, são uma descarga psíquica pobre em exibição imaginária (Valle, Valle & Reimão, 2009).

- Síndrome das pernas inquietas (SPI): descrita como uma doença crónica, sensório-motora (Masuko et al., 2008) cujo principal sintoma é uma enorme necessidade ou desejo de mover as pernas durante os períodos de descanso e inatividade, piorando à noite, o que perturba o sono (Fröhlich et al., 2015).

- Perturbação do sono induzida por substância/medicamento: esta perturbação termina com o nome específico da substância (por exemplo, cocaína, bupropiona) que se supõe ter provocado a perturbação do sono. Este tipo de perturbação é distinta da perturbação de insónia ou de uma perturbação associada com sonolência diurna excessiva considerando o seu começo e evolução. Nos períodos de consumo de substância/medicamento, intoxicação ou abstinência, evidencia-se a queixa frequente em indivíduos de humor disfórico, abrangendo depressão e ansiedade, irritabilidade, compromisso cognitivo, incapacidade de concentração e fadiga (APA, 2013).
A insónia e a sonolência excessiva são consideradas as perturbações de sono mais frequentes que potenciam o risco do desenvolvimento de uma patologia mental e perturbações de uso de substâncias (APA, 2013).

As doenças mentais, neurológicas ou outras afeções médicas estão relacionadas com a presença de distúrbios de sono associados a doenças médicas psiquiátricas (Muller & Guimarães, 2007).

O número de alterações ou perturbações do sono é elevado, sendo que, a investigação da causa de cada uma delas é crucial, permitindo assim realizar o seu

tratamento convenientemente, evitando o aparecimento de efeitos secundários negativos que podem acarretar ao indivíduo a nível físico, psíquico e social.

As frequentes perturbações de sono evidenciadas na população representam um problema de saúde público, que requer uma intervenção precoce, a nível individual e coletivo, envolvendo adoção de medidas educativas e de promoção de saúde baseadas em informação disponível (Paixão, Branco & Contreiras, 2006).

Nos jovens, as perturbações comportamentais de sono mais frequentes são a higiene de sono inadequada, síndrome de sono insuficiente e perturbação de estabelecimento de tempo limite de sono (Blunden, 2011).

Assim sendo, o estudo da qualidade do sono em estudantes do ensino superior traduzir-se-á num mecanismo de prevenção de problemas de saúde, promovendo a qualidade de vida dos mesmos.

1.4.Sono e relação com a saúde física e mental

A importância da qualidade do sono é fundamental, assumindo-se como um fator de saúde e um elemento que proporciona qualidade de vida (Carlos, Carmen & Domingo, 2002). Ao longo dos anos, tem-se evidenciado que existe um forte impacto do sono na saúde física e mental dos indivíduos (Kryger, Roth & Dement, 2011).

Os transtornos nos padrões de sono, podem traduzir-se num elevado risco de transtornos somáticos e psicológicos, que afetam negativamente a qualidade de vida (Morales, Lozano & Casal, 2005). Nos estudantes estes transtornos potenciam o aparecimento de problemas a nível físico e mental (Lund, Reider, Whiting & Prichard, 2010).

Existem diversos estudos, que evidenciam uma associação do aumento de peso ao sono insuficiente. Segundo Kohatsu et al. (2006), os indivíduos que têm uma duração de sono menor que seis horas por noite, são mais propensos a ter excesso de peso corporal, enquanto que, os indivíduos que dormem em média 8 horas por noite, apresentaram gordura corporal menor. Além da obesidade, também existem mais patologias associadas à "má" qualidade de sono, a diabetes é uma delas.

Verifica-se que as alterações na duração do sono têm sido fortemente associadas a um descontrolo da ingestão alimentar e à obesidade (Crispim et al., 2007). O aumento da obesidade está associado ao aumento da produção de orexina e diminuição da produção de leptina, relacionados com a privação ou redução crónica do sono (Paiva & Penzel, 2011). Existem inúmeras evidências científicas a nível mundial que comprovam este fenómeno (Padez, Mourao, Moreira & Rosado, 2009; Rontoyanni, Baic & Cooper, 2007; Yu et al., 2007, citado por Paiva & Penzel, 2011).

Segundo Nilsson, Rööst, Engström, Hedblad e Berglund (2004), os indivíduos que referem dormir menos de 5 horas de sono por noite, apresentam maior risco em desenvolver diabetes tipo 2. Constata-se que a melhoria do sono pode influenciar positivamente o controlo da glicose sanguínea e reduzir os efeitos da diabetes tipo 2. Além da associação com a diabetes, o sono também está relacionado com a hipertensão arterial, pois a privação do mesmo, aumenta a produção matinal de cortisol (hormona do stress) que potencia o risco de tensão arterial aumentada (Paiva, 2015).

Na classificação internacional de distúrbios do sono (ICSD), a terceira divisão inclui os transtornos de sono relacionados com distúrbios clínicos e psiquiátricos. Os incluídos nas perturbações mentais subdividem-se em psicoses, perturbações de humor, perturbações de ansiedade, transtornos de pânico e alcoolismo. Os quadros psiquiátricos

que apresentam mais alterações nos padrões de sono como critérios de diagnósticos são: a depressão, o stress pós traumático e a perturbação de ansiedade generalizada (Seixas, 2009).

Segundo Kryger, Monjan, Bliwise e Ancoli Israel (2004), os indivíduos que têm insónias, apresentam maior deterioração funcional, perda de produtividade e uma elevada recorrência aos serviços de saúde. Para Roth e Ancoli Israel, (1999), também apresentam problemas de atenção e concentração, deterioração da memória e menos habilidades para realizar tarefas diárias e até estabelecer relações sociais. Os distúrbios do sono aumentam com frequência o risco de desenvolver doenças psiquiátricas, assim como o aumento da ansiedade (Paiva & Penzel, 2011).

Em consonância com Paiva e Penzel (2011), constata-se que o sono está diretamente relacionado com diversos aspetos da vida diária dos indivíduos, incluindo a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. Assim sendo, a sua perturbação afeta de uma forma consistente, cada uma dessas componentes, tendo efeitos físicos, psicológicos e sociais (Monti & Monti, 2008).

Além do sono promover a qualidade da saúde física e mental, permitiu a sobrevivência humana ao longo de milhões de anos (Paiva, 2015).

1.5.Enfoque epidemiológico: qualidade do sono e fatores associados às suas alterações

Apresentamos alguns resultados científicos sobre a qualidade e a incidência de alterações nos padrões de sono da comunidade.

O estudo recente de Ferreira et al. (2015) que avaliou a qualidade de sono de estudantes de enfermagem, concluiu que o número de horas de sono por noite eram

reduzidas e verificou uma elevada sonolência diurna. Além disso, constataram que os fatores que afetam a qualidade do sono nessa população são: o acordar durante a noite para ir ao wc, a dificuldade em respirar, roncar muito alto ou tossir, sensação de muito frio ou muito calor, presença de sonhos ruins/pesadelos e sensação de dores. O estudo de Obrecht, et al. (2015) apresenta resultados semelhantes, pois a maioria dos estudantes apresentou má qualidade de sono, evidenciando que os que trabalham exibem pior qualidade de sono e com o avançar da idade a qualidade do mesmo piora.

Ao analisar os determinantes da qualidade do sono em estudantes de enfermagem, Silva (2015), verificou que os do género masculino e os que coabitam com os familiares, durante o tempo de aulas revelam ter mais qualidade do sono. Também verificaram uma associação com os neuroticíssimos, a ansiedade e a sonolência diurna, revelando que os estudantes mais nervosos, mais ansiosos e com maior sonolência revelam pior qualidade de sono.

Numa das metrópoles de Portugal, na cidade do Porto, foi realizado um estudo por Coelho (2014) na Faculdade de Ciências, contatando que 29% dos estudantes universitários apresentaram má qualidade do sono.

Outra investigação, realizada no Porto por Ribeiro, L. (2012), com objetivo de identificar os hábitos de sono dos estudantes de enfermagem do 4º ano e identificar os fatores que influenciam esses hábitos, evidenciou que 33,3% dos estudantes se deitavam entre as 24 horas e a 1 hora, e o horário de despertar oscilava entre 6 e 7 horas. Estes resultados, comprovam que os estudantes, na sua maioria, não dormem as 8 horas de sono necessárias e aconselhadas. Também verificou que 56,7% dos estudantes demoraram mais de 20 minutos para adormecer e 60% revelaram uma probabilidade

elevada de adormecer, durante a tarde. O fator mais apontado pela sua influência negativa nos hábitos de sono dos estudantes foi o stress (56,6%).

O estudo de Seixas (2009), também realizado na cidade do Porto, apresentou resultados semelhantes aos supramencionados, em que a maioria da população em estudo (60%) exibiu má qualidade do sono, sendo que o género feminino apresentou pior qualidade.

Em Lisboa, Henriques (2008), realizou um estudo com estudantes do Instituto Superior Técnico e concluiu que a duração de sono durante a semana foi inferior, comparativamente com a duração de sono no fim-de-semana, ocorrendo uma privação de sono durante a semana com uma média de 6 a 7 horas por noite. Contou que 42,53% dos estudantes durante a semana dormiam entre 3 a 6 horas por noite colocando-se em risco de desenvolver patologias associadas à privação de sono. No que respeita a parâmetros qualitativos de sono, 83,1% apresentou pobre qualidade de sono.

Em conformidade com os autores supramencionados, evidencia-se que a qualidade de sono dos estudantes do ensino superior não é “boa”, desvalorizando a sua importância, o que acarretará consequências na sua qualidade de vida futuramente.

Em Portugal o sono apresenta-se como um problema de saúde pública, verificando que a maior incidência reside na faixa etária de crianças e jovens em idade escolar. Posto isto, torna-se imperativo adotar medidas preventivas por via da educação e do conhecimento (Paiva & Pinto, 2010). Como se evidencia uma má qualidade de sono, pressupõem-se que existam diversos fatores responsáveis pelas perturbações/alterações do mesmo.

No estudo de Ribeiro, C. (2012), evidenciou que o fator que mais influencia o sono dos estudantes universitários foi o stress, seguidamente a rotatividade de turno efetuada aquando dos ensinos clínicos, com menor significância o trabalho em excesso, horários de deitar tardios e o fator com menor interferência foi o consumo de cafeína em excesso. Para Bicho (2013) os fatores que mais interferem a nível da qualidade do sono são a tensão e a ansiedade, o que vai de encontro com o estudo de Vieira (2012) que refere que quanto maiores são os níveis de depressão pior é a qualidade do sono.

Na generalidade, a literatura e investigação recente referem que a qualidade do sono dos estudantes tem vindo a degradar-se, evidenciando-se que 75% dos estudantes universitários aportam problemas de sono ocasionais como dificuldade em adormecer, distúrbios de sono e sonolência diurna excessiva (Wolfson, 2010).

Esta panóplia de resultados científicos permite constatar que existe uma forte desvalorização e desrespeito pelo sono, impedindo a sua qualidade e interferindo com a qualidade de vida, quer física, mental e social.

2.Generalidades do sono nos jovens

Os autores Gomes, Tavares e Pinto de Azevedo (2009) estudaram os padrões de sono dos estudantes universitários portugueses e evidenciaram que a sua qualidade é reduzida, existindo uma acentuada restrição do mesmo.

Na generalidade o sono nos jovens assume-se como um obstáculo, isto é, com o aumento das responsabilidades devido aos paradigmas sociais centrados para o «ter» e para o «sucesso» a sociedade modificou-se e desenvolveu novos hábitos de vida, ocupando menos tempo para dormir e mais tempo para o lazer e para o trabalho. Os estudantes universitários dormem cada vez menos horas por noite, constatando-se que dormem poucas horas durante a semana e compensam no fim-de-semana, o que denota óbvia perturbação do sono (Paiva, 2015).

O padrão do ciclo sono-vigília dos seres humanos necessita de certa regularidade, porém para os estudantes do ensino superior existem dois grupos de fatores que atuam de forma antagônica no processo de sincronização do ciclo sono-vigília: o ciclo claro-escuro e os fatores endógenos (necessidade de sono e as preferências quanto à alocação do horário de dormir e acordar-cronotipo), que se traduz numa sincronização do ciclo sono-vigília num ritmo regular e com o período de 24 horas, e por outra razão, as demandas académicas que tendem a minimizar as horas de sono e os horários com um padrão diferente do ciclo claro-escuro. Esta situação de oposição destes dois fatores pode ser considerada como um conflito, em que os estudantes têm de optar entre manter a regularidade do ciclo sono-vigília e satisfazer as necessidades de sono, e responder aos esquemas académicos, podendo acarretar alteração no estado afetivo (Almondes & Araújo, 2003).

Nos países onde existe investigação científica evoluída relativamente ao estudo do sono em estudantes, evidencia-se uma imensa preocupação, por parte dos Ministérios da Educação, em disponibilizar aos estudantes um padrão de sono adequado, traduzindo-se a favor do melhor funcionamento académico dos mesmos. Desta forma, organizaram estratégias de desenvolver horários escolares, assentes na investigação científica, que permitam respeitar os padrões de sono adequados para os jovens, promovendo o rendimento académico (Seixas, 2009).

A privação do sono nos jovens pode tornar-se deteriorante ao nível do seu desenvolvimento académico, visto que, os indivíduos com privação crónica de sono não a notam necessariamente, mas as ideias tornam-se pouco nítidas, mais imprecisas e difusas, como se vivessem num ambiente foso «enublado». Os jovens que se deitam tarde e se levantam cedo de mais têm, de certo modo, um *jet lag* social e crónico, como se todos os dias tivessem de voar para oriente; sendo natural sintomas como: fadiga, falta de vigor, ansiedade, irritabilidade, falta de concentração, confusão, alucinações, lapsos, acidentes e até defeitos de compressão de linguagem verbal (Paiva, 2015).

A geração de estudantes universitários atual, ostenta uma elevada pressão psicológica devido à enorme competição no mercado de trabalho que poderá traduzir-se em consequências negativas na qualidade do sono e consequentemente na qualidade de vida. O ensino superior é um meio de competição elevado e requer um esforço acrescido por parte dos estudantes, o que pode induzir à privação do sono e resultar em alterações do ciclo vigília-sono (Sweileh et al., 2011).

Além do contexto de competição no ensino superior influenciar a qualidade do sono, hoje em dia existem inúmeras influências culturais que também acarretam alterações, tais como: a presença de televisão nos quartos, jogos nos computadores entre

colegas, os telemóveis e o recurso frequente aos SMS e as idas à discoteca com início e término tardio, somando o consumo de bebidas alcoólicas e de drogas que agravam o panorama.

No decurso da madrugada/manhã os jovens deparam-se com diversos handicaps: a privação do sono, a hora do dia, os consumos excessivos de substâncias que provocam alterações de saúde, traduzindo-se numa "bomba relógio" que reduz a vigilidade e potencia acidentes (Paiva, 2015).

Na generalidade os jovens deveriam ter noções sobre a importância da higiene do sono, alterando os estilos de vida prejudiciais por comportamentos mais adequados, nomeadamente a prática de exercício físico (dança, ginástica, atletismo…), participação em aulas de música, de yoga, entre outras.

2.1.Importância do sono nos jovens

O sono é um estado multifuncional, exercendo, por isso mesmo, diversas funções ou tarefas (Paiva & Penzel, 2011), tornando-se verdadeiramente importante nas diferentes fases de crescimento humano, desde o nascimento até ao último dia de vida. Na fase da juventude assume um papel relevante, pois o sono relaciona-se com a consolidação da aprendizagem e da memória, além de ter um papel essencial no controle dos processos restaurativos (Curcio, Ferrera & De Gennaro, 2006). Também influencia o bom funcionamento executivo, incluindo o raciocínio abstrato, o comportamento dirigido e objetivo, assim como o processamento criativo, sendo este indispensável (Dewald, Meijer, Oort, Kerkhof & Bogels, 2010).

Todos os processos cerebrais relacionados com o sono, no decorrer da noite, assumem como função principal, a influência do desempenho cognitivo, físico e

emocional para o dia seguinte (Dewald et al., 2010). Neste sentido, o sono revela ter uma importante função na atenção, na memória, na aprendizagem e no comportamento de um indivíduo (Mendes, Fernandes & Garcia, 2004).

Durante o sono a atividade cerebral permanece em processamento, nomeadamente no que concerne à manutenção da rede hormonal e das funções cognitivas, isso envolve comprometimentos na consolidação da memória e é fundamental para a capacidade de aprendizagem e para o bom desempenho académico (Guyton & Hall, 2002; Curcio et al., 2006).

Segundo Rente e Pimentel (2004) na juventude sucedem uma série de transformações físicas e psicológicas, que vão determinar a construção de uma nova identidade, este fenómeno, desencadeia o aparecimento de preocupações quanto à qualidade do sono nesta fase da vida. O desenrolar destas transformações prende-se com a necessidade do jovem ser bem-sucedido, tornando-se imprescindível um suporte emocional sólido. Desta forma, o sono adequado e as práticas educativas assertivas assumem-se como fatores determinantes e cruciais para que todo este processo possa decorrer em equilíbrio e de forma saudável.

Durante o sono, podem ocorrer os sonhos. Os sonhos desempenham um papel relevante para os indivíduos em qualquer faixa etária, pois têm um efeito regulador de humor, assumindo-se como responsáveis na modulação de emoções durante o dia (Gujar, McDonalds, Nishida & Walker, 2011).

Quando os comportamentos adotados não são adequados e existe privação de sono ocorrem múltiplas repercussões na saúde afetando a maioria de órgãos e sistemas. Os efeitos sobre a cognição podem ser imediatos, pelo que estes jovens podem experienciar problemas de atenção e concentração ou ainda compromissos ao nível da

memória (Aldabal & Bahammam, 2011). A sonolência diurna, acarretará distúrbios de sono graves, danificando a curto prazo o desempenho da maioria dos domínios cognitivos do jovem, traduzindo-se em prejuízos sobre atenção, concentração e memória operacional (Lim & Dinges, 2010).

Da síntese de evidências literárias, verificamos que o sono é fundamental na fase da juventude a nível físico e emocional.

2.2.Sono e rendimento académico

Conforme abordado anteriormente, a importância do sono nos jovens, torna-se imperativo perceber o impacto que este tem no seu desempenho académico.

Segundo Tavares e Santiago (2000), o rendimento académico traduz-se na realização de múltiplas estratégias, esforço do sujeito, aprendizagem permanente que oferece a apropriação e aquisição de novos conhecimentos. Se os conhecimentos forem apreendidos no sentido de levar o estudante a progredir na sua aprendizagem designa-se de sucesso mas se pelo contrário o estudante não atingir o mínimo de competências intelectuais e comportamentais exigidas designa-se por insucesso. Nesse sentido há rendimento académico quando existe sucesso. Portanto, o rendimento académico, reflete o desempenho escolar a nível cognitivo, os valores e as atitudes intrínsecas ao próprio indivíduo.

Quando o sono é irregular ou de curta duração, o rendimento académico é afetado tornando-se reduzido (Medeiro, Mendes, Lima & Araújo, 2001). A sua privação crónica está associada à sonolência excessiva, prejudicando o desempenho académico, principalmente quando há prática de leitura durante a noite (Adeosun, Asa, Babalola & Akanmu, 2008). Essa privação pode estar associada a um ambiente novo, a presença de

novos indivíduos, o aumento das solicitações para saídas noturnas e festas, tornando-se numa grande dificuldade para estabelecer prioridades. Habitualmente, os estudantes demonstram interesse e vontade na participação de atividades propostas por colegas, apresentando dificuldade em dizer não. Este fenómeno tem consequências, como a presença de fadiga prolongada e baixo rendimento (Mota, 2007, citado por Pereira 2009).

No estudo de Boscolo, Sacco, Antunes, Mello e Tutik (2007), verificou-se que o período de estudos e hábitos de sono estão associados e podem influenciar o desempenho e o rendimento académico, sendo que, os estudantes com menor número de queixas de sono demonstravam melhor desempenho nas recordações de palavras, por sua vez, os estudantes submetidos a horários matutinos revelavam redução do sono e aumento da sonolência diurna. Quando ocorrem comportamentos diurnos ineficientes em que surge maior instabilidade no desempenho geral do jovem, incluindo o seu desempenho académico, sucedem em simultâneo, noites de sono interrompidas ou a sua quantidade foi ineficiente (Dewald, Meijer, Oort, Kerkhof & Bögels, 2010).

Além da diminuição da qualidade e quantidade do sono influenciar o rendimento académico, este pode ser influenciado por outras variantes.

Segundo Merrel (2008) os jovens que apresentam depressão e ansiedade moderada ou severa tem probabilidade de sofrer um decréscimo do desempenho académico. Quanto mais elevados forem os sintomas de depressão, menor é a capacidade de concentração, a energia física e mental do estudante para conseguir realizar as suas tarefas académicas, assim como a sua motivação. Além disso, assumem-se como responsáveis do decréscimo do desempenho académico as alterações de sono, a

baixa auto estima e a auto avaliação negativa que vulgarmente acompanham os elevados níveis de depressão.

Em suma, em consonância com a literatura revista e os dados empíricos, da mesma, evidencia-se que o sono desempenha um papel essencial sobre o bom funcionamento físico, mental, comportamental, emocional e académico do jovem.

3. Representação global da depressão, ansiedade e stress nos jovens

A ansiedade, depressão e stress são três dimensões associadas à saúde mental do indivíduo. A saúde mental é considerada um meio de ajuda que potencia a produtividade e a riqueza do país, sendo que se traduz numa base fundamental para o bom funcionamento da sociedade e que deve ser alvo de elevada consideração. A relevância que a sociedade portuguesa atribui à saúde mental, tem aumentado. Diversos estudos revelam elevada importância na aposta e na identificação das necessidades terapêuticas de saúde mental nos cuidados de saúde primários (Serra, 2014).

A saúde mental, a saúde física e a social traduzem-se em fios de vida impreterivelmente entrelaçados e profundamente interdependentes. As mesmas são indispensáveis para o bem-estar global dos indivíduos e comunidades (World Health Organization [WHO], 2001) em qualquer faixa etária.

Durante o desenvolvimento do ser humano, ocorrem diversas fases, uma delas designada fase "adulto jovem", que abrange o período dos 20 até aos 40 anos de idade. No decurso desse período ocorrem diversas modificações, sendo que, a entrada na "vida jovem" requer ajustamentos de ordem emocional, social e económica (Teodoro, 2010). Segundo o autor supramencionado, nesta fase, geralmente sucede a procura da realização profissional, a estruturação de um novo núcleo familiar e até a chegada dos filhos. Todas estas transformações provocam alterações de estilos de vida. Contudo, nesta fase, evidencia-se falta de maturidade emocional, parecendo ser um dos elementos determinantes do fato de que o primeiro episódio depressivo ocorra com maior frequência entre 25 e 44 anos de idade.

É notável, que diversos investigadores na atualidade tenham dirigido muita atenção para o estudo da psicopatologia em estudantes universitários, visto que esta parece estar a ampliar de frequência e intensidade nesta população (Santos, Pereira & Veiga, 2010).

Atualmente, a depressão é uma doença psiquiátrica relativamente comum na sociedade, manifestando sintomas de humor deprimido, perda de interesse e de prazer, sentimentos de culpa, auto-estima diminuída, perturbações de sono e de apetite, cansaço e concentração diminuída. Estes sintomas traduzem-se numa problemática para o indivíduo, prejudicando-o a diversos níveis (emocional, intelectual e social), sendo que em situações mais severas pode conduzir ao suicídio. A mesma pode ser de longa duração ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade do indivíduo realizar eficazmente o seu trabalho ou desenvolver competências na escola ou até lidar com a própria vida diária (World Health Organization [WHO], 2015).

Um estudo da consultora IMS Health revelou que em Portugal o consumo de antidepressivos está a aumentar, sendo este mais elevado no género feminino (Jornal de Notícias, 2015).

As perturbações depressivas abrangem perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva major, perturbação depressiva persistente (distimia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substância/medicamento, perturbação depressiva devido a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada. Todas estas perturbações apresentam uma caraterística em comum, a presença de tristeza, vazio ou humor irritável, acompanhada de modificações somáticas e cognitivas que afetam de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre as diversas perturbações são as questões relacionadas com

duração, *timing* ou etiologia presumida. Neste *cluster* de perturbações a perturbação depressiva major representa a condição clássica (APA, 2013).

Segundo os autores supramencionados, a perturbação depressiva major ocorre pelo menos durante duas semanas, durante a qual existe humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades. As alterações de sono podem assumir a forma de dificuldade em dormir ou de dormir em excesso. O que por vezes, leva o indivíduo a realizar o tratamento da perturbação depressiva major é o sono perturbado. A depressão abrange sentimentos de tristeza, isolamento, desespero, auto depreciação e auto estima deficitária.

Os sinais associados a estes sintomas incluem inibição motora ou, por vezes, agitação, afastamento do contacto interpessoal e alterações vegetativas tais como insónia ou modificações do apetite e do peso. A depressão representa um estado de humor, associado a um quadro clínico que deverá ser considerado um transtorno de humor (Sadock & Sadock, 2005).

No que concerne a evidências científicas, o estudo de Bouteyre, Maurel e Bernaud (2007), concretizado em França com 233 estudantes universitários, apurou que 41% sofria de sintomas depressivos. Numa outra investigação com 1743 estudantes, Verger, Lions e Ventelou (2009) constataram uma prevalência de mal-estar psicológico associado com o aumento do risco da ansiedade e depressão, 15,7% em jovens do sexo masculino e 33% do sexo feminino (citado por Almeida, 2014).

Uma outra investigação nesta área evidenciou que 17% dos estudantes apresentaram pontuações elevadas em medidas de depressão e 10% em medidas de ansiedade (Hunt & Eisenberg, 2010). Outros autores, Bayram e Bilgel (2008) ao estudar a população universitária turca, evidenciaram níveis de depressão moderada ou com

elevada severidade em 27,1% e de ansiedade 47,1%. Um estudo semelhante com 1296 estudantes nigerianos, 8,3% apresentava perturbação depressiva e 2,7% perturbação depressiva major (Adewuya, Ola, Aloba, Mapayi & Oginni, 2006).

Aliada à depressão, poderá emergir a ansiedade ou vice-versa. Dados epidemiológicos apontam que a ansiedade tem aumentado na população humana, incluindo no *cluster* dos estudantes universitários, nesse sentido, alguns autores designam o século XX de "Era da ansiedade" (Twenge, 2000).

As perturbações de ansiedade abrangem perturbações que partilham caraterísticas de medo e ansiedade excessivos e modificações de comportamento relacionadas. O medo é uma resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura. Estes dois estados sobrepõem-se, porém também divergem. Geralmente, o medo está associado mais frequentemente a picos de excitação autonómica necessários à luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, enquanto que a ansiedade está mais vezes associada a tensão muscular e a estados de vigilância em preparação para perigos futuros comportamentos cautelosos e de evitamento. Na perturbação de ansiedade generalizada, as caraterísticas chave são a ansiedade e a preocupação persistentes e excessivas em vários parâmetros, incluindo o trabalho, desempenho escolar, que o indivíduo tem dificuldade em controlar. Além disso, o indivíduo experiencia sintomas físicos, incluindo agitação, nervosismo ou tensão interior, fadiga fácil, dificuldades de concentração ou sensação de permanecer com mente vazia, irritabilidade, tensão muscular e perturbações de sono (APA, 2013).

Qualquer alteração que exija uma adaptação ou resposta física, mental ou emocional pode gerar uma reação de stress. Os conceitos de stress, incluindo o stress

como resposta biológica, o stress como um evento ambiental e o stress como uma transição entre o indivíduo e o ambiente (Townsend, 2011).

O conceito popular stress, emergiu nas Ciências da Saúde e na Psicologia através da Física, do autor Hans Selye y Walter Cannon nos anos trinta. Foi definido como uma perturbação da homeostasia ou resposta não especifica do organismo a toda as reivindicações. Este conceito é vulgarmente confundido com o conceito de ansiedade (Holgado, 2011).

O stress também pode ser considerado como um acontecimento ambiental, que surge quando ocorre uma alteração no padrão normal de vida do indivíduo, isto é, quando o indivíduo experiencia um elevado nível de acontecimentos de mudança de vida, torna-se suscetível a doenças físicas e psicológicas (Townsend, 2011). Este pode acarretar consequências negativas ao nível da saúde física, mental e social. Segundo Vaz Serra (2007) pode provocar lesões gástricas, ulceras e cólon irritável, aumento da glicémia e do colesterol.

A gestão do stress envolve a aplicação de estratégias de *coping* em resposta a situações stressantes. Existem diversos exemplos de estratégias de *coping* adaptativas incluindo o desenvolvimento da sensibilização, relaxamento, medicação, comunicação interpessoal com uma pessoa que se preocupa, resolução do problema, animais de estimação, música e outros (Townsend, 2011). Alguns autores referem que o aumento de casos de perturbações psicológicas se deve a uma redução do estigma relacionados com os problemas de saúde mental e, consequentemente, à elevada procura e facilidade de acesso aos serviços de apoio, o facto é que há uma ampliação real das complicações psicológicas apresentadas pelos estudantes do ensino superior (Resapes, 2002, citado por Almeida, 2014).

As alterações mentais representam um fardo excessivamente pesado, não só para os indivíduos portadores mas também para as suas famílias, produzindo uma perda marcada na qualidade de vida do indivíduo e dos que o rodeiam (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Atualmente vivemos numa sociedade muito distinta das anteriores, sendo esta urgente, rápida e ansiosa. Nunca as pessoas tiveram uma mente tão agitada e stressada, sendo que, quando não se encontram a realizar atividades interessantes, facilmente se angustiam. Raros são os indivíduos que contemplam as flores nos jardins ou se sentam para dialogar nas varandas ou à janela (Cury, 2015).

Em conformidade com os autores citados anteriormente, evidencia-se que a ansiedade, depressão e o stress acarretam consequências negativas na qualidade de vida e nas diversas fases da mesma. Segundo Serra (2014), as repercussões das patologias mentais são inúmeras, podendos atingir vários graus de gravidade, sendo o suicido e homicídio a mais grave de todas. Em Portugal, a taxa de suicídio aumentou entre 2008 (9,7‰) e 2010 (10,3‰), porém, entre 2010 e 2012 (10,1‰) ocorreu uma ligeira diminuição.

No que respeita ao stress, este pode provocar ansiedade e depressão. Além disso, tem um forte impacto negativo no corpo do indivíduo, como: insónia, rugas, pressão arterial elevada, palpitações, dores de costas, problemas epidérmicos e digestivos, infeções crónicas, esterilidade e impotência sexual. O stress associa-se a uma deterioração das relações sociais e a performance profissional, potenciando a irritação, ao empobrecer a capacidade de ouvir os outros, ao enfraquecer a concentração e favorecer o retraimento e a perda de espirito de equipa (Servan-Schereiber, 2004).

Nos episódios das perturbações depressivas leves, moderadas ou graves típicos, o indivíduo sofre redução de humor, de energia e de atividade. As capacidades de sentir prazer, interesse e concentração diminuem, e torna-se comum o cansaço marcante após esforço, mesmo mínimo (Fonseca, Coutinho & Azevedo, 2008).

Recentemente, foi realizado um estudo por Calado et al. (2012) com o objetivo de caraterizar a amostra de estudantes que recorriam às consultas de psicologia dos SASUA (Serviço de Ação Social da Universidade de Aveiro), durante o ano letivo de 2010/2011. Os autores do estudo evidenciaram que 76% dos estudantes obtiveram diagnósticos de quadros clínicos, segundo os critérios do DSM-IV-TR. Dos mesmos, destacavam-se as perturbações de humor (43%) e as perturbações de ansiedade (30%), seguidamente as perturbações de personalidade (13%) e as perturbações de adaptação e do comportamento alimentar (4%). No entanto, também constataram problemáticas como conflitos interpessoais, dificuldades económicas, insucesso académico, orientação vocacional e luto foram também evidentes nos sujeitos que recorreram às consultas.

Em entrevista com a Psicóloga Clínica do Gabinete Clínico do IPB foram fornecidos dados relativos ao ano 2014/2015 que se integram na temática, apresentando 30% dos estudantes ansiedade, 15% ataques de pânico, 15% humor depressivo, 20% acontecimentos de vida traumáticos, 6% transtornos de personalidade, 4% perturbações alimentares e 10% outras problemáticas.

Da análise da literatura, verifica-se que as alterações mentais na população jovem têm aumentado, o que é dramático, pois a saúde mental e o bem-estar assumem-se como parâmetros fundamentais para a comunidade e para cada indivíduo enquanto ser humano que pensa, sente, interage, vive e aprecia a vida. Os indivíduos, comunidade e

sociedade em todo o mundo, devem considerar a saúde mental como uma preocupação, realizando medidas em prol da sua promoção, proteção e restauração (WHO, 2013).

Particularmente, a saúde mental dos estudantes do ensino superior deverá representar uma importante questão de saúde pública, que não deve ser descurada pelas instituições de ensino, dado o seu impacto, não só a nível pessoal e social, como também académico.

3.1.Perspetiva epidemiológica: ansiedade, depressão e stress

Atualmente, a investigação epidemiológica refere que os distúrbios psiquiátricos e problemas relacionados com a saúde mental assumem a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura em todo o mundo (Patel, 2012, citado por Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães & Caldas-de-Almeida, 2013).

A OMS refere o estudo de Saraiva e Cerejeira (2014) pois constataram que a população mundial sofre de índices elevados de depressão, traduzindo-se em 154 milhões de pessoas no mundo, sendo que, 91 milhões se apresentam afetadas por problemas de alcoolismo, 25 milhões sofrem de esquizofrenia e 15 milhões de consumo excessivo de drogas e outras demências.

No estudo de Xavier et al. (2013), verificaram que os distúrbios mentais assumem a porção de 12% de carga global de doenças em todo o mundo, valor que aumenta para 23% nos países desenvolvidos. Nos países da europa, as alterações de saúde mental correspondem a cerca de 26,6% de todos os problemas de saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o desenvolvimento de um transtorno psíquico pode acontecer em qualquer fase da vida, estando presente em 25%

dos indivíduos, estimando-se que 1 em cada 4 famílias, possui um membro com um problema mental (Serra, 2014)

Relativamente a dados estatísticos ou investigações científicas sobre prevalência da depressão em estudantes de ensino superior em Portugal, a literacia portuguesa é muito escassa. Porém, é de conhecimento comum, que a ida para a universidade exige alterações nos padrões de vida que podem potenciar o aumento dos níveis de depressão, stress e ansiedade.

Segundo Santos (2011), a entrada no ensino superior assume-se como uma nova etapa de extrema importância para o jovem, que implicará um período de maior stress e angústia no processo de adaptação e aceitação. No estudo de Campos e Gonçalves (2004) da sua população de estudantes, 9% apresentava-se disfóricos ou deprimidos.

O estudo de Santos (2011) que incluiu 666 estudantes da Universidade de Aveiro, evidenciou que 15% dos estudantes apresentavam sintomatologia depressiva e 26% com elevados níveis de *stress* (citado por Almeida, 2014).

No estudo de Pereira (2009) os resultados apontaram para uma elevada prevalência de depressão entre estudantes do ensino superior. Resultados semelhantes aos de Santos, Veiga e Pereira (2012) em que 666 estudantes, 15% da amostra demonstrava índices de depressão acima do normal, 11% depressão ligeira e 4% moderada e severa.

No estudo de Regestein et al. (2010), os estudantes universitários que referiam ter sono insuficiente ou curto e deitavam-se tarde, apresentaram elevadas pontuações em medidas de depressão, sendo que, os que se deitavam após as 2 horas da manhã apresentam maior risco para sintomatologia depressiva.

A prevalência da perturbação depressiva major em indivíduos entre os 18 e os 29 anos é 3 vezes superior à prevalência em indivíduos com 60 anos ou mais anos. Desde o início da adolescência o género feminino apresenta taxas 1,5 a 3 vezes superiores em relação ao sexo masculino (APA, 2013).

A depressão ocupa o terceiro lugar das causas das doenças a nível global e a primeira nos países desenvolvidos e está previsto que, em 2030, passe a ser a primeira causa de doença no mundo (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2012).

Relativamente à ansiedade, Serra (2014) constatou que em 2012, a maior parte da população portuguesa se apresentava ansiosa. Quanto à média da União Europeia, Portugal está entre os países com maior percentagem de indivíduos ansiosas e França é o país onde o nível de ansiedade é superior.

No que concerne à área do curso frequentado, os cursos da área da Saúde apresentaram maior relevância, expondo menores níveis de bem-estar e maiores níveis de sintomatologia depressiva e de ansiedade (Santos, 2011). Quando os estudantes procuram os serviços de apoio e aconselhamento psicológico, referem em primeiro lugar problemas de ansiedade, seguindo-se se as preocupações académicas e em terceiro a depressão (Edwards & Holden, 2001).

O estudo de Dias e Fontaine (1996), 83% dos estudantes participantes referem a existência de humor depressivo, porém apena 3% recorre a consultas de técnico de saúde mental no último ano. No que concerne ao stress, Luz, Castro, Couto, Santos e Pereira (2009) referem que em Portugal as investigações evidenciam percentagens de 48% de estudantes com stress moderado e de 26% com nível elevado.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, em Portugal, a proporções com mais elevado número de registos são as de utentes com perturbações depressivas, seguidas das perturbações de ansiedade e, finalmente, das demências (Direção Geral de Saúde [DGS], 2014).

Os dados apresentados pela literacia, demonstram que a saúde mental da população tem vindo a deteriorar-se, tornando-se evidente a importância da realização de estudos neste sentido, prevenindo posteriormente o desenvolvimento destas perturbações que acarretam consequências na vida do seu humano.

3.2.Ansiedade, depressão, stress e sua relação com o sono

Pressupõem-se que os níveis de ansiedade, depressão e stress possam ter alguma influência no sono e vice versa.

Existe uma impactante relação entre reduzidas horas de sono, maior sonolência diurna e níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress com o excesso de peso e dores de cabeça frequentes (Pinto et al., 2012).

Além disso, a redução do tempo de sono está relacionada com o sofrimento psíquico, sendo prevalente e persistente em adultos jovens (Glozier et al., 2010).

No estudo de Caetano e Thomaz (2012) os jovens afirmaram que os hábitos e perturbações do sono, ao influenciarem negativamente a qualidade de vida, também geram a situações de stress, impaciência e indisponibilidade, irritabilidade, agressividade, distrações e apatia, ou e pelo contrário, a situações de hiperatividade, desconforto, dificuldade de interação, tristeza, isolamento, falta de ânimo e de energia.

Para Paiva (2015) quem dorme bem tem uma grande capacidade de adaptação a circunstancias adversas, como o stress.

O sono e o stress estão associados de forma bilateral (Sadeh & Gruber, 2002), visto que, o ciclo vigília-sono pode ser afetado por uma vida de stress, tornando-se por vezes o sono em si mesmo um fator "stressante" para o jovem que atribui maior relevância a outras áreas da sua vida, ficando com pouco tempo para poder dormir. Para Almondes e Araújo, (2003) quando os horários de sono adotados são irregulares ocorrem frequentemente sintomas e sinais de ansiedade. Além disso, quando os jovens têm despertares precoces os níveis de ansiedade também aumentam.

Contudo, não são só os despertares precoces que contribuem para o aumento da ansiedade, isto é, a duração do sono quando reduzida é uma queixa clínica comum entre os indivíduos que possuem transtornos mentais e um componente de vários diagnósticos (Glozier et al., 2010).

A diminuição do período de sono normal potencia um aumento da agressividade, irritabilidade, labilidade emocional e menor tolerância à frustração (Blunden, 2011).

O parâmetro de ansiedade como fator endógeno que afeta a expressão temporal do padrão do ciclo sono-vigília, e a irregularidade do ciclo sono-vigília derivado aos horários escolares e às demandas académicas (fatores exógenos) cooperam para o aumento do estado de ansiedade (Almondes & Araújo, 2003).

Segundo Breslau, Roth, Rosenthal e Andreski (1997), 75% das pessoas com transtornos do ciclo sono-vigília apresentam sintomas de ansiedade ou depressão e mais de 50% dos indivíduos com queixas persistentes de sono padecem de um transtorno psicológico.

Relativamente à Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior (RESAPES) existente nas Cidades Braga, Porto, Coimbra, Leiria, Lisboa, Setúbal, Évora, Beja, Algarve e Açores, as problemáticas mais evidenciadas nestes serviços centram-se no mal estar psicológico, acontecimentos de vida traumáticos, ansiedade, depressão, tristeza, stress, perturbações de sono, entre outras (Pereira et al., 2002, citado por Pereira, 2010).

As insónias surgem frequentemente no indivíduo que muitas vezes é dotado de uma personalidade ansiosa ou perfecionista. No que concerne à realização de sestas, os indivíduos deprimidos não as devem realizar, pois potenciam o aumento da depressão (Paiva, 2015).

O autor Dahl (2002) examinou a regulação pessoal do ciclo sono-vigília na vida dos indivíduos jovens com processos afetivos e cognitivos, comprovando a existência de uma estreita ligação entre a privação de sono e as mudanças a nível emocional.

É de conhecimento científico que a privação de sono potencia os lapsos de atenção, torna a memória mais lenta, reduz o output cognitivo e induz um humor depressivo (Paiva, 2015).

Os resultados apresentados pelos diversos autores supramencionados, permitem evidenciar que existe uma forte ligação entre o sono e os níveis de depressão, stress e ansiedade. Estes dados são relevantes para o estudo, pois será pertinente saber se existe algum tipo de relação destes parâmetros nos estudantes do ensino superior do IPB.

II PARTE - ESTUDO EMPÍRICO

Qualidade do sono e suas implicações ao nível da ansiedade, depressão e stress nos estudantes do ensino superior

1.Metodologia

Neste capítulo incluiu-se a explicação e fundamentação relativamente às preferências metodológicas e seguidamente ao processo heurístico.

Estruturalmente o capítulo da metodologia inclui cinco fases, a primeira compreende a contextualização e os objetivos do estudo, a segunda corresponde aos participantes/ população eleita e o processo da seleção da amostra representativa dessa mesma população (apresentando as percentagens atribuídas a cada unidade orgânica do Instituto Politécnico de Bragança), na terceira constam os procedimentos do estudo que inclui o desenho, os procedimentos éticos e deontológicos assim como os de recolha de dados. Na quarta e quinta fase abordam-se todos os procedimentos associados à realização do trabalho empírico, a descrição dos instrumentos, o método de tratamento de dados e a operacionalização das variáveis do estudo.

O trabalho empírico realizado, teve como campo de estudo o Instituto Politécnico de Bragança (IPB) – Unidades Orgânicas: Escola Superior de Saúde de Bragança, Escola Superior de Educação, Escola Superior das Ciências Agrárias e Escola Superior de Tecnologia e Gestão e debruçou-se em diversas Licenciaturas.

A preferência pelo nível de ensino Superior emerge da análise dos dados científicos centrados na temática que revelam que os jovens são uma população que sofre de diversas alterações nos seus padrões de sono e apresentam frequentemente alterações na sua saúde mental.

1.1.Contextualização e objetivos de estudo

A importância da investigação realizada, centra-se na qualidade do sono e nos níveis de depressão, stress e ansiedade dos estudantes do Ensino Superior do Instituto Politécnico de Bragança, para que através dessa análise possam ser realizadas intervenções promotoras de comportamentos saudáveis que permitam manter a qualidade de vida dos estudantes.

1.1.1.Local do estudo

O local para a realização deste estudo foi Instituto Politécnico de Bragança (IPB). O mesmo inclui 4 unidades orgânicas no Concelho de Bragança, cada uma direcionada para diferentes áreas, que se designam por: Escola Superior de Saúde, Escola Superior Agrária, Escola Superior de Educação e Escola Superior de Tecnologia e Gestão (Instituto Politécnico de Bragança [IPB], 2016).

A Escola Superior de Saúde (ESSa) assume um património técnico-científico pedagógico e cultural relevante. O edifício da mesma, não se encontra localizado no campus do IPB, visto que, foi herdado da extinta Escola Superior de Enfermagem. Tem como responsabilidade o desenvolvimento da formação nas áreas das tecnologias em saúde, incluindo 5 licenciaturas: Licenciatura em Enfermagem, Licenciatura em Gerontologia, Licenciatura em Ciências Biomédicas Laboratoriais, Dietética e Nutrição e Licenciatura em Farmácia.

As licenciaturas incluídas na unidade orgânica supramencionada têm como objetivo geral contribuir para a formação de profissionais no âmbito da saúde, com o intuito de promover a saúde e prevenir a doença nas comunidades. Além das Licenciaturas

apresentadas a Escola também oferece a possibilidade de frequentar os Cursos Técnicos Superiores Profissionais, Mestrados e Pós Graduações (IPB, 2016).

A Escola Superior Agrária (ESA) desenvolve ensino, investigação, experimentação e desenvolvimento tecnológico e, o apoio à comunidade. A mesma desenvolve atividades no âmbito das Ciências Agrárias e inclui os cursos de licenciatura: Biologia e Biotecnologia, Ciência e Tecnologia Alimentar, Ciências Florestais e Recursos Naturais, Enfermagem Veterinária, Engenharia Agronómica, Engenharia Alimentar, Engenharia Biotecnológica, Engenharia do Ambiente, Engenharia Florestal, Engenharia Zootécnica, Fitofarmácia e Plantas Aromáticas e Medicinais e Paisagismo (IPB, 2016).

Além das Licenciaturas citadas a ESA inclui Cursos Técnicos Superiores Profissionais e Mestrados. No que concerne à investigação, experimentação e desenvolvimento tecnológico, as linhas gerais em prática que são seguidas na ESA, estão relacionadas com as áreas de formação ministradas, direcionadas para a resolução de questões do meio envolvente à Instituição (IPB, 2016).

A Escola Superior de Educação (ESE) inaugurou-se com os desígnios associadas à formação inicial de Educadores de Infância e de Professores do Ensino Básico (1º e 2º e 3º ciclos). Atualmente, a ESE tem como finalidade a qualificação dos jovens e adultos da região transmontana oferecendo a possibilidade de frequentar em licenciaturas: Animação e Produção Artística, Arte e Design, Desporto, Educação Ambiental, Educação Básica, Educação Social, Línguas Estrangeiras: Inglês e Espanhol, Línguas para Relações internacionais, Música e Relações Lusófonas e Língua Portuguesa. Também compreende Cursos Técnicos Superiores Profissionais Mestrados e Pós-Graduações (IPB, 2016).

A Escola Superior de Tecnologia e Gestão (ESTiG) tem-se assumido como uma das maiores Escolas de Tecnologia e Gestão do país, apresentando a missão da

formação e de investigação/desenvolvimento nas áreas da engenharia e das ciências empresariais. Esta disponibiliza Cursos Técnicos Superiores Profissionais, Mestrados, Cursos de Curta Duração e as Licenciaturas de Contabilidade, Engenharia Civil, Engenharia de Energias Renováveis, Engenharia Eletrotécnica e de Computadores, Engenharia Informática, Engenharia Mecânica, Engenharia Química e Biológica, Gestão, Gestão de Negócios Internacionais, Informática de Gestão, Tecnologia Biomédica e Tecnologia e Gestão Industrial (IPB, 2016).

Das 4 unidades orgânicas constituintes do IPB, a ESTiG apresenta o maior número de docentes e estudantes nos diversos cursos disponibilizados (IPB, 2016).

No que concerne à localização das unidades orgânicas ESE, ESA e ESTiG encontram-se muito próximas umas das outras, dos Serviços Académicos e dos Serviços de Ação Social (Campus Académico).

1.1.2. Objetivos do estudo

O objetivo geral ou objetivos gerais indicam a principal intenção de um estudo, isto é, corresponde aos resultados que o estudo pretende alcançar (Sousa & Baptista, 2011).

Neste sentido objetivou-se:

- Avaliar a qualidade do sono dos estudantes do ensino superior;
- Analisar os níveis de ansiedade, depressão e stress vivenciados pelos estudantes do ensino superior.

2.1. População e amostra

A população-alvo corresponde aos estudantes do ensino superior inscritos no Instituto Politécnico de Bragança (5178) no ano letivo de 2015. No entanto, perante as particularidades desta investigação, optar-se-á por uma amostra representativa do total de estudantes que frequentava as componentes teóricas nas quatro unidades orgânicas do campus de Bragança do IPB. Posteriormente, considerou-se para cada unidade orgânica a amostra proporcional ao peso que esta tem no total de alunos em estudo.

A população dos cursos de licenciatura por Escolas do Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior Agrária: 751 alunos; Escola Superior de Educação: 1390 alunos; Escola Superior Tecnológica e Gestão: 1960 alunos e Escola Superior de Saúde: 1077 alunos.

Desta distribuição populacional, foi retirada uma proporção de cada Escola, de forma a garantir uma amostra representativa. De modo a obter-se amostra que traduzisse a referida população, contemplou-se:

— **Diversos anos** para obtermos uma panorâmica dos hábitos de sono em diferentes momentos da vida no ensino superior, desde o 1º ano, que inclui estudantes em processo de transição e integração no ensino superior, até ao 3º ano em que o estudante se encontra em plena vida académica. Posteriormente, foram excluídos os estudantes da Escola Superior de Saúde que estivessem a frequentar o 4º ano, por apenas existirem nesta escola ciclos de estudos com 240 ECTS.

A amostragem foi determinada de acordo com um plano de seleção proporcional às unidades orgânicas do IPB. Assim, tendo por base a população total 5178 estudantes optou-se por ver o peso dos estudantes que frequentam cada escola para

depois fazer a distribuição dos questionários de acordo com cada situação. Deste modo obteve-se a seguinte proporção por escola: ESA:14,2%, ESE:26,8%, ESTiG:38% e ESSa:20,9%.

Posteriormente, com base num erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%, a amostra calculada foi de 358 participantes, distribuídos pelas quatro Unidades Orgânicas da seguinte forma:

- ESA: 51 estudantes;
- ESE: 96 estudantes;
- ESTiG: 136 estudantes;
- ESSa: 75 estudantes.

Deste modo, para definir a amostra de estudo, consideraram-se os seguintes **critérios de inclusão**:

i. Estudantes do Instituo Politécnico de Bragança;
ii. Estudantes a frequentar componente teórica;

Como critérios de exclusão:

i. Questionários incompletos;
ii. Estudantes de CETs e de Mestrado;
iii. Estudantes da Escola Superior de Comunicação Administração e Turismo de Mirandela.

Trata-se de uma amostra não probabilística, acidental ou conveniente, uma vez que foi obtida em função dos alunos que se encontravam na sala e quiseram participar, na data em que foi aplicado o instrumento (Maroco, 2007).

2.1.1 Amostra: caraterização

Neste subcapítulo é apresentada a caracterização sociodemográfica da amostra em estudo. Da análise da tabela 1 constata-se que dos 358 estudantes inquiridos 63,4% (227) são raparigas e os restantes 36,6% (131) são rapazes. A amostra apresenta idade média de 21,2 anos com desvio padrão de 3,37 anos a partir do mínimo de 18 anos e máximo de 51 anos. Ainda relativamente à idade as raparigas apresentam idade média de 21,48 anos com desvio padrão de 2,69 anos e os rapazes idade média de 21,04 anos com desvio padrão de 3,70 anos, (Anexo I). Foram consideradas classes para a idade o que permite verificar que 51,4% (184) dos estudantes tinham no máximo 20 anos, 35,5% (127) apresentavam idade entre os 21 e os 23 anos e 13,1% (47) idade superior a 23 anos. Verificou-se ainda que a maioria dos estudantes do estudo apresentava o estado civil solteiro (94,4%; 338).

Os dados revelam ainda que 76,5% (274) são estudantes deslocados e 46,4% (166) residem em locais movimentados/junto de estabelecimentos de entretenimento noturno. Quanto à escola frequentada observamos que: 20,9% (75) dos estudantes frequentavam a ESSa, 38,0% (136) frequentavam a ESTiG, 26,8% (96) estudavam na ESE e 14,2% (51) na ESA. Por outro lado, 29,3% (105) frequentavam o 1º ano, 43,9% (157) estudavam no 2º ano e os restantes 26,8% (96) estavam no 3º ano.

***Tabela 1**- Caraterização sociodemográfica da amostra em estudo*

Variáveis		***Frequência absoluta (n)***	***Frequência relativa (%)***
Género	Masculino	131	36,6
	Feminino	227	63,4
	Total	358	100
Faixa etária	Até 20 anos	184	51,4
	21 a 23 anos	127	35,5
	Superior a 23 anos	47	13,1
	Total	358	100,0
Estado Civil	Solteiro	338	94,4
	Outros	20	5,6
	Total	358	100,0
Aluno deslocado	Sim	274	76,5
	Não	84	23,5
	Total	358	100,0
Reside em locais movimentados/junto de estabelecimentos de entretenimento noturno	Sim	166	46,4
	Não	192	53,6
	Total	358	100,0
Escola frequentada	ESSa	75	20,9
	ESTiG	136	38,0
	ESE	96	26,8
	ESA	51	14,2
	Total	358	100,0
Ano frequentado	Primeiro	105	29,3
	Segundo	157	43,9
	Terceiro	96	26,8
	Total	358	100,0

Da análise da tabela 2, verifica-se que quanto à prática de exercício físico 61,5% (220) afirmaram que o praticavam. No que concerne à variável consumo de substâncias a maioria dos alunos (70,1%;251) consome pelo menos uma substância. Dos que referem consumir substâncias, 74,02% (265) referem álcool, 13,13% (47) bebidas energéticas, 9.22% (33) cannabis e 2,79% (10) antidepressivos, (Anexo I).

Tabela 2 - *Caraterização dos hábitos de vida*

Variáveis		***Frequência absoluta (n)***	***Frequência relativa (%)***
Prática de exercício físico	Sim	220	61,5
	Não	138	38,5
	Total	358	100,0
Consumo de substâncias	Sim	251	70,1
	Não	107	29,9
	Total	358	100,0

3.1. Procedimentos

Neste subcapítulo são descritos os procedimentos realizados para a concretização do estudo, relativos ao desenho do estudo, procedimentos éticos e deontológicos e os procedimentos de recolha de dados nos diversos momentos, conforme será apresentado seguidamente.

3.1.1. Desenho do estudo

Atualmente nos processos de investigação, pode recorrer-se a diversos tipos de métodos, métodos de investigação quantitativa, métodos de investigação qualitativa e métodos mistos. Segundo Fortin (2009), o tipo de estudo difere segundo a função do que se solicita: descrever variáveis ou grupos de indivíduos, estudar relações de associação entre variáveis ou predizer relações de causalidade entre variáveis independentes e dependentes.

No que concerne à natureza desta investigação, este estudo desenvolveu-se segundo um desenho descritivo-correlacional, inserido no paradigma quantitativo e num plano transversal.

A investigação quantitativa integra-se no paradigma positivista, apresentando como objetivo a identificação e apresentação de dados, indicadores e tendências observáveis. Este tipo de investigação é conveniente quando existe a possibilidade da colheita de medidas quantificáveis de interferências a partir de amostras de uma população (Sousa & Baptista, 2011).

Neste sentido, a colheita dos dados através do instrumento aplicado, permitiu obter medidas quantificáveis acerca da qualidade do sono dos estudantes de ensino superior e os seus níveis de ansiedade, depressão e stress, para posteriormente compreender e responder às necessidades identificadas.

Assume caráter descritivo, pois compreende estratégias de pesquisa que descrevem comportamentos, abrangendo a identificação de fatores que possam estar relacionados com um fenómeno ou mais fenómenos (Freixo, 2009). Foram realizadas pesquisas que descreviam comportamentos do sono adotados pelos estudantes, assim como a identificação de fatores prevalentes que interferiam com a qualidade do mesmo. Foi efetuada uma análise descritiva de estudos que avaliavam a incidência e prevalência da ansiedade, depressão e stress nos estudantes do ensino superior, assim como as suas causas e interferências com o sono.

Carateriza-se também como descritivo-correlacional pois tem a finalidade de explorar a relação entre variáveis e descrever as mesmas, possibilitando ao autor determinar quais as variáveis associadas ao fenómeno estudado (Fortin, 2009).

Também designado de transversal, pois emerge de um panorama estático que oferecem os questionários, caraterizando-se como uma "fotografia", dado que, a aplicação dos instrumentos decorreu num único momento durante o mês de novembro de 2015 nas quatros escolas do Instituto Politécnico de Bragança.

3.1. 2. Procedimentos éticos e deontológicos

Para realização do estudo, todos os processos que preconizavam autorizações foram conseguidos, respeitando os princípios éticos, valores e normas do código deontológico do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2003), em concordância também com os princípios éticos aceites pela comunidade de investigação e pela Declaração de Helsínquia, tais como: consentimento informado aos estudantes participantes, confidencialidade, respeito, seriedade nas relações estabelecidas e a garantia dos direitos dos que participaram voluntariamente neste trabalho de investigação.

Para dar início ao estudo, garantindo a possibilidade de utilizar os instrumentos selecionados, efetuou-se um pedido de autorização por escrito, via e-mail, a 06/11/2015 ao Professor Joaquim Ramalho, solicitando a utilização do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) para a investigação. Neste pedido de autorização constou a razão da utilização do instrumento (tipo de estudo), o local onde seria realizado, a identificação da aluna e as suas respetivas orientadoras (Anexo II). No mesmo dia foi obtida resposta de confirmação do autor (Anexo II). Da mesma forma foi realizado o pedido de autorização para utilização da EADS- 21 ao Professor José Ribeiro a 6/11/2015, recebendo a devida resposta de aprovação a 7/11/2015 (Anexo III). De salientar que este procedimento não seria necessário, pois desde que o instrumento de

colheita de dados se encontre aferido e publicado não carece de solicitação de autorização.

Seguidamente procedeu-se a um pedido de autorização (Anexo IV) por escrito à Presidência do Instituto Politécnico de Bragança para a aprovação do estudo e aceitação da aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados. Este pedido comportava o esclarecimento acerca do tipo de investigação que se pretendia realizar, os objetivos e hipóteses que se pretendiam avaliar e a população que iria abranger o estudo. O deferimento foi obtido no mês de julho (Anexo V).

Posteriormente, foram abordados os dirigentes das 4 unidades orgânicas, a quem foi dado a conhecer o interesse e a pertinência do estudo, sendo-lhes apresentados os devidos objetivos e o respetivo instrumento. Foi solicitada a permissão da aplicação do mesmo em sala de aula, a qual foi obtida.

Em contexto de sala de aula os estudantes foram elucidados acerca do preenchimento dos questionários (Anexo VI), assegurando a garantia do seu anonimato e o preenchimento voluntário para quem estivesse interessado se disponibilizasse a participar no estudo (Anexo VII).

3.1.3. Procedimento de recolha de dados

Após as autorizações e esclarecimentos referidos anteriormente foi solicitada a permissão da aplicação do instrumento em sala de aula, a qual foi aprovada. Neste sentido, o procedimento realizado decorreu da seguinte forma:

- no início de cada aula na presença do Professor da Unidade Curricular;

- explicação em voz alta, dos objetivos e investigação que estava a ser realizada;

- apresentação dos instrumentos de recolha de dados e esclarecimento do seu preenchimento;

- garantia do anonimato das respostas e da participação voluntária;

- distribuição dos vários instrumentos pelas turmas e recolha após preenchimento.

O processo de preenchimento do instrumento decorreu no período entre 5 e 23 de novembro de 2015, ocupando uma duração média de 15 a 20 minutos, conforme a frequência de dúvidas que surgissem.

Os instrumentos foram aplicados na ESSa aos alunos das licenciaturas de Gerontologia e de Enfermagem, na ESE aos alunos das licenciaturas de Educação Social (duas turmas) e Línguas para Relações Internacionais, na ESTiG aos alunos das licenciaturas de Gestão e de Engenharia Mecânica, Engenharia Biomédica, Informática de Gestão, Engenharia Eletrotécnica e de Computadores, Engenharia Informática e Informática de Gestão, na ESA aplicados aos alunos das licenciaturas de Enfermagem Veterinária e Engenharia Ambiental, Engenharia Agronómica e Engenharia Zootécnica.

4.1. Instrumento de recolha de dados

O instrumento para a recolha de dados utilizado é constituído por três partes: uma ficha sociodemográfica, o instrumento de avaliação da qualidade do sono (Índice de Qualidade de Sono de *Pittsburgh – IQSP);* Buysse, Reynolds, Monk, Berman e Kupfer (1989); *versão portuguesa adaptada por Ramalho, 2008)* e um instrumento para avaliar os níveis de ansiedade, depressão e stress (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress - EADS-21; de autoria de Lovibond e Lovibond (1995), adaptado para a versão portuguesa por Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

4.1.1. Ficha sociodemográfica

A ficha sociodemográfica (Anexo VIII) foi criada especificamente para esta investigação com o propósito de caraterizar a amostra, versando informações relativas à idade, género, escola, ano, curso, prática de exercício físico, se é aluno deslocado, se reside em locais movimentados/juntos de estabelecimentos de entretenimento noturno e consumo de substâncias (drogas, medicamentos, álcool…).

4.1.2. Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP)

O Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) é um instrumento da autoria de Buysse, et al., (1989), cuja versão portuguesa para investigação foi desenvolvida por Ramalho em 2008 e a sua tradução para português foi realizada por Bertolazi também em 2008.

É considerado estável para avaliar a qualidade do sono, visto que, é acessível e que identifica se os indivíduos dormem bem ou mal (Escobar-Córdoba & Eslava-Schmalbach, 2005).

Estruturalmente é composto por 19 questões, sendo 15 itens de escolha múltipla que se referem à frequência das perturbações de sono e qualidade subjetiva do mesmo e 4 itens de resposta escrita que se referem ao horário de deitar e acordar e à latência e duração do sono (Anexo IX).

A pontuação dos itens de escolha múltipla varia entre 0 (zero) e 3 (três), sendo 3 (três) a pior cotação. Neste sentido, a pontuação 0 (zero) refere-se a "nenhuma vez", a pontuação 1 (um) refere-se a "menos de uma vez por semana", a pontuação 2 (dois)

refere-se a "uma ou duas vezes por semana" e a pontuação 3 (três) refere-se a "três vezes por semana ou mais" (Ferreira, 2012).

O questionário abrange 7 componentes características distintas da qualidade do sono, nomeadamente: (1) Qualidade de sono, (2) Latência do sono, (3) Duração do sono, (4) Eficiência habitual do sono, (5) Distúrbios do sono, (6) Uso de medicação para dormir e (7) Sonolência diurna, sendo que o seu somatório total representará a qualidade do sono (Buysse et al., 1989).

Neste sentido, o Índice de Qualidade de Sono Global é calculado somando os valores obtidos para cada uma das componentes mencionadas (Anexo X), assim índices globais menores ou iguais a 5 indicam uma boa qualidade de sono, enquanto resultados superiores a 5 revelam uma má qualidade de sono, a pontuação máxima é de 21 pontos, sendo que quanto maior é a pontuação, pior é a qualidade de sono (Buyesse et al., 1989).

A elevada fiabilidade do instrumento, foi constada por Buysse et al. (1989), que aplicaram pela primeira vez o IQSP a 148 indivíduos e obtiveram um valor de A*lpha* de Cronbach muito satisfatório de 0,83. Na versão portuguesa de Ramalho (2008), aplicado o IQSP a uma amostra de indivíduos portugueses constou um valor de *Alpha* de Cronbach de 0,66, demonstrando uma consistência interna mais baixa, de acordo com Baltar (2011).

No que concerne ao nível de consistência interna do IQSP do presente estudo, esta foi verificada através do *Alpha* de Cronbach, e os resultados foram 0,711, uma consistência interna razoável (Pestana & Gageiro, 2005). Salienta-se que o valor de consistência interna obtido é superior ao obtido por Ramalho em 2008.

É considerado um instrumento de rápida administração, fácil aplicação, fidedigno e adequado para a investigação clínica em distintos grupos etários (entre os 6 e os 90 anos de idade) incluindo população clínica e não clínica (Duarte, 2007).

4.1.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

O nome de origem do instrumento é Depression Anxiety Stress Scale (DASS) sendo da autoria de Lovibond e Lovibond, (1995) e adaptação da versão portuguesa foi realizada por Alves, Carvalho e Batista, (1999) e posteriormente por Ribeiro, Honrado e Leal (2004) (Anexo XI).

No estudo desenvolvido, foi utilizada a versão reduzida de 21 itens, adaptada para a população portuguesa por Pais Ribeiro, Honrado e Leal, (2004). Os 21 itens incluem 3 dimensões, designadamente: ansiedade, depressão e *stress.* Para cada dimensão destinam-se 7 pontos do total de 21 itens na respetiva escala. Cada item está associado a uma frase afirmativa que remete para sintomas emocionais negativos, em que o indivíduo identifica o seu estado emocional relativamente à sua última semana, optando por uma pontuação entre "0 – Não se aplicou nada a mim"; "1-Aplicou-se a mim algumas vezes"; "2- Aplicou-se a mim muitas vezes" e "3 – Aplicou-se a mim sempre".

A EADS-21 fornece três pontuações, uma para cada subescala (depressão, ansiedade e *stress*, em que a mínima é "0" e a máxima é "21"), escala tipo Likert.

Para alcançar o resultado de cada uma das subescalas somam-se os valores dos sete itens correspondentes. Quanto mais elevada for a pontuação, mais negativos são os estados emocionais do indivíduo. De acordo com Veigas e Gonçalves (2009), os itens

compreendem diversos conceitos, correspondentes às três dimensões da escala EADS (e.g., anedonia, experiências subjetivas de ansiedade, dificuldade em relaxar, desânimo, impaciência).

No que concerne à consistência interna da versão original foi elevada, com valores de *Alpha* de Cronbach de 0,81 para a dimensão depressão, de 0,83 para a dimensão ansiedade e de 0,81 para a dimensão stress (Lovibond & Lovibond, 1995).

Na versão portuguesa (aplicada a 200 indivíduos) os resultados foram igualmente elevados, com valores de A*lpha* de Cronbach para escala de Stress de 0,81, da Ansiedade de 0,74 e da Depressão de 0,85, valores que variam entre 0,74 e 0,85 (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Relativamente à consistência interna da AEDS do presente estudo, esta foi verificada através do *Alpha* de Cronbach, e os resultados foram de 0,889; 0,797 e 0,833 para as dimensões stress, ansiedade e depressão, respetivamente, traduzindo-se numa consistência interna que varia entre razoável a boa (Pestana & Gageiro, 2005).

5.1.Metodologia de tratamento de dados

Para realizar o tratamento dos dados recolhidos, recorreu-se ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows,* versão 20.0.

O SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) assume-se como uma importante ferramenta informática que possibilita efetuar cálculos estatísticos complexos e visualizar os seus resultados em instantes. Representa um auxiliar excelente para um investigador em Ciências Sociais Humanas (CSH) que tenha realizado a recolha de

dados quantitativos em que o objetivo da análise é descrever, relacionar ou mesmo contrastar hipóteses de investigação (Coutinho, 2013).

Procedeu-se à elaboração de uma base de dados, com as respetivas componentes de cada instrumento para posteriormente serem inseridas as respostas atribuídas a cada um, pelos participantes.

Com vista à descrição e caraterização da amostra em estudo, foi realizada uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Recorreu-se às medidas estatísticas: frequências absolutas, frequências relativas, média, desvio padrão, mínimo, máximo e mediana, de forma a descrever as características sociodemográficas da amostra, assim como para descrever os instrumentos utilizados (Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress). Para realização da análise inferencial dos resultados obtidos recorreu-se a tabelas de cruzamento de variáveis e à aplicação do teste do qui-quadrado com o objetivo de avaliar a independência das variáveis. As condições de aplicação do teste de independência do teste do qui-quadrado (amostra superior a 20 elementos; frequência esperada superior a 1 e 80% da frequência esperada superior a 5) nem sempre são verificadas e nessas circunstâncias recorreu-se ao teste exato de Fisher. Posteriormente recorreu-se ao cálculo dos *odds ratio* e respetivos valores de prova de forma a especificar em função das variáveis independentes quando a qualidade de sono apresenta maior/menor probabilidade de significar um bom estado. De forma a verificar se existem diferenças entre os níveis de stress, ansiedade e depressão em função da qualidade do sono utilizou-se o teste paramétrico *t* para amostras independentes. Também foram determinados os coeficientes de correlação de Spearman (as variáveis não são normalmente distribuídas) entre as componentes e índice total da Qualidade do

Sono, assim como os coeficientes de correlação de Pearson entre os fatores da escala EADS e total do índice da qualidade do sono. Utilizou-se um nível de significância de 5%.

5.1.1. Operacionalização de variáveis e hipóteses

As hipóteses assumem-se como afirmações acerca das relações entre as variáveis em estudo (Sousa & Baptista, 2011).

A variável dependente do estudo é a qualidade do sono dos estudantes do ensino superior do IPB.

As variáveis independentes definidas são as caraterísticas sociodemográficas e os níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do ensino superior do IPB.

No que concerne às variáveis independentes sociodemográficas do estudo, conforme o quadro 2 considerou-se: o género, a idade, a escola, o curso, o ano, ser aluno deslocado, o estado civil e a residência em locais movimentados/junto de estabelecimentos de entretinimento noturnos.

A variável idades foi operacionalizada através de classes (até aos 20 anos, dos 21 aos 23 anos e idades superiores a 23 anos).

***Quadro 2** - Variáveis utilizadas na caracterização sociodemográfica*

Nome	Tipo de Variável	Categorias da Variável
Género	Qualitativa Nominal Dicotómica	Masculino; Feminino
Idade	Quantitativa Contínua	Número (anos)
Escola	Qualitativa Nominal	ESE, ESTIG, ESSa e ESA
Curso	Qualitativa Nominal	Gerontologia, Enfermagem, Gestão, Educação social, Línguas para Relações Internacionais, Engenharia biomédica, Informática de Gestão, Engenharia Informática, Engenharia Mecânica, Engenharia Ambiental, Engenharia Agronómica, Engenharia Zootécnica e Enfermagem Veterinária
Ano	Quantitativa Ordinal	Números (1º ano, 2º ano e 3º ano)
Aluno deslocado	Qualitativa Nominal Dicotómica	Sim/Não
Estado Civil	Qualitativa Nominal	Solteiro, Casado, União de facto, Divorciado e Viúvo
Residência junto de locais movimentos/juntos de estabelecimentos de entretinimento noturnos.	Qualitativa Nominal Dicotómica	Sim/Não

Quadro 3 *- Variáveis utilizadas na caracterização dos hábitos de vida*

Nome	Tipo de Variável	Categorias da Variável
Prática de exercício físico	Qualitativa Nominal Dicotómica	Sim/Não
Consome algum tipo de substância (duas vertentes)	Qualitativa Nominal Dicotómica	Sim/Não
Consome algum tipo de substância (se sim)	Qualitativa Nominal	Ansiolíticos, tranquilizantes, antidepressivos, antiepiléticos, estimulantes cerebrais, bebidas energéticas, álcool, haxixe, cannabis, cocaína, entre outras.

Aquando da seleção das respetivas variáveis (dependente e independes) é possível a construção de hipóteses de estudo. A existência de hipóteses e a sua verificação é algo específico e só faz sentido no âmbito de abordagens quantitativas (Sousa & Baptista, 2011)

Hipóteses de investigação:

- Hipótese 1: A qualidade do sono difere segundo o género;
- Hipótese 2: A qualidade do sono difere segundo a faixa etária;
- Hipótese 3: A qualidade do sono difere segundo a escola frequentada;
- Hipótese 4: A qualidade do sono difere segundo a prática de exercício físico;
- Hipótese 5: A qualidade do sono difere segundo o local de residência em locais movimentados/junto de estabelecimentos de entretenimento noturno;

- Hipótese 6: A qualidade do sono difere em função de o estudante ser ou não deslocado;
- Hipótese 7: A qualidade do sono difere em função do consumo *vs* não consumo de substâncias;
- Hipótese 8: A qualidade do sono difere segundo os níveis de depressão;
- Hipótese 9: A qualidade do sono difere segundo os níveis de ansiedade;
- Hipótese 10: A qualidade do sono difere segundo os níveis de stress.

6.Apresentação e análise de resultados

6.1.Caraterização do índice de qualidade de sono de Pittsburgh (IQSP)

Nesta secção apresenta-se a caraterização do índice de qualidade de sono e das suas componentes.

Da análise da tabela 3 observamos que em média os alunos participantes neste estudo deitam-se à 1h21m da madrugada, necessitam de cerca de 19 minutos (média) para a adormecer, dormem efetivamente cerca de 7h6m (média) e acordam, em média, às 9h16m. Atendendo aos valores da mediana é possível afirmar que metade dos estudantes deitam-se no máximo à 1h da madrugada, necessitam de no máximo 15 minutos para adormecer, levantam-se antes 9h da manhã e dormem efetivamente no máximo 7h.

Tabela 3 - *Caraterização do sono do mês anterior*

Variáveis	***Mediana***	***Média***	***Desvio padrão***
Hora de deitar	1h	1h21m	1h52m
Tempo para adormecer (minutos)	15m	19m	23m
Hora de acordar	9h	9h16m	1h51m
Horas de sono efetivas	7h	7h6m	1h41m

Atendendo às componentes do índice da qualidade do sono (tabela 4) verifica-se que os valores médios obtidos foram relativamente baixos. Nomeadamente destaca-se o uso de medicação para adormecer (média=0,15) e a eficiência do sono (média=0,51). As

restantes componentes apresentam valores médios próximos de 1, sendo que a qualidade subjetiva do sono (média=1,15) e as perturbações do sono (média=1,20) apresentam os piores resultados médios. A componente uso de medicação para dormir é a que apresenta a maior dispersão de resultados. Após a adição de todas as componentes obteve-se o índice de qualidade do sono que variou entre 0 e 20 pontos e apresentou uma média de 6,16 pontos com desvio padrão de 2,86 pontos. Pode referir-se que 53,6% (192) dos estudantes apresentou má qualidade de sono e os restantes 46,4% (166) tem boa qualidade de sono, conforme figura 1.

Tabela 4 *- Caraterização das dimensões do índice de qualidade do sono*

Dimensões do índice de qualidade do sono	***Mínimo***	***Máximo***	***Média***	***Desvio padrão***
Qualidade subjetiva do sono	0	3	1,15	0,63
Latência do sono	0	3	1,11	0,84
Duração do sono	0	3	1,07	1,13
Eficiência do sono	0	3	0,51	0,86
Perturbações do sono	0	3	1,20	0,48
Uso de medicação para dormir	0	3	0,15	0,55
Disfunção durante o dia	0	3	0,98	0,75
Índice de qualidade do sono	0	20	6,16	2,86

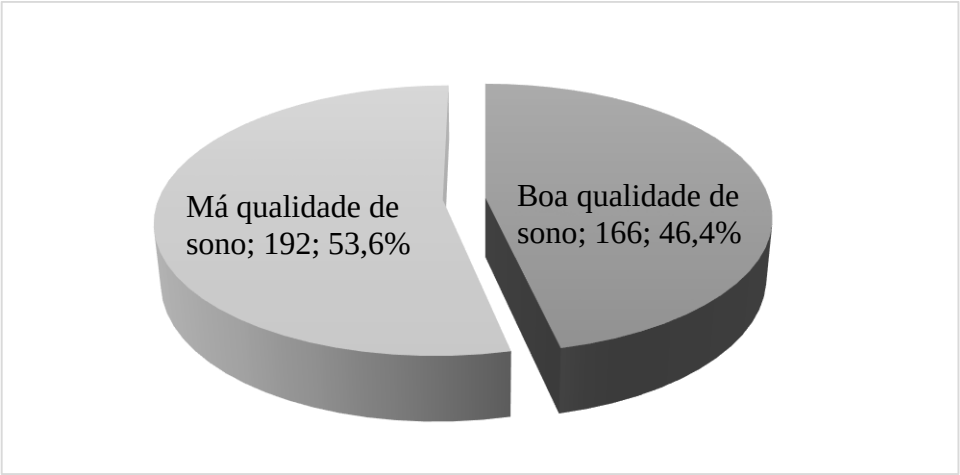


Figura 1. *Caraterização da qualidade de sono.*

Na tabela 5 apresentam-se os coeficientes de correlação de Spearman entre as componentes do índice de qualidade de sono. Verifica-se que todas as componentes apresentam correlação significativa com o índice de qualidade de sono (IQSP), todos os coeficientes são positivos, logo o aumento de cada componente está significativamente associado ao aumento do índice. Destacam-se as componentes: qualidade subjetiva do sono, eficiência do sono e duração do sono que apresentam os valores de correlação mais elevados com o índice de qualidade do sono. Entre as componentes que constituem o índice da qualidade do sono apresentam-se algumas correlações significativas, mas a intensidade das mesmas varia entre muito fraca a fraca.

Tabela 5 - *Coeficientes de correlação de Spearman entre as componentes do índice de qualidade do sono*

	QSS	***LA***	***DS***	***ES***	***PS***	***UMD***	***DDD***	***IQS***
QSS	1	0,332**	0,311**	0,249**	0,275**	0,099	0,220**	0,635**
LA		1	0,122*	0,223**	0,248**	0,063	0,154**	0,574**
DS			1	0,393**	0,042	0,011	0,150**	0,663**
ES				1	0,109*	-0,050	0,002	0,582**
PS					1	0,146**	0,370**	0,474**
UMD						1	0,061	0,262**
DDD							1	0,489**
IQS								1

QSS - Qualidade subjetiva do sono; **LA** - Latência do sono; **DS** - Duração do sono; **ES** - Eficiência do sono; **PS** - Perturbação do sono; **UMD** - Uso de medicação para dormir; **DDD** - Disfunção durante o dia; **IQS**- Índice de qualidade do sono; * - significativo a 5%; ** - significativo a 1%.

6.1.1. O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh em função das variáveis sociodemográficas

Nesta secção realizaram-se os testes necessários à inferência estatística sobre as hipóteses propostas.

Na tabela 6 apresentam-se os resultados do cruzamento da qualidade do sono (boa/má) com as variáveis sociodemográficas, assim como os resultados do teste de independência do Qui-quadrado e os *odds ratio*. Verifica-se que a maioria dos rapazes apresenta boa qualidade de sono e a maioria das raparigas apresenta má qualidade de sono. A qualidade de sono está estatisticamente associada ao género do indivíduo.

Evidencia-se que um aluno do género feminino apresenta mais 50% de probabilidade de ter má qualidade de sono face um aluno do género masculino. Inclusive verificou-se que os estudantes do género feminino dormem em média 6,88 horas e os estudantes do género masculino dormem em média 7,48 horas, conforme Anexo XIII.

Relativamente à faixa etária da amostra em estudo, os alunos com idades superiores aos 23 anos apresentam melhor qualidade do sono, comparativamente com os alunos de idades inferiores. Contudo, ao nível de significância de 5%, a associação entre as variáveis: qualidade de sono e faixa etária não é estatisticamente significativa.

Quanto ao estado civil os resultados indicam que a maioria dos indivíduos solteiros (54,4%;184) apresentam má qualidade de sono, enquanto que os restantes indivíduos com outro tipo de estado civil apresentam na maioria (60,0%; 12) boa qualidade de sono. Contudo, a associação entre as variáveis não é estatisticamente significativa.

No que concerne à prática de exercício físico verifica-se que mais de metade dos alunos praticantes (50,9%, 112) apresentou boa qualidade de sono, a maioria dos que não pratica exercício físico (60,9%, 84) apresentaram má qualidade de sono. A relação entre qualidade de sono e prática de exercício físico é estatisticamente significativa, constata-se que um aluno que não pratique exercício físico tem mais 52% de probabilidade de ter má qualidade de sono face um aluno que pratique exercício físico.

O facto de o aluno ser deslocado, residir em locais movimentados ou junto de estabelecimentos de entretenimento noturno e consumir substâncias, não apresenta associação estatisticamente significativa com a qualidade do sono.

Na tabela 7 apresentam-se os resultados obtidos do cruzamento da qualidade do sono (boa/má) com as variáveis escolares, assim como os resultados obtidos no teste de independência do Qui-quadrado e os *odds ratio* sempre que a associação entre as variáveis é estatisticamente significativa. Relativamente à escola frequentada observa-se que na ESSa e na ESE a maioria dos estudantes apresentou má qualidade de sono, enquanto que, na ESTiG e na ESA o número observado de estudantes com boa qualidade de sono supera mais de metade de cada uma das amostras. A qualidade de sono está estatisticamente associada à escola frequentada pelo estudante, nomeadamente um aluno que estude na ESSa apresenta mais 48% de probabilidade de ter má qualidade de sono face um aluno da ESA, os restantes *ratios* não apresentam relevância estatística.

Quanto ao ano frequentado pelo estudante, verifica-se que os alunos das amostras de primeiro e terceiro ano, apresentam na sua maioria má qualidade de sono, enquanto que, da amostra de segundo ano, os alunos na sua maioria apresentam boa qualidade de sono. A um nível de significância de 5% evidencia-se que a qualidade de sono não está estatisticamente associada ao ano de escolaridade frequentado pelo aluno.

Tabela 6 - *Caraterização da qualidade do sono em função das variáveis sociodemográficas*

Variáveis sociodemográficas		***Qualidade do sono***		***Total***	***Qui-quadrado***	***Odds ratio***
		Boa	***Má***			
		fo %	fo %	fo %	ET(p)	OR (p)
Sexo	Masculino	77 58,8%	54 41,2%	131 100%	12,794 **(0,000)**	1† 2,211 (0,000)
	Feminino	89 39,2%	138 60,8%	227 100%		
	Total	166 46,4%	192 53,6%	358 100%		
Faixa etária	Até 20 anos	87 47,3%	97 52,7%	184 100%	3,884 (0,143)	
	De 21 a 23 anos	52 40,9%	75 59,1%	127 100%		
	Mais de 23 anos	27 57,4%	20 42,6%	47 100%		
	Total	166 46,4%	192 53,6%	358 100%		
Estado Civil	Solteiro	154 45,6%	184 54,4%	338 100%	1,583 (0,208)	1† 0,558 (0,214)
	Outros	12 60,0%	8 40,0%	20 100%		
	Total	166 46,4%	192 53,6%	358 100%		
Prática de exercício físico	Sim	112 50,9%	108 49,1%	220 100%	4,731 **(0,030)**	1† 1,613 (0,030)
	Não	54 39,1%	84 60,9%	138 100%		
	Total	166 46,4%	192 53,6%	358 100%		
Aluno deslocado	Sim	126 46,0%	148 54,0%	274 100%	0,069 (0,793)	1† 0,936 (0,793)
	Não	40 47,6%	44 52,4%	84 100%		
	Total	166 46,4%	192 53,6%	358 100%		
Reside em locais movimentados /juntos de estabelecimentos de entretenimento noturno	Sim	79 47,6%	87 52,4%	166 100%	0,186 (0,666)	1† 1,096 (0,667)
	Não	87 45,3%	105 54,7%	192 100%		
	Total	166 46,4%	192 53,6%	358 100%		
Consumo de substâncias	Sim	119 47,4%	132 52,6%	251 100%	0,366 (0,545)	1† 1,151 (0,545)
	Não	47 43,9%	60 56,1%	107 100%		
	Total	166 46,4%	192 53,6%	358 100%		

1† - classe de referência

Tabela 7 - *Caraterização da qualidade do sono em função das variáveis escolares*

Variáveis sociodemográficas		***Qualidade do sono***		***Total***	***Qui-quadrado***	***Odds ratio***
		Boa	***Má***			
		fo %	fo %	fo %	ET(p)	OR (p)
Escola	ESSa	25 33,3%	50 66,7%	75 100%	10,392 **(0,016)**	
	ESTiG	73 53,7%	63 46,3%	136 100%		
	ESE	40 41,7%	56 58,3%	96 100%		
	ESA	28 54,9%	23 45,1%	51 100%		
	Total	166 46,4%	192 53,6%	358 100%		
Ano escolar	Primeiro	47 44,8%	58 55,2%	105 100%	1,947 (0,378)	
	Segundo	79 50,3%	78 49,7%	157 100%		
	Terceiro	40 41,7%	56 58,3%	96 100%		
	Total	166 46,4%	192 53,6%	358 100%		

1† - classe de referência

6.2. Caraterização dos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes segundo a Escala EADS

Nesta secção apresenta-se a caraterização dos níveis de ansiedade, depressão e stress nos estudantes, segundo a escala aplicada (EADS-21). Da análise da tabela em Anexo XII, verificou-se que a maioria dos alunos em estudo respondeu que as afirmações apresentadas não se aplicavam ou aplicavam-se algumas vezes, destaque para: "Senti dificuldade em respirar", "Senti tremores", "Não consegui sentir nenhum sentimento positivo", "Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico", "Senti que não tinha nada a esperar do futuro", "Senti-me quase a entrar em pânico", entre outras. A opção aplica-se muitas vezes registou no máximo 14% dos registos dos alunos em

estudo nos itens: “Senti a minha boca seca”, “Senti que estava a utilizar muita energia nervosa” e “Senti que por vezes estava sensível”.

Na caraterização das dimensões da escala EADS, conforme tabela 8, no que concerne ao stress observa-se o valor mínimo de 0 e máximo de 21, obtendo-se um valor médio de 5,04 pontos com desvio padrão de 4,54 pontos. Relativamente à ansiedade observamos o valor mínimo de 0 pontos e máximo de 21 pontos, obtivemos o valor médio de 3,42 pontos com desvio padrão de 3,55 pontos. Quanto à depressão observamos o valor mínimo de 0 pontos e máximo de 21 pontos, obtivemos o valor médio de 3,61 pontos com desvio padrão de 4,04 pontos. Em todos as dimensões a dispersão é muito elevada, ou seja, os resultados obtidos pelos estudantes são bastante díspares entre eles.

Tabela 8 *- Caraterização das dimensões Stress, Ansiedade e Depressão e total da Escala EADS*

Fator	***Nº de itens***	***Itens***	***Mínimo***	***Máximo***	***Média***	***Desvio padrão***
Stress	7	1,6,8,11,12,14, 18	0	21	5,04	4,54
Ansiedade	7	2,4,7,9,15,19, 20	0	21	3,42	3,55
Depressão	7	3,5,10,13,16,17, 21	0	21	3,61	4,04

6.3. O Índice de qualidade de sono de Pittsburgh em função das variáveis da Escala ansiedade, depressão e stress

Nesta secção realizaram-se os testes necessários à inferência estatística o índice de qualidade de sono em função das variáveis stress, ansiedade e depressão. Na tabela 9 apresentam-se os resultados. Verifica-se que os estudantes com má qualidade de sono apresentam níveis médios de stress, ansiedade e depressão mais elevados que os alunos com boa qualidade.

A dimensão stress foi a que apresentou maior valor médio (5,04) na escala, sendo que, a maioria da amostra que refere ter má qualidade do sono, evidencia um valor médio de 6.57 na escala aludida, mais do dobro do nível médio de stress (3,25) dos alunos que tinham boa qualidade de sono.

Relativamente à variável depressão, verifica-se que os estudantes com má qualidade de sono (54%, 192) apresentam níveis médios de depressão mais elevados 4,78 que os alunos com boa qualidade (46%, 166) que apresentam valor médio da escala da depressão de 2,27. Estas diferenças são significativas, visto que, os valores médios da escala de depressão duplicam nos estudantes com má qualidade de sono.

No que concerne à escala de ansiedade, constata-se que os estudantes com má qualidade do sono, apresentam um nível médio de 4.55 na escala referida, e os estudantes com boa qualidade de sono apresentam uma média de 2,11 na referida escala, o que se traduz num resultado muito inferior.

Tabela 9 - *Caraterização das dimensões do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh em função das variáveis da Escala EADS*

Dimensões EADS	***Qualidade do sono***	***Média***	***Desvio padrão***	***Estatística teste t***	***Valor de prova***
Stress	Boa (n=166)	3,26	3,31	-7,581	<0,01
	Má (n=192)	6,57	4,90		
Ansiedade	Boa (n=166)	2,11	2,42	-7,108	<0,01
	Má (n=192)	4,55	3,96		
Depressão	Boa (n=166)	2,27	3,00	-6,338	<0,01
	Má (n=192)	4,78	4,44		

Nota: Amostras independentes, provenientes de populações com variâncias estatisticamente diferentes (teste de Levene)

Na tabela 10 apresentam-se os coeficientes de correlação entre os fatores da escala EADS e IQSP. Verifica-se que as componentes da escala EADS estão significativamente correlacionadas entre si e que estão moderadamente correlacionadas com o IQSP. Pode afirmar-se que o aumento de stress, assim como o aumento de ansiedade e da depressão estão correlacionados significativamente como o aumento do índice de qualidade do sono.

Tabela 10 - *Coeficientes de correlação de Pearson entre os fatores da escala EADS e do IQSP*

	Stress	**Ansiedade**	**Depressão**	**Índice qualidade sono**
Stress	1	0,762**	0,746**	0,488**
Ansiedade		1	0,690**	0,447**
Depressão			1	0,417**
Índice qualidade sono				1

** - Significativo a 1%

7. Discussão de Resultados

Neste momento serão mencionadas as hipóteses que foram testadas e discutidos os resultados com as evidências científicas referentes ao tema.

No âmbito da discussão de resultados, optou-se previamente por abordar **a qualidade do sono** visto que é a variável dependente do estudo. Segundo análise dos resultados obtidos, verificou-se que amostra obteve uma média de 6,16 pontos no IQSP, isto é, um score que indica má qualidade do sono. Constatando-se que 53,6% (192) estudantes apresentou má qualidade de sono e os restantes 46,4% (166) apresentaram boa qualidade de sono.

Estes resultados vão de encontro com os obtidos por Pereira (2013) o qual estudou a qualidade do sono numa amostra de 299 estudantes universitários tendo obtido uma pontuação global no IQSP de 7,74, aproximadamente 8 pontos, sendo que 76% dos estudantes apresentavam má qualidade do sono e uma minoria de 24% considerava ter um sono de boa qualidade. Estes dados também corroboram com os do estudo de Henriques (2008) onde numa amostra de 924 estudantes do ensino superior, 83,1% (768) apresentavam um score do IQSP igual ou superior a 5, uma média de 7,28 e somente 16,9% (156) apresentam um score inferior a 5, evidenciando que na generalidade os estudantes apresentavam má qualidade de sono.

O estudo de Bicho (2013) que incidiu numa amostra de 217 de estudantes universitários obteve resultados ligeiramente distintos, visto que, o IQSP apresentou um score global de 5,01, considerada a qualidade de sono dos estudantes universitários em "borderline", pois o score maior que 5 indica sono de má qualidade.

Evidências da literatura nacionais e internacionais, referem que os estudantes universitários ou do ensino superior apresentam má qualidade de sono (Araújo et al., 2013; Martini, Brandalize, Louzada, Pereira & Brandalize, 2012; Preišegolavičiūtė, Leskauskas & Adomaitienė, 2010; Rodrigues, 2013; Coelho et al., 2010; Obrecht et al., 2015; Vélez et al., 2013; Cheng et al., 2012; Pascotto & Martins dos Santos, 2013; Mesquita & Reimão 2010; Ferreira et al., 2015; Afondi et al., 2013). Dos dados analisados, foram escassos os que evidenciam a qualidade de sono dos estudantes universitários como boa, porém, no estudo de Clemêncio (2012), que abrangeu uma amostra de 245 estudantes universitários, quase metade desta amostra (49.6%) qualificou o seu sono como bom, dos restantes, 18% descreveram-no como sendo muito bom e, no extremo oposto, 6.5% disseram ser mau ou muito mau.

Os resultados relativos ao número de horas efetivas de sono por noite obtidos centram-se na média das 7 horas, um valor ligeiramente reduzido, considerado na "borderline" ao recomendado pela National Sleep Foundation's (2015), que aponta que nos adultos jovens as horas de sono recomendadas compreendem valores entre 7 a 9 horas. Dados estes que corroboram com os de Silva (2015), o qual estudou 403 estudantes de enfermagem e constatou que a duração do sono variava entre 6 a 7 horas para 61.5% da globalidade da amostra contribuindo para este percentual os 57.1%, do género masculino e os 62.2% do género feminino. No estudo de Cardoso et al. (2009) que incluiu uma amostra de 276 estudantes de Medicina, constatou que 6,13 horas é a duração média de horas efetivas de sono, resultado semelhante ao do estudo de Araújo et al. (2013) numa amostra de 701 estudantes universitários que apresentaram uma média de 6,3 horas de sono.

De acordo com a literatura a duração média de horas de sono por noite, efetuada pelos estudantes, varia entre as 7h e as 9h (Amaral, 2013; Pereira, 2013; Gomes et al., 2009).

No que concerne à hora de deitar, em média os alunos em estudo deitam-se à 1h21m da madrugada, necessitam de cerca de 19 minutos (média) para a adormecer, dormem efetivamente cerca de 7h6m (média) e acordam, em média, às 9h16m. Atendendo aos valores da mediana é possível afirmar que metade dos alunos deita-se no máximo à 1h da madrugada, necessitam de no máximo 15 minutos para adormecer, levantam-se antes 9h da manhã e dormem efetivamente no máximo 7h. Estes dados eram previsíveis, visto que é frequente os estudantes terem uma hora de deitar mais tardia para responder a demandas académicas. Dados semelhantes aos mencionados no estudo de Cardoso et al. (2009), em que a maioria dos estudantes apresentou uma latência média de 15,31 minutos, também no estudo de Silva (2015) a média de tempo para adormecer variou entre 15 a 30 minutos. Porém, na investigação de Araújo et al. (2013) a maioria da amostra (60,1%) apresentou um tempo de latência inferior a 15 minutos.

O facto da qualidade do sono ser considerada má por 53,6% dos estudantes que participaram no estudo, este dado pode estar relacionado com a hora tardia de deitar, centrando-se numa média da 1h21m, visto que, no estudo de Coelho et al., (2010) que abrangeu 49 estudantes universitários, a má qualidade de sono estava associada à utilização do tempo de sono para cumprir compromissos relacionados com as demandas académicas. Também no estudo de Mesquita e Reimão (2007) que analisaram o uso noturno do computador em adolescentes e esse comportamento apresentou-se associado a padrões de sono irregulares e à diminuição da qualidade do sono. Para Almondes e Araújo (2003), estudaram 37 alunos universitários o atraso do ciclo sono-vigília e concluíram estar associado aos horários escolares e às demandas académicas. Neste

sentido, a literatura também refere que existe um horário tardio da deitar derivado a demandas académicas e utilização das novas tecnologias, dados que poderão estar relacionados com os dados obtidos neste estudo.

No que concerne à hipótese 1 que pretendeu verificar se "**a qualidade do sono difere segundo o género"**, esta considera-se estatisticamente significativa, visto que, a maioria dos estudantes do género masculino apresenta boa qualidade de sono e a maioria dos estudantes do género feminino apresenta má qualidade de sono. Neste sentido, a qualidade de sono está estatisticamente associada ao género do indivíduo. Estes resultados são semelhantes aos do estudo de Silva (2015) em que os rapazes apresentaram uma pontuação do IQSP de 5,92 e as raparigas uma pontuação superior de 6,40, o que significa que o sexo feminino evidenciou pior qualidade de sono. Resultados idênticos são apresentados no estudo de Araújo e Almondes (2012) que abrangeu 234 estudantes universitários onde o sexo feminino apresentou pior qualidade de sono comparativamente com o sexo masculino.

No estudo de Coelho (2014), numa amostra de 100 estudantes universitários, 29% apresentaram má qualidade de sono, porém o sexo feminino foi o mais acometido por esta condição. Para Magalhães, Carvalho e Oliveira (s.d.) dos 105 estudantes da UTAD, o sexo feminino apresentou, em média, uma qualidade de sono inferior aos elementos do sexo masculino.

No estudo de Pereira (2013) que incluiu 299 estudantes universitários, foram obtidos resultados distintos, pois no que concerne ao sexo, tanto os rapazes como as raparigas obtiveram uma pontuação média de aproximadamente 8, pelo que ambos apresentaram má qualidade do sono. Também na investigação de Mesquita e Reimão (2010) numa amostra de 710 estudantes universitários, não foram encontradas

diferenças estatisticamente significativas entre o sexo no que concerne à qualidade de sono.

Relativamente à hipótese 2 "**a qualidade do sono difere segundo a faixa etária**", evidenciou-se que ao nível de significância de 5% a associação entre estas variáveis não é estatisticamente significativo. Contudo, os estudantes com idades até 20 anos e compreendidas entre os 21 e os 23 anos apresentam maior propensão à má qualidade do sono e os estudantes com idade superior a 23 anos maior probabilidade de boa qualidade de sono. Os dados obtidos, apresentam alguma semelhança com os do estudo de Silva (2015), no qual se constatou que os estudantes do 4º ano de enfermagem revelaram melhor qualidade de sono, comparativamente com os de 1º ano que apresentaram pior qualidade de sono. No estudo de Pereira (2013) os resultados divergem dos do presente estudo, no que respeita à variável idade, verificou que há em média, uma tendência para a diminuição das horas de sono ao longo da idade (durante a semana), exceto na faixa etária entre os 48-52 anos de idade, pois foram os que referiram mais horas de sono. Como para Seixas (2009) a percentagem de jovens que dormem mal incrementa-se gradualmente, à medida que aumenta a faixa etária. De salientar que este estudo teve incidência numa população mais jovem, 130 estudantes do ensino secundário.

No que concerne à hipótese 3 "**a qualidade do sono difere segundo a escola frequentada"**, esta é válida através dos resultados obtidos, pois aquando da unidade orgânica frequentada observa-se que na ESSa e na ESE a maioria dos alunos apresentou má qualidade de sono, enquanto que, na ESTiG e na ESA o número observado de estudantes com boa qualidade de sono supera mais de metade de cada uma das amostras. A qualidade de sono está estatisticamente associada à escola frequentada pelo

estudante, visto que um estudante que frequente a ESSa apresenta mais de 48% da probabilidade de ter má qualidade de sono face um estudante da ESA. Estes dados podem estar relacionados com o fator género (o género masculino apresenta melhor qualidade de sono, comparativamente com o género feminino), isto é, as unidades orgânicas que apresentaram melhor qualidade de sono (ESTiG e ESA), são constituídas maioritariamente por alunos do género masculino, enquanto que, as unidades orgânicas ESSa e ESE são constituída na sua maioria por indivíduos do género feminino (Anexo I). Existe uma pequena semelhança com os resultados obtidos por Gomes, Tavares e Pinto de Azevedo (2009) que incluíram 1654 estudantes universitários, e os das engenharias revelaram menos dificuldades de início/manutenção do sono e menor consumo de comprimidos para dormir, tal como os de gestão, seguidos dos de ciências que apresentaram horários de deitar e levantar mais tardios, do que os de línguas e de educação.

Para Pascotto et al., (2013) que abrangeram 150 estudantes universitários, não verificaram diferenças estatisticamente significativas na qualidade do sono entre os diferentes cursos e anos de graduação.

No que concerne ao teste da hipótese 4: "**A qualidade do sono difere segundo a prática de exercício físico**", foi encontrada uma associação significativa entre estas duas variáveis. Evidenciou-se que um estudante que não pratique exercício físico tem cerca de 24% vezes mais probabilidade de ter má qualidade de sono face um estudante que pratique exercício físico.

Assim sendo, relativamente à qualidade de sono, dos estudantes da amostra que realizam exercício físico, 50,9% (112) apresentam boa qualidade de sono, enquanto que, os que que não realizam nenhuma prática de exercício físico, somente 39,1% (54)

referem ter boa qualidade de sono. Os resultados obtidos confirmam a hipótese colocada, indicando que os estudantes que praticam algum exercício físico apresentam melhores níveis de qualidade de sono. As evidências apresentadas são semelhantes às de Seixas (2009) em que o grupo em estudo (jovens de secundário) que não praticava nenhum exercício físico apresentou média de pontuação total do IQSP de 7,82, enquanto o grupo que praticava algum exercício físico de 20 minutos ou mais por dia, apresentou uma média de pontuação total de IQSP de boa qualidade (4,96). O estudo de Pereira (2013) constatou que os estudantes universitários que apresentaram uma pontuação média global de 7 pontos no IQSP praticavam exercício físico regularmente enquanto os que não praticavam exercício físico obtiveram uma pontuação média do IQSP de 8 pontos. Outro estudo efetuado por Chen, Wang e Jeng (2006) que incluiu 656 adolescentes apurou que os que apresentavam sono adequado referiam praticar exercício físico.

Para Magalhães et al., (s.d.) os estudantes praticantes de exercício físico apresentaram uma qualidade de sono superior à dos estudantes não praticantes. Existe uma tendência que a prática regular do exercício físico melhora a qualidade do sono.

Na investigação de Demont-Heinrich (2009) que abrangeu uma população universitária americana, foi encontrada associação entre atividade física e saúde mental, constatando que uma percentagem significativa de estudantes estaria em situação de risco.

Expostas as evidências científicas e a confirmação da hipótese 4, evidencia-se que a atividade física é um estilo de vida saudável, que contribui para a melhoria da saúde mental do indivíduo, melhorando a condição de vida, potenciando o sono, o humor, a memória e na dificuldade de concentração (Araújo, Pinho & Almeida, 2005).

Relativamente à hipótese 5 "a **qualidade do sono difere segundo o local de residência em locais movimentados/junto de estabelecimentos de entretenimento noturno**, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as variáveis. Pois tanto os estudantes que vivem perto de estabelecimentos de entretenimento noturno como os que vivem distantes "arredores" apresentam os níveis de qualidade de sono semelhantes. Não foram encontradas evidências científicas na literatura, que possam contradizer ou corroborar com estes resultados.

No que concerne à análise da hipótese 6 **"a qualidade do sono difere em função de o estudante ser ou não deslocado"** não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as variáveis. Estes dados assemelham-se aos dos de Pereira (2013) pois os estudantes deslocados demonstraram um sono de qualidade ligeiramente inferior aos alunos não deslocados, obtendo pontuações médias iguais a 7,81 e 7,70 respetivamente. Porém, foram distintos aos do estudo de Gomes, Tavares e Azevedo (2009) em que os estudantes que saíram de casa dos familiares para estudarem numa outra localidade, exibiram horários de sono mais tardios durante a semana, referindo que se sentiram incomodados com ruídos durante o sono. Além disso, os estudantes de género masculino apresentam mais "diretas" para conseguir dar resposta a tarefas escolares e afirmam que existe uma mudança dos hábitos de sono desde a entrada na universidade. Para Seco, Pereira, Dias, Casimiro e Custodio (2005) os estudantes que ficam a residir no seu contexto familiar têm mais apoio e suporte emocional/psicológico dos que os rodeiam, como as figuras parentais, que promovem o bem-estar e colaboram na adaptação ao ensino superior, o que terá um impacto positivo na qualidade do sono. Almeida e Cruz (2010), referem que existem diversos fatores que

podem contribuir para alterações na vida dos estudantes, a primeira saída de casa e consequentemente o afastamento do seio familiar e amigos.

Esta nova trajetória académica poderá potenciar o aparecimento de tensão e stress nesta população, traduzindo-se em manifestações sintomáticas mais ou menos intensas, particularmente ao nível da qualidade do sono.

No que respeita ao teste da hipótese 7 procurou-se verificar se "**a qualidade do sono difere em função do consumo *vs* não consumo de substâncias**", contatando-se não existir associação significativa entre estas variáveis. No entanto os resultados obtidos permitem-nos evidenciar dados preocupantes, isto é, a maioria dos alunos 70,1% (251) referem consumir algum tipo de substância. Das substâncias incluídas na questão, o álcool surge com elevadas percentagens de consumo 74,02% (265), sendo um dado de maior relevância, pois o consumo de álcool pode estar associado a alterações de saúde físicas, mentais e socias, podendo consequentemente prejudicar também o rendimento académico. Outro dado substancialmente revelador é o consumo de bebidas energéticas em 13,13% (47) dos participantes, seguindo-se o consumo de drogas, como a cannabis em 9,22% (33) e o haxixe em 3,91% (14). Com menores níveis de consumo, apresentam-se os antidepressivos 2,79% (10).

No estudo de Pereira (2013) os alunos que consumiam bebidas alcoólicas apresentaram uma média global do IQSP de 8,14, uma qualidade de sono inferior aos alunos que não consumiam este tipo de bebidas (7,36).

Os dados obtidos neste estudo vão de encontro aos do estudo de Rodrigues, Salvador, Lourenço e Santos (2014), tendo verificado que os participantes apresentavam elevados consumos de álcool, sobretudo em festas académicas 72% dos estudantes inquiridos afirmaram ter consumido pelo menos uma bebida alcoólica nos últimos 30

dias, 42% afirmaram ter consumido cinco ou mais bebidas alcoólicas em apenas algumas horas, nos 30 dias anteriores à data de participação no estudo. Também evidenciaram que o maior consumo de álcool estava associado ao sexo masculino e aos estudantes universitários que saíram de casa dos pais/da sua residência.

De acordo com os dados da literatura o consumo de álcool nos universitários é extremamente elevado (Rodrigues et al., 2014; Santos, 2008; Pina, 2011; Rocha, 2011)

Relativamente às hipóteses que comparam **a qualidade do sono com os níveis de depressão, ansiedade e stress,** a discussão é realizada concomitantemente, visto que, as três dimensões apresentaram associação estatisticamente significativa com a qualidade de sono, e a literatura científica, na generalidade, aborda estas três dimensões em conjunto.

Verifica-se que os alunos com má qualidade de sono 54% (192) apresentam níveis médios de depressão elevados 4,78, enquanto que, os alunos com boa qualidade 46% (166) apresentam valor médio da escala da depressão de 2,27. Estas diferenças são significativas, visto que, os valores médios obtidos na escala de depressão duplicam nos estudantes com má qualidade de sono. Os dados obtidos corroboram com os de Coelho et al. (2010), que incluiu 49 estudantes universitários, em que os scores que avaliavam a qualidade do sono e a depressão revelavam correlação estatisticamente positiva, isto é, quanto maior o prejuízo no sono, mais elevados eram os níveis de depressão.

Estes dados epidemiológicos de relação entre o sono e a depressão são também corroborados pelos autores Lucchesi, Pradella-Hallinan, Lucchesi e Moraes (2005), uma vez que afirmaram que cerca de 80% dos pacientes com depressão também se queixavam de alterações nos padrões do sono. Evidenciaram ainda que a insónia terminal ou despertar precoce estava mais relacionada a quadros depressivos.

Para Prior e Ribeiro (2011) no conjunto dos itens do estudo, relativos à relação entre o padrão de sono e a depressão, inferiram que esta é influenciada apenas pela insónia, sendo esta relação estatisticamente significativa. O estudo de Chang, Ford, Mead, Cooper-Patrick e Klag (1997) com estudantes universitários, objetivou analisar a relação entre o sono durante os anos na universidade e a depressão clínica e mal-estar psiquiátrico nos anos subsequentes, obtiveram resultados que vão de encontro com os do presente estudo, pois evidenciaram que o risco de desenvolver depressão foi superior nos estudantes que apresentavam queixas de insónia durante o tempo que frequentaram a universidade comparativamente àqueles que não reportaram problemas de sono. Outro estudo com dados idênticos, foi o de Pinto, Amaral, Silva, Silva, Leal e Paiva (2012) abrangendo uma amostra de 1613 jovens entre os 12 e os 18 anos, e apurou que a sonolência diurna (sinal de que o sono insuficiente ou de má qualidade) está correlacionada com os sintomas de ansiedade (Rs=0,371), depressão (Rs=0,327) e stress (Rs=0,405). Quando da comparação entre géneros, verificaram que as raparigas apresentavam níveis mais elevados em todas as dimensões avaliadas: sonolência diurna (t=2,536; p=0,011), ansiedade (t=5,008; =0,000), depressão (t=6,773; p=0,000) e stress (t=7,599; p=0,000). Dos problemas de saúde específicos, verificaram uma forte relação entre reduzidas horas de sono, maior sonolência diurna e níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress com o excesso de peso e cefaleias frequentes.

No que concerne à qualidade de sono segundo os níveis de ansiedade, contatou-se que dos estudantes que referiram ter má qualidade do sono, 54% (192) apresentaram um nível médio de 4.55 na escala referida, enquanto que, os estudantes que apresentaram boa qualidade de sono 46% (166) apresentaram uma média muito inferior de 2,12 pontos. Estes dados corroboram com os do estudo de Almondes e Araújo (2003)

em que os estudantes que mantiveram o seu ciclo de sono-vigília com maior irregularidade em resposta às demandas académicas e a outros estímulos sociais apresentaram maior estado de ansiedade. O traço de ansiedade é referido como um fator endógeno que atinge a expressão temporal do padrão do ciclo sono-vigília e a irregularidade do ciclo sono-vigília devido aos horários escolares e demandas académicas, classificados como fatores exógenos, podem potenciar o aumento do estado de ansiedade. No estudo de Afondi et al. (2013) com 290 estudantes universitários, revelou que a má qualidade de sono estava fortemente associada a elevados níveis de ansiedade. Para Coelho et al. (2010) os estudantes universitários mais propensos a situações de stress que afetam a qualidade do sono apresentam ansiedade. Da investigação de Orsal, Orsal, Alparslan e Unsal (2012), constata-se que para além da depressão se relacionar com a qualidade do sono dos estudantes universitários, outros distúrbios psicológicos podem influenciar, sendo que estes autores apoiaram a hipótese de que a ansiedade e a qualidade do sono se influenciavam mutuamente. Segundo Hunt e Eisenberg (2010), os estudantes universitários apresentam pontuações elevadas em medidas de depressão e ansiedade.

A dimensão stress foi a que apresentou maior valor médio na escala, sendo que, a maioria dos estudantes que referiram ter má qualidade do sono, apresentaram um valor médio de 6.57 na escala aludida. Os resultados corroboram com os de Seixas (2009), em que o stress dos exames afetava os horários de deitar e levantar, cerca de 20% dos casos sofriam de variações na ordem do período temporal de 3 horas. Durante o período de exames muitos universitários sentiram restrições ao nível do sono e tiveram horários de sono irregulares, com reflexos no seu bem-estar diário. Para Buboltz et al. (2009) os estudantes universitários que referem uma pobre qualidade de sono

apresentam uma redução significativa do bem - estar físico e psicológico. O estudo de Rodrigues (2013), que incluiu estudantes universitários, constatou existir uma correlação significativa, positiva, fraca entre a vulnerabilidade ao stress e qualidade do sono, sendo que, os alunos mais vulneráveis ao stress apresentavam uma pior qualidade do sono, tal como nos resultados obtidos por Benham (2010).

Da análise global das três dimensões depressão, ansiedade e stress constata-se que todas elas se relacionam com a qualidade do sono, sendo que, o stress foi o mais referido pelos estudantes com uma pontuação média de 5,04, seguindo-se a depressão com uma média de 3,61 e a ansiedade que apresentou a média mais reduzida de 3,42 pontos.

A relação entre “boa saúde mental” e bons hábitos de sono foi claramente evidenciada em estudos epidemiológicos.

Conclusão

A promoção da qualidade do sono torna-se crucial na promoção da saúde e qualidade de vida bem como na prevenção da doença ao longo do ciclo vital.

Assiste-se a um fenómeno a nível mundial em que a sociedade, incluindo os estudantes, negligenciam o seu sono, de forma a responderem a afazeres que se sobrepõem ao mesmo.

No que concerne à população jovem, do ensino superior, a má qualidade de sono é evidenciada frequentemente por comportamentos ou estilos de vida pouco salubres.

Este estudo empírico constitui mais um contributo de evidências científicas a juntar a estudos anteriores.

Destacam-se como conclusões principais:

- aquando da aplicação do IQSP, evidenciou-se que 54% (192) dos alunos apresentaram má qualidade de sono e os restantes 46% (166) boa qualidade de sono;
- constatou-se que os alunos deitam-se em média à 1h da madrugada, demoram uma média de 19 minutos a adormecer e acordam em média as 9h, sendo que apresentaram uma média de 7horas efetivas de sono;
- os alunos do género feminino apresentam mais 48% da probabilidade de ter má qualidade de sono face aos alunos do género masculino;
- dos estudantes que realizavam exercício físico, 50,9% (112) apresentavam boa qualidade de sono, enquanto que, dos que não realizavam nenhuma prática de exercício físico, 39,1% (54) referiram ter boa qualidade de sono, sendo que, um

aluno que não pratique exercício físico tem 1,27 vezes a probabilidade de ter má qualidade de sono face a um aluno que pratique exercício físico;

- os alunos da faixa etária a partir dos 23 anos apresentaram melhor qualidade de sono comparativamente aos das idades inferiores;
- o facto de o aluno ser deslocado, residir em locais movimentados ou junto de estabelecimentos de entretenimento noturno e consumir substâncias, não apresenta associação estatisticamente significativa com a qualidade do sono.
- os níveis de stress, ansiedade e depressão evidenciados nos alunos foram considerados díspares;
- a dimensão stress apresentou um valor médio maior, sendo que, a maioria dos estudantes, que referem ter má qualidade do sono, apresentam um valor médio de 6.57 na escala aludida, sendo aproximadamente o dobro do nível médio de stress (3,25) dos alunos que tinham boa qualidade de sono;
- a maioria dos alunos com má qualidade de sono 53,63% (192) apresentam níveis de depressão mais elevados (4,78 pontos) que os alunos com boa qualidade 46,37% (166) que apresentam 2,27 pontos na escala da depressão;
- os alunos com má qualidade do sono, apresentam um nível médio de 4.55 na dimensão da ansiedade, enquanto os alunos com boa qualidade de sono apresentam uma média de 2,12, traduzindo-se num resultado muito inferior;

Pode-se afirmar que o stress, ansiedade e depressão estão positivamente e significativamente correlacionados com o índice de qualidade do sono (quanto mais elevado este índice pior a qualidade de sono).

Posto isto, evidencia-se que a má qualidade de sono é frequente nos estudantes do ensino superior e tem repercussões na sua saúde mental ou vice versa.

A intervenção na promoção da qualidade de sono assume-se pertinente na sociedade e em particular na população mais jovem, sendo que o ideal seria iniciá-la nas instituições de ensino superior, onde se encontra a maioria dos indivíduos jovens. A intervenção na saúde mental ao nível da ansiedade, stress e depressão também se assume como fundamental, visto que, segundo a OPP (2014) estas alterações são responsáveis por 40% dos anos de vida saudáveis que perdemos. De igual modo, são mais debilitantes do que a maior parte dos problemas de saúde física, sendo que, interferem com a capacidade de executar as tarefas do dia-a-dia, de trabalhar, de aproveitar os tempos livres e de manter relações saudáveis com os outros.

Neste sentido seria imprescindível a inclusão de sessões de educação para a saúde sobre o sono, prevenção da depressão, stress e ansiedade nos estudantes do ensino superior, de forma a motivá-los para adotarem medidas saudáveis de manutenção da sua higiene, hábitos de exercício físico, alimentação adequada, tendo por objetivo final a promoção da sua qualidade de vida.

Além das sessões de educação, também seria importante implementar programas que oferecessem intervenções cognitivas e comportamentais de autorregulação do sono nos estudantes, de forma a permitir que estes estejam informados das intervenções que existem para promover a qualidade do sono, sendo este um fator determinante na minimização de níveis de stress, depressão e ansiedade.

Concluímos que o presente estudo representa uma mais-valia para a promoção de saúde nesta população, pois a promoção da qualidade de sono nesta fase terá um forte impacto na sua futura qualidade de vida. Além disso, é o primeiro estudo que avalia a qualidade

de sono e a sua relação com os níveis de ansiedade, depressão e stress nos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança.

Posto isto, deixamos o nosso contributo com apresentação de uma proposta de intervenção inserida no gabinete de saúde do IPB.

Propostas futuras

Decorrente da pertinência do estudo e dos resultados obtidos, seria importante a implementação da "consulta do sono" no Instituto Politécnico, sendo que esta seria incluída no Programa de consultas de Psicologia com a colaboração de uma Médica Psiquiatra ou Neurologista em associação com a Psicóloga Clínica Ana Galvão e com a colaboração de uma Enfermeira com competências específicas sobre o sono.

Este projeto só poderá ser concretizado com a colaboração de um corpo ou equipa sensibilizada e com o desenvolvimento de elevadas competências sobre a temática.

Além da necessidade de uma equipa centrada nesta problemática, a consulta só será viável com a autorização da Direção do Instituo Politécnico de Bragança após exposição de uma fundamentação estruturada.

Também seria útil a realização de intervenções individuais e comunitárias por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, executando avaliações de parâmetros do sono, formulando planos de compromisso-negociação dos ganhos de saúde; capacitando profissionais, estudantes e comunidade em geral.

Sugere-se que futuros estudos científicos da temática em apreço valorizem a relação entre a qualidade do sono e a área frequentada pelo estudante (escola), conseguindo extrair as causas que comprometem as diferenças entre estas variáveis. Também emerge uma chamada de atenção relativamente aos consumos de álcool segundo os dados obtidos no estudo, para futuras investigações no Instituto Politécnico de Bragança, para que posteriormente sejam implementadas medidas preventivas, que possam ser adotadas pelos estudantes e surtam o devido efeito.

No âmbito do Centro de Saúde, seria pertinente a divulgação, à comunidade, das evidências sobre o sono dos jovens do Concelho de Bragança – através de sessões de educação para a saúde, dos meios de comunicação social e sensibilizando os indivíduos das repercussões aquando da falta de sono.

Referências Bibliográficas

Adeosun, S.O., Asa, S.O., Babalola, O.O., & Akanmu, M.A. (2008). Effects of night-reading on daytime sleepiness, sleep quality and academic performance of undergraduate pharmacy students in Nigeria. *Sleep and Biological Rhythms,* 6, 91-94. Disponível em http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-8425.2008.00338.x/abstract

Adewuya, A. O., Ola, B. A., Aloba, O. O., Mapayi, B. N., & Orginni, O. O. (2006). Depression amongst Nigerian university studentes: prevalence and sociodemographic correlates. *Social Psychiatry Epidemiology,* 41, 574-678.

Afondi, O., Hawi, H., Mohammed, L., Salim, F., Hameed, A., Shaikh, R., Sharbatti, S., & Khan, F. (2013). Sleep Quality Among University Students: Evaluating the Impact of Smoking, Social Media Use, and Energy Drink Consumption on Sleep Quality and *Anxiety. Student Pulse*, 5(6), 1-3. Disponível em http://www.studentpulse.com/articles/738/sleep-quality-among-university-students-evaluating-the-impact-of-smoking-social-media-use-and-energy-drink-consumption-on-sleep-quality-and-anxiety

Afonso, P. (2008). *A relação entre os padrões do ciclo sono-vigília e os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Lisboa. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1019/3/ulsd_tm_17324_RE.pdf

Aldabal L., & Bahammam, A. (2011). Metabolic, Endocrine, and Immune. Consequences of Sleep Deprivation. *The Open Respiratory Medicine Journal*, 5, 31-43. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21754974

Almeida, J. (2014). *A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: estudo de prevalência e correlação* (Tese Doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa). Disponível em https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2939/1/tese.pdf

Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental* (Iº Relatório). Disponível em http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf

Almeida, L. S., & Cruz, J. F. (2010). Transição e adaptação académica: Reflexões em torno dos alunos do 1° ano da universidade do Minho. *In Actas do Congresso Ibérico, Ensino superior em mudança: Tensões e possibilidades*, 429-439.

Almondes, K., & Araújo, J. (2003). Padrão do ciclo sono-vigília e a sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 37-43.

Amaral, M. (2013). *Epidemiologia da insónia em adolescentes - do diagnóstico de situação à intervenção.* Tese de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em http://run.unl.pt/bitstream/10362/14182/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Maria%20Odete%20Amaral.pdf

American Academy of Sleep Medicine. (2007). *The AASM Manual for the scoring of sleep and associated events: Rules, Terminology and Technical Specifications.* Westchester: lllinois.

American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual.* (3ªEd). Westchester. Disponível em http://www.aasmnet.org/store/product.aspx?pid=849

American Psychological Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais.* (5ª Ed). Lisboa: Climepsi Editores.

Araújo, D. F., & Almondes, K. M. (2012). Qualidade de Sono e sua Relação com o Rendimento Acadêmico em Estudantes Universitários de Turnos Distintos. *PSICO, Porto Alegre, PUCRS*, 43(3), 350-359. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj3oLeXk93KAhXEOxQKHfiXAbQQFgghMAA&url=http%3A%2F%2Frevistaseletronicas.pucrs.br%2Fojs%2Findex.php%2Frevistapsico%2Farticle%2Fdownload%2F9369%2F8236&usg=AFQjCNHNMuRBIY4Xbj7pAAtDsux06iIC0w

Araújo, M. F., Lima, A., Alencar, A., Araújo, T., Fragoaso, L., & Damasceno, M. (2013). Avaliação da qualidade do sono de estudantes universitários de Fortaleza. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(2), 352-60. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200011

Araújo, T. M., Pinho, O. S., & Almeida, G. (2005). Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sócio-demográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, *5*(3), 337-348. doi: 10.1590/S1519-38292005000300010

Baltar, P. (2011). *Qualidade de sono dos enfermeiros que trabalham por turnos em hospitais da região de lisboa: relação com os níveis de depressão, ansiedade e stress* (Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica, Instituto Universitário de Psicologia Aplicada, Lisboa). Disponível em http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3991/1/14560.pdf

Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667–672.

Benham, G. (2010). Sleep: an important factor in stress-health models. *Psychology and Anthropology*. *26*, 204-214. doi: 10.1002/smi.1304

Bicho, A. (2013). *Estudo da Qualidade do Sono dos Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior* (Dissertação de Mestrado em Medicina, Universidade da Beira Interior, Covilhã). Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj5t6X77uPJAhUDUhQKHSLGAKYQFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fcsaude.ubi.pt%2Fthesis2%2Fanexo.php%3Fid%3Dd5a8c2da6f992d13&usg=AFQjCNFo47TXNGL1PjPWkf1muv-YBBAnxA&sig2=kPt_IMWCbOojy779BVjEPQ&bvm=bv.110151844,d.d24

Blunden, S. L. (2011). Behavioural Sleep Disorders across the Developmental Age Span: An Overview of Causes, Consequences and Treatment Modalities. *Psychology*, 3(3), 249-256.

Boscolo, R., Sacco, I., Antunes, H., Mello, M., & Tufik, S. (2007). Avaliação do padrão de sono, actividade física e funções cognitivas em adolescentes escolares. *Rev*

Port Cien Desp, 7(1), 18-25. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/228908437_Avaliacao_do_padrao_de_sono_atividade_fisica_e_funcoes_cognitivas_em_adolescentes_escolares

Bouteyre, E., Maurel, M., & Bernaud, J. L. (2007). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health*, 23(2), 93–99. doi: 10.1002/smi.1125

Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1997). Daytime sleepiness: An epidemiological study of young adults. *American Journal of Public Health, 87*, 1649-1653.

Buboltz, W., Jenkins, S., Soper, B., Wolker, K., Johnson, P., & Faes, T. (2009). Sleep habits and patterns of college students: An expanded study. *Journal of College Counseling,12*, 113-124.

Bustamante, G. (2006). Monitorização polissonográfica – aspetos gerais. *Simpósio: Distúrbios respiratórios do sono* II, 39 (2), 169-184. Disponível em http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/373/374

Buysse, J., Reynolds, F., Monk, H., Berman, R., & Kupfer, J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res,* 28(2), 193-213. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2748771

Caetano, T., & Thomaz, J. (2012). *A Influência do Sono na Qualidade de Vida: Uma Amostra de Estudantes do Ensino Superior de Leiria*. Centro de Estudos de Gestão do Instituto Superior Técnico (CEG-IST), Lisboa. Disponível em

http://www.academia.edu/4690511/A_Influ%C3%AAncia_do_Sono_na_Qualidade_de_Vida_dos_Estudantes

Calado, C., Morais, A., Rocha, A., Amaral, V., Vagos, P., Direito, I., … Pereira, A. (2012). Consultas de psicologia nos serviços de ação social da universidade de Aveiro. A. M. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira e P. Vagos (Eds.). *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas. Actas do I Congresso Nacional da RESAPES,* 291-299, Aveiro.

Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental.* Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa. Disponível em http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf

Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2004). Alguns dados sobre prevalência da sintomatologia depressiva na população universitária portuguesa. *In Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos*, Braga.

Cardoso, H., Bueno, F., Cardoso da Mata, J., Alves, A., Jochims, I., Filho, I., & Hanna, M. (2009). Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. *Revista brasileira de educação médica,* 33(3), 349-355. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/05.pdf

Carlos, S., Carmen, J., & Domingo, M. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*, 25(6), 35-43. Disponível em http://www.redalyc.org/pdf/582/58262505.pdf

Chang, P., Ford, D. E., Mead, L. A., Cooper-Patrick, L., & Klag, M. J. (1997). Insomnia in young men and subsequent Depression. *American Journal of Epidemiology, 146*(2), 105-114.

Chen, M.Y., Wang, E.K., & Jeng, Y. J. (2006). Adequate sleep among adolescents is positively associated with health status and health-related behaviors. *BMC Public Health*,6(59), 1-8.

Cheng, S., Shih, C., Lee, I. H., Hou, Y. W., Chen, K. C., Chen, K. T., Yang, Y. K., & Yang, Y. C. (2012). A study on the sleep quality of incoming university students. *Psychiatry Research,* 197(3), 270-274. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22342120

Clemêncio, T. (2012). *Perfecionismo, cognições perseverativas e qualidade do sono em estudantes do sexo masculino* (Dissertação de Mestrado de Medicina, Faculdade de Coimbra). Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/26121/2/Artigo%20Cient%C3%ADfico.pdf

Coelho, A. (2014). *Avaliação da Qualidade do Sono em Estudantes Universitários e a sua relação com Disfunções Temporomandibulares Musculares* (Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto). Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4347/1/PPG_21496.pdf

Coelho, A., Lorenzini, L., Suda, Rossini, S., & Reimão, R. (2010). Qualidade de Sono, Depressão e Ansiedade em Universitários dos Últimos Semestres de Cursos da Área da Saúde. *Neurobiologia*, 73(1), 35-39. Disponível em https://revistaneurobiologia.com.br/edicoes/ano-2010/volume-73-jan-mar/5-

qualidade-de-sono-depressao-e-ansiedade-em-universitarios-dos-ultimos-semestres-de-cursos-da-area-da-saude

Coutinho, C. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática.* (2ªEd). Lisboa: Edições almedina.

Crispim, C. A., Zalcman, I., Dáttilo, M., Padilha, H.G., Tufik, S., & Mello, M. T. (2007). Relation between sleep and obesity: a literature review. *Arq Bras Endocrinol Metabol,* 51(7),1041-1049.

Cronfli, R. (2002). A Importância do Sono. *Revista Cérebro & Mente.* Disponível em http://www.cerebromente.org.br/n16/opiniao/dormir-bem1.html

Cruz, M., & Silva, F. (2012). Tempo de sono, roncopatia e sonolência diurna excessiva de pacientes adultos seguidos em consulta odontológica. *Revista Brasileira de Odontologia,* 69(2),186-9.

Curcio, G., Ferrara, M., & De Gennaro, L. (2006). Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Medicine Reviews,* 10, 323-337. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16564189

Cury, A. (2015). *Ansiedade. Como enfrentar o mal do século* (2ªEd.). Lisboa: Pergaminho.

Dahl, R. (2002). *The regulation of sleep arousal, affect, and attention in adolescence: some questions and speculations.* In M. Carskadon (Ed.). Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social and Psychological Influences. Cambridge: Cambridge University Press.

Deco Protesto. (2013, Fevereiro 4). *Ansiolíticos e antidepressivos a mais*. Disponível em http://www.deco.proteste.pt/saude/medicamentos/noticia-flash/ansioliticos-e-antidepressivos-a-mais

Demont-Heinrich, C. (2009). The associations between physical activity, mental health and quality of life: A population-based study. *Colorado Health Watch,*71, 1-4. Disponível em http://www.chd.dphe.state.co.us/Resources/cms/hs/pubs/physicalactivity.pdf

Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bogels, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescentes: A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 179-189. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20093054

DGS – Direção-Geral de Saúde. (2014). *Programa Nacional para a Saúde Mental: Saúde Mental em Números 2013.* Lisboa: Ministério da Saúde.

Dias, G. F., & Fontaine, A. M. (1996). Tarefas Desenvolvimentais e Bem-Estar dos jovens: Algumas implicações para o Aconselhamento Psicológico. *Cadernos de Consulta Psicológica,* 12, 103-114.

Duarte, G. M. (2007). *A qualidade do sono, o aproveitamento escolar e o stress em adolescentes que permanecem em frente ao computador durante a noite*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Edwards, M. J., & Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, 57(12), 1517–1534.

Escobar-Córdoba, F. & Eslava-Schmalbach, J. (2005). Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Revista de Neurología,* 40(3), 150-155.

Estivill, E. (2007). *Dormir a sono solto - como prevenir os distúrbios do sono*. Lisboa: Círculo de leitores. Edição Martí Pallás.

Ferreira, A. (2012). Qualidade do Sono da Pessoa Portadora de Fibromialgia (*Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu*). Disponível em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1640/1/FERREIRA%20Ana%20Cristina%20Pereira%20Lopes,%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf

Ferreira, S., Jesus, T., & Santos, A. (2015). Qualidade do sono e fatores de risco cardiovasculares em acadêmicos de enfermagem**.** *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 6(1), 390-04. Disponível em http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/910/pdf

Ferro, C. (2005). *Correlação dos distúrbios do sono e parâmetros subjetivos em indivíduos com fibromialgia* (Monografia do Curso de Fisioterapia da Unioeste, Paraná). Disponível em http://www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2005/pdf/claudia.pdf

Fonseca, A. A., Coutinho, M. P. L., & Azevedo, R. L. W. (2008). Representações Sociais da Depressão em Jovens Universitários Com e Sem Sintomas para Desenvolver a Depressão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 492-498.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

Freixo, M. (2009). *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Fröhlich, A. C., Eckeli, A., Bacelar, A., Poyares, D., Pachito, D. V., Stelzer, F. G., … Moraes, W. (2015). Brazilian consensus on guidelines for diagnosis and treatment for restless legs syndrome. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *73*(3), 260-280. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/anp/v73n3/0004-282X-anp-73-3-0260.pdf

Gambelunghe, C., Rossi, R., Mariucci, G., Tantucci, M., & Ambrosini, M. V. (2001). Effects of light physical exercise on sleep regulation in rats. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(1), 57-60. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11194112

Glozier, N., Martiniuk, A., Patton, G., Ivers, R., Qiang Li, Hickie, I., … Stevenson, M. (2010). Short sleep duration and psychological distress in young adults. *Journalsleep*, 33(09). Disponível em http://www.journalsleep.org/ViewAbstract.aspx?pid=27892

Gomes, A., Tavares, J., & Pinto de Azevedo, M. (2009). Padrões de sono em estudantes universitários portugueses. *Acta Médica Portuguesa, 22,* 545-552. Disponível em http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1719/1298

Gomes, M., Quinhones, M., & Engelhardt, E. (2010). Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. *Revista Brasileira de Neurologia*, 46 (1), 5-15. Disponível em http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2010/v46n1/a003.pdf

Gujar, N., McDonalds, S., Nishida, M., & Walker, M. (2011). A Role for REM Sleep in Recalibrating the Sensitivity of the Human Brain to Specific Emotions. *Cerebral Cortex,*21, 115-123. doi:10.1093/cercor/bhq064

Guyton & Hall, (2002). *Tratado de Fisiologia Médica: Estados da actividade cerebral-sono, ondas cerebrais, epilepsia e psicoses*. (9ª Ed). Rio de Janeiro: Editora Elsevier

Henriques, A. (2008). *Caracterização do sono dos estudantes universitários do instituo superior técnico.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Lisboa. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1039/1/17000_SonoEstudantesIST_PaulaCunhal.pdf

Hidalgo, L., Souza, Z., & Nunes, V. (2003). Association of daytime sleepiness and the morningness - eveningness dimension in young adult subjects in Brazil. *Psycological Reports*,93, 427-434.

Holgado, M. (2011). *Estudio del estrés, engagement y rendimento Académico en estudiantes universitarios de Ciencias de la salud.* Tese de Doutoramento, Universidade de Málaga. Disponível em http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4926/TD%20Maria%20Jesus%20Casuso%20Holgado.pdf?sequence=1

Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health,* 46, 3-10.

IPB - Instituto Politécnico de Bragança. (2016). *Escolas.* Disponível em http://portal3.ipb.pt/index.php/pt/ipb

International Classification of Diseases. (2016). *Episodic and paroxysmal disorders.* Disponível em http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/G40-G47

Jornal de Notícias. (2015, 4 de Setembro). Consumo de antidepressivos em Portugal está a aumentar. Disponível em http://www.jn.pt/PaginaInicial/Nacional/Saude/Interior.aspx?content_id=4761575

Kabrita, C., Muça, T., & Duffy, J. (2014). Predictors of poor sleep quality among Lebanese university students: association between evening typology, lifestyle behaviours, and sleep habits. *Nature and Science Sleep*, 6, 11-18.

Kissmann, G., Leal, R., & Franco, C. (2013). Apneia obstrutiva do sono: da suspeita diagnóstica ao tratamento. *Jornal Brasileiro de Medicina, 101(3), 33-43.*

Kloss, J. D., Nash, O., Horsey, E., & Taylor, J. (2011). The Delivery of Behavioral Sleep Medicine to College Students. *Journal of Adolescent Health*, 48(6), 553-561. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21575813

Kohatsu, N. D., Tsai, R. M, Young, T., VanGilder, R., Burmeister, L., Stromquist, A., & Merchant, J. (2006). Sleep Duration and Body Mass Index in a Rural Population, *Archives of Internal Medicine*, 166(16), 1701-1705. doi:10.1001/archinte.166.16.1701.

Kolla, B., Auger, R., & Morgenthaler, T. (2012). Circadian rhythm sleep disorders. *ChronoPhysiology and Therapy*,2, 19 – 34. Disponível em https://www.dovepress.com/circadian-rhythm-sleep-disorders-peer-reviewed-article-CPT

Kryger, M., Monjan, A., Bliwise, D., & Ancoli-Israel, S. (2004). Sleep, health, and aging. *Geriatrics*, 59(1), 24-30. Disponível em http://europepmc.org/abstract/med/14755865

Kryger, M., Roth, T., & Dement, W. (2011). *Normal human sleep: An overview*. In M. A. Carskadon & W. C. Dement (Eds.), Principles and practice of sleep medicine (5º Ed), 16-26. Disponível em http://apsychoserver.psych.arizona.edu/jjbareprints/psyc501a/readings/Carskadon%20Dement%202011.pdf

Lim, J., & Dinges, D.F. (2010). A Meta-analysis of the impact of short-term sleep deprivation on cognitive variables. *Psychological Bulletin*, 136(3), 375-389. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20438143

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emocional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DSS) with Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 335-343.

Lucchesi, L., Pradella-Hallinan, M., Lucchesi, M., & Moraes, W. (2005). O sono em transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr*,27(I), 27-32. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s1/24473.pdf

Lund, H., Reider B. D., Whiting, A. B., & Prichard, J. R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *J Adolesc Health*, 46(2),124-32. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20113918

Lusa (2015, Março 12). Linha do Sono lançada sexta-feira para ajudar os portugueses a lidarem com a insónia. *Visão*. Disponível em http://visao.sapo.pt/lusa/linha-do-

sono-lancada-sexta-feira-para-ajudar-os-portugueses-a-lidarem-com-a-insonia=f813048

Luz, A., Castro, A., Couto, D., Santos, L., & Pereira, A. (2009). Stress e percepção do rendimento académico no aluno do ensino superior. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*, Braga, 4663-4669.

Magalhães, Carvalho, & Oliveira (s.d.). *Os efeitos da prática de exercício físico na qualidade do sono* (Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real). Disponível em http://www.psicologianaactualidade.com/upload/Os%20efeitos%20da%20pratica%20de%20exerc%C3%ADcio%20fisico%20na%20qualidade%20do%20sono.pdf

Martini, M., Brandalize, M., Louzada, F., Pereira, E., & Brandalize, D. (2012). Fatores associados à qualidade do sono em estudantes de Fisioterapia. *Fisioter Pesq,* 19(3),261-267. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/fp/v19n3/a12v19n3.pdf

Maroco, J. (2007). *Análise estatística – Com utilização do SPSS*. (3ªEd)., Lisboa: Edições Sílabo.

Masuko, H., Carvalho, C., Machado, C., Morais, F., Prado, F., & Prado, F. (2008). Translation and validation into the Brazilian Portuguese of the restless legs syndrome rating scale of the International Restless Legs Syndrome Study Group. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *66*(4), 832-836.

Medeiro, L., Mendes, F., Lima, F., & Araújo, F. (2001). The relationships between sleep/wake cycle and academic performance in medical students. *Biological*

Rythms Research, 32, 263-270. Disponível em http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1076/brhm.32.2.263.1359

Mendes, R. L., Fernandes, A., & Garcia, T. F. (2004). Hábitos e Perturbações do Sono em Crianças em Idade Escolar. *Acta Pediatr Port*, 35, 341-7. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiV2beUpuTJAhXCuxQKHRAUB-EQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Factapediatrica.spp.pt%2Farticle%2Fdownload%2F4983%2F3771&usg=AFQjCNFma3kK69X9de0_XqPVXqkfW3bK6A&sig2=_b4TkhYlVOPhFuLQUqm4eg&bvm=bv.110151844,d.d24

Merrell, K. (2008). *Helping Students overcome depression and anxiety: a pratical guide*. (2ª Ed). Nova Iorque: Guilford press.

Mesquita, G., & Reimão, R. (2007). Nightly use of computer by adolescents: its effect on quality of sleep. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*,65(2b), 428-432. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2007000300012&script=sci_abstract&tlng=pt

Mesquita, G., & Reimão, R. (2010). Quality of sleep among university students. *Arq Neuropsiquiatr*, 68(5), 720-725. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/anp/v68n5/v68n5a09.pdf

Ministério da Saúde. (2008). *Missão para os Cuidados de Saúde Primários*. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/portals/0/aces%20-%20usp.pdf

Monti, J., & Monti, D. (2008). *Human Sleep*: *Sleep and Quality of Life in Clinical Medicine.* New York: Humana Press.

Morais, L., Nascimento, S., Silva, G., & Ribeiro, J. (2014). Indicadores psicométricos das escalas de estresse, ansiedade e depressão/eads21: um estudo com habitantes do Amazonas/Brasil. *IV Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde,* 432-440. Disponível em https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76376/2/99992.pdf

Morales, E., Lozano, M., & Casal, G. (2005). Sueño u Calidad de Vida. *Revista Colombiana de Psicologia,* 14(1), 11-27. Disponível em http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3245867

Muller, M. R., & Guimarães, S. S. (2007). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia*, *24*(4), 519-528. doi:10.1590/S0103-166X2007000400011

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2014). *Brain Basics: Understanding Sleep*. Disponível em http://www.ninds.nih.gov/disorders/brain_basics/understanding_sleep.htm

National Sleep Foundation. (2015). *National Sleep Foundation Recommends New Sleep Durations*. Disponível em https://sleepfoundation.org/media-center/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times

Nilsson, P., Rööst, M., Engström, G., Hedblad, B., & Berglund, G. (2004). Incidence of Diabetes in Middle-Aged Men Is Related to Sleep Disturbances. *Diabetes Care,* 27(10), 2464. doi: 10.2337/diacare.27.10.2464**.**

Obrecht, A., Collaço, I., Valderramas, S., Corrêa de Miranda, K., Vargas, E., & Szkudlarek, A. (2015). Análise da qualidade do sono em estudantes de graduação de diferentes turnos. *Rev Neurocienc,* 23(2), 205-210.

Oliveira, S. (2013). *A qualidade de sono dos enfermeiros* (Projeto, Faculdade de Ciências de Saúde, Porto). Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4056/1/Projecto%20Gradua%C3%A7%C3%A3o.pdf

OPP – Ordem dos Psicólogos. (2014). *A Saúde Psicológica em Portugal.* Disponível em https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/1243

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2012). *Relatório primavera 2012 - Crise e saúde, um país em sofrimento,* Lisboa: OPSS.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orsal, O., Orsal, O., Alparslan, G., & Unsal, A. (2012). Evaluation of the relation between quality of sleep and anxiety among university students. *HealthMed, 6*(7), 2244-2255.

Padez, C., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2009). Long sleep duration and childhood overweight/obesity and body fat. *American Journal of Human Biology,* 21(3), 371-376. doi: 10.1002/ajhb.20884

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.

Paiva, T. (2015). *Bom sono, boa vida.* (7ªEd.). Alfragide: Oficina do Livro.

Paiva, T., & Penzel, T. (2011). *Centro de Medicina do Sono: Manual Prático.* Lousã: Lidel.

Paiva, T., & Pinto, H. (2010). *Os Mistérios do Sono*. Lisboa: Bertrand Editora.

Paixão, E., Branco, M., & Contreiras, T. (2006). *Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono* (Relatório, Instituto Nacional de Saúde, Lisboa)**.** Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/283/1/Relat%C3%B3rio%20perturba%C3%A7%C3%B5es%20do%20sono.pdf

Pascotto, A., & Martins dos Santos, B. (2013). Avaliação da qualidade do sono em estudantes de ciências da saúde. *J Health Sci Inst*, 31(3), 306-310. Disponível em http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/03_jul-set/V31_n3_2013_p306a310.pdf

Patel, V. (2012). Global mental health: from science to action. *Harv Rev Psychiatry*, 20(1), 6–12.

Pereira, A. (2009). *Análise de depressão e Ansiedade nos alunos do Ensino superior: comparação com um estudo do curso de Radiologia*. Estudo Científico, Escola Superior de Saúde, Castelo Branco. Disponível em http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/442/1/Depress%C3%A3o%20e%20Ansiedade%20nos%20alunos%20Radiologia_alterado[1].pdf

Pereira, A. (2013). *Hábitos de Sono em Estudantes Universitário*s. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4079/1/Tese%20Final_Raquel.pdf

Pereira, M. (2010). *Sintomatologia depressiva em estudantes universitários: prevalência e factores associados.* Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro. Disponível em http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/655/1/msc_mjdpereira.pdf

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS.* Lisboa: Edições Sílabo.

Pina, S. (2011). *Perceções sobre o consumo excessivo de álcool nos jovens universitários portugueses da cidade de Lisboa, que prevenção. Que redução de riscos?* Dissertação de Mestrado, Lusófona. Disponível em http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/6248?show=full

Pinto, T., Amaral, C., Silva, V., Silva, J., Leal. I., & Paiva. T. (2012). Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: que relação? *Actas do 12º colóquio de psicologia e educação,* Lisboa. Disponível em http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1616

Preišegolavičiūtė, E., Leskauskas, D., & Adomaitienė, V. (2010). Associations of quality of sleep with lifestyle factors and profile of studies among Lithuanian students. *Medicina Kaunas*, 46(7),482-9. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20966622

Prior, L., & Ribeiro, O. (2011). *A influência do padrão de sono na depressão em doentes em cuidados paliativos* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Viseu). Disponível em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1655/1/PRIOR%20Lucia%20Maria%20Rodrigues%20A%20influ%C3%AAncia%20do%20padr%C3%A3o%20de%20sono%20na%20depress%C3%A3o%20em%20doentes%20em%20Cuidados%20%20Paliativos.pdf

Regestein, Q., Natarajan, V., Pavlova, M., Kawasaki, S., Gleason, R., & Koff, E. (2010). Sleep debt and depression in female college students. *Psychiatry Research, 176*, 34-39.

Rente, P., & Pimentel, T. (2004). *A Patologia do Sono*. Lisboa: Lidel.

Ribeiro, A. (2012). Avaliação da qualidade do sono em praticantes de atividade física em diversas modalidades. *Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel salazar, Porto.* Disponível em https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt//pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=597923

Ribeiro, L. (2012). *Hábitos de Sono dos Alunos do 4ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem.* Dissertação de Mestrado, Faculdade Ciências da Saúde, Porto. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3654/1/Lu%C3%ADs%20Filipe.pdf

Ribeiro, J., Honrado, A., & Honrado, A. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escaldas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Súde & Doenças*, 5(2), 229-239.

Richards, K. (2015). *O sono: bom demais para perder*. Editora Babelcube Inc.

Rios, A., Peixoto, M., & Senra, V. (2008). *Transtornos do sono, qualidade de vida e tratamento psicológico.* Monografia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Valadares. Disponível em http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Transtornosdosonoqualidadedevidaetratamentopsicologico.pdf

Rocha, A. (2011). *Álcool e substâncias psicoactivas no estudante universitário*. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro. Disponível em http://ria.ua.pt/bitstream/10773/6358/1/5261.pdf

Rodrigues, P. (2013). *Vulnerabilidade ao stress, qualidade do sono, fadiga e consumo de substâncias em estudantes universitários*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Lisboa. Disponível em http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6140/1/2013_Rodrigues,%20Paulo%20Jorge%20da%20Rocha.pdf

Rodrigues, P., Salvador, A., Lourenço, I., & Santos, L. (2014). Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação com comportamentos de risco e stress. *Análise Psicológica*, 32 (4), 453-466. Disponível em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312014000400006&lang=pt

Rodrigues, T. (2012). *Narcolepsia: do diagnóstico ao tratamento* (Dissertação de Mestrado em Medicina, Faculdade de Medicina, Porto). Disponível em https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72426/2/80941.pdf

Rontoyanni, G.,Baic, S., & Cooper, R. (2007). Association between nocturnal sleep duration, body fatness, and dietary intake in Greek women. *Nutrition,* 23(11-12), 773-7. doi http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2007.07.005.

Roth, T., & Ancoli Israel, S. (1999). Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey II. *Sleep,* 22, 354-358.

Sadeh, A., & Gruber, R. (2002*). Stresse and Sleep in Adolescence: A Clinical-Development Perspective. In M*. Carskadon (Ed.) Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social and Pschological Influences. Cambridge: Cambridge University Press.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.* Wolters Kluwer..

Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2010). Será que a saúde mental dos estudantes universitários tem vindo a piorar? Revisão de literatura. In. A. M. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira e P. Vagos (Eds.). *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas. Actas do I Congresso Nacional da RESAPES,* 525-531, Aveiro.

Santos, L., Veiga, F., & Pereira. (2012). A sintomatologia depressiva e perceção do rendimento académico no estudante do ensino superior. In L. Mata, F. Peixoto, J. Morgado, J. Silva, & V. Monteiro (Eds.), *Actas do 12º Colóquio de Psicologia e Educação – Educação Aprendizagem e Desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática,* 1656- 1666. Lisboa: ISPA.

Santos, M. (2011). *Saúde Mental e comportamentos de risco em estudantes universitários.* Tese de Doutoramento em Saúde Mental, Universidade de Aveiro. Disponível em http://ria.ua.pt/handle/10773/6738

Santos, R. (2008). *Consumos de álcool nos estudantes de enfermagem.* Monografia, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto. Disponível em http://bdigital.ufp.pt//handle/10284/1383

Saraiva, C., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental.* Coimbra: Lidel Edições Técnicas - Lisboa.

Seco, G., Pereira, I., Dias, I., Casimiro, M., & Custodio, S. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: Pontes e alçapões. *Psicologia e Educação*, 4(1), 7-21.

Seixas, M. (2009). *Avaliação da qualidade do sono na Adolescência: Implicações para a Saúde Física e Mental.* Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1256/2/dm_monicaseixas.pdf

Serra, F. (2014). *Efeitos da crise económica na saúde mental: Portugal na União Europeia (2004-2012).* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Coimbra. Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/28070/1/Disserta%C3%A7%C3%A3oFVS.pdf

Servan-Schereiber, D. (2004). *Curar…o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamento nem psicanálise* (15ª Ed.). São Paulo: Sá Editora.

Sheldon, S. H., Ferber, R., Kryger, M. H., & Gozal, D. (2014). P*rinciples & Practice of Pediatric Sleep Medicine.* (2ª Ed). Philadelphia: Elsevier Saunders.

Silva, M. (2015). *Determinantes da qualidade do sono em estudantes de enfermagem.* Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu. Disponível em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2865/1/SILVA,%20MadalenaFatima%20DM.pdf

Sousa, M., & Baptista, C. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo bolonha.* (3 ªEd). Lisboa: Pactor.

SPSS - Statistical Package for Social Sciences,Version 20.0, for Windows (2011). Manual de utilização.

Sweileh, W., Ali, I., Sawalha, A., Abu-Taha, A., Zyoud, S., & Al-Jabi, S. (2011). Sleep habitsand sleep problems among Palestinian students. *Child and Adolescent Psychiatry and MentalHealth*, 5(25), 1-8. Disponível em: http://www.capmh.com/content/pdf/1753-2000-5-25.pdf

Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. (2ª Ed). Lisboa: Departamento de Recursos Humanos.

Tavares, J., & Santiago, R. A. (2000). *Ensino superior; (In) sucesso Académíco*. Porto: Porto Editora.

Teodoro, W. (2010). *Depressão: corpo, mente e alma.* (3ª Ed). Uberlândia. Disponível em http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/depressaocma.pdf

Thorpy, M. (2012). Classification of Sleep Disorders. *Neurotherapeutics*, 9(4), 687–701. Disponível em http://link.springer.com/article/10.1007/s13311-012-0145-6

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª Ed.). Loures: Lusociência.

Twenge, J. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neurocistism, 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychonology*, 79, 1007-1021.

Valle, L., Valle, E., & Reimão, R. (2009). Sono e aprendizagem. *Revista Psicopedagogia*, 26 (80), 286-90. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000200013&lng=pt&tlng=pt

Vaz Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias.* Coimbra: Edição própria do autor.

Vélez, J., Souza, A., Traslaviña, S., Barbosa, C., Wosu, A., Andrade, A., … Williams, M. (2013). The Epidemiology of Sleep Quality and Consumption of Stimulant Beverages among Patagonian Chilean College Students. doi: 10.1155/2013/910104

Veigas, J., & Gonçalves, M. (2009). A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress. *O Portal dos Psicólogos*. Disponivel em: http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0485.pdf

Verger, P., Lions, C., & Ventelou, B. (2009). Is depression associated with health risk-related behaviour clusters in adults. *European Journal of Public Health*, 19(6), 618–624. doi: http://doi.org/10.1093/eurpub/ckp057

Vieira, A. (2012). *Implementação de um Programa de Educação do Sono em Universitários* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro). Disponível em http://biblioteca.versila.com/2766674/implementacao-de-um-programa-de-educacao-do-sono-em-universitarios

Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *Journal of Mental Health Systems*,7,19.

WHO - World Health Organization. (2001). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa. Disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

WHO - World Health Organization. (2011). *International Statistical Classification of diseases and related health problems.* (10ªed). Geneva. Disponível em: http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf

WHO - World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020.* Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

WHO - World Health Organization. (2015). *Health Topics: Depression*. Disponível em: http://www.who.int/topics/depression/en/

Wolfson, A. (2010). Adolescents and emerging adults sleep patterns: New developments. *Journal of Adolescent Health, 46*, 97-99.

ANEXOS

Anexo I - Frequências e distribuições relativas às variáveis

Tabela: Caraterização da idade em função do género dos inquiridos

Género	***N***	***Mínimo***	***Máximo***	***Média***	***Desvio padrão***
Masculino	131	18	40	21,48	2,69
Feminino	227	18	51	21,04	3,70
Total	358	18	51	21,20	3,37

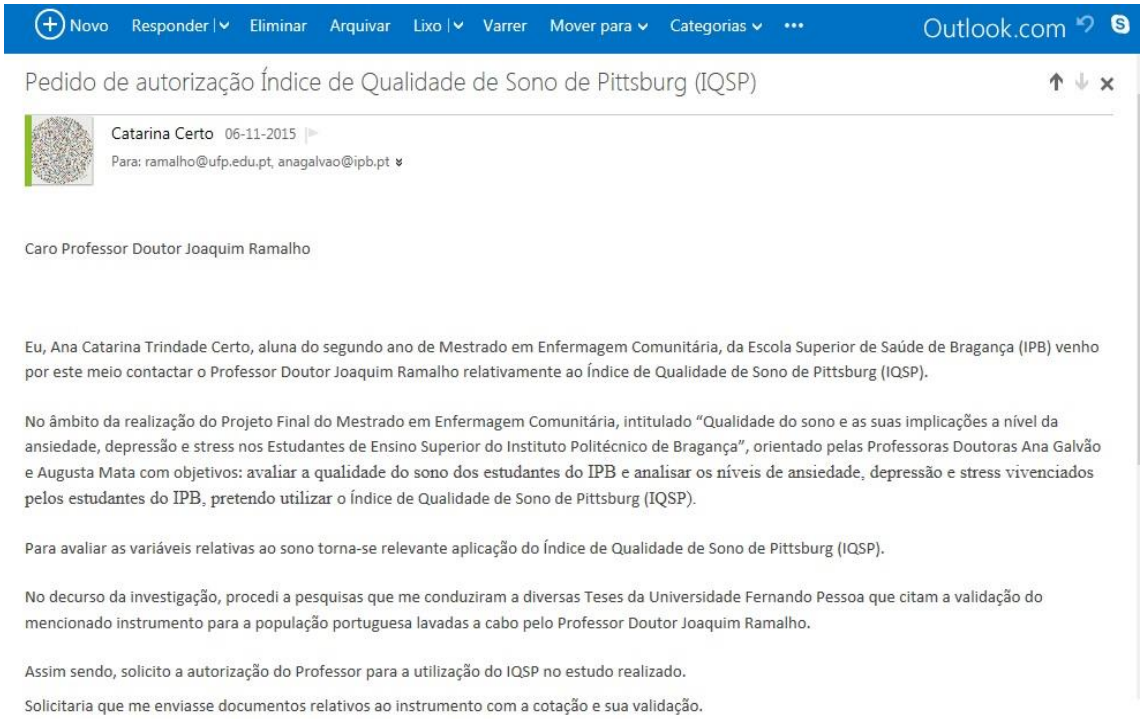
Tabela: Frequências e distribuição relativas à variável "Consumo de Substâncias"

Variáveis	***Frequência Absoluta (n)***	***Frequência Relativa (%)***
Ansiolíticos	7	1,96%
Tranquilizantes	6	1,68%
Antidepressivos	10	2,79%
Antiepiléticos	3	0,84%
Estimulantes cerebrais	7	1,96%
Bebidas energéticas	47	13,13%
Álcool	265	74,02%
Haxixe	14	3,91%
Cannabis	33	9,22%
Cocaína	2	0,56%
Outras	7	1,96%
Total	358	100%

Tabela - Género em função da escola

		Escola				Total
		ESSa	ESTIG	ESE	ESA	
Género	Homem	9	73	15	34	131
	Mulher	66	63	81	17	227
Total		75	136	96	51	358

Anexo II – Pedido de autorização para utilização do *Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg* (IQSP) autor Joaquim Ramalho e respetiva resposta de confirmação



Novo Responder | Eliminar Arquivar Lixo | Varrer Mover para Categorias ••• Outlook.com

Pedido de autorização Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (IQSP)

Catarina Certo 06-11-2015
Para: ramalho@ufp.edu.pt, anagalvao@ipb.pt

Caro Professor Doutor Joaquim Ramalho

Eu, Ana Catarina Trindade Certo, aluna do segundo ano de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Bragança (IPB) venho por este meio contactar o Professor Doutor Joaquim Ramalho relativamente ao Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (IQSP).

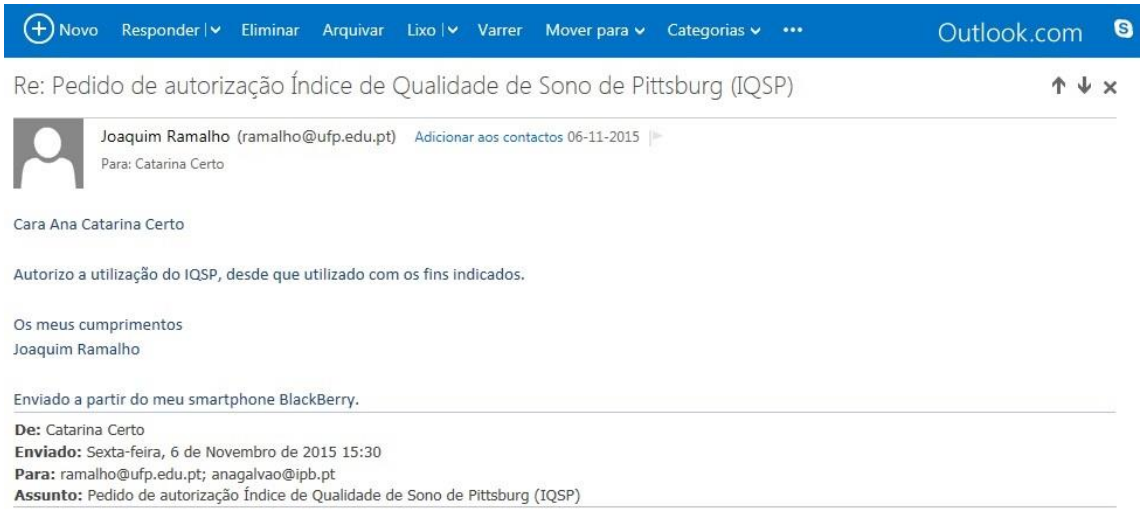
No âmbito da realização do Projeto Final do Mestrado em Enfermagem Comunitária, intitulado "Qualidade do sono e as suas implicações a nível da ansiedade, depressão e stress nos Estudantes de Ensino Superior do Instituto Politécnico de Bragança", orientado pelas Professoras Doutoras Ana Galvão e Augusta Mata com objetivos: avaliar a qualidade do sono dos estudantes do IPB e analisar os níveis de ansiedade, depressão e stress vivenciados pelos estudantes do IPB, pretendo utilizar o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (IQSP).

Para avaliar as variáveis relativas ao sono torna-se relevante aplicação do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (IQSP).

No decurso da investigação, procedi a pesquisas que me conduziram a diversas Teses da Universidade Fernando Pessoa que citam a validação do mencionado instrumento para a população portuguesa lavadas a cabo pelo Professor Doutor Joaquim Ramalho.

Assim sendo, solicito a autorização do Professor para a utilização do IQSP no estudo realizado.

Solicitaria que me enviasse documentos relativos ao instrumento com a cotação e sua validação.



Novo Responder | Eliminar Arquivar Lixo | Varrer Mover para Categorias ••• Outlook.com

Re: Pedido de autorização Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (IQSP)

Joaquim Ramalho (ramalho@ufp.edu.pt) Adicionar aos contactos 06-11-2015
Para: Catarina Certo

Cara Ana Catarina Certo

Autorizo a utilização do IQSP, desde que utilizado com os fins indicados.

Os meus cumprimentos
Joaquim Ramalho

Enviado a partir do meu smartphone BlackBerry.

De: Catarina Certo
Enviado: Sexta-feira, 6 de Novembro de 2015 15:30
Para: ramalho@ufp.edu.pt; anagalvao@ipb.pt
Assunto: Pedido de autorização Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (IQSP)

Anexo III - Pedido de autorização para utilização da *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* (EADS-21) ao autor José Ribeiro e respetiva resposta de confirmação.

Novo Responder | Eliminar Arquivar Lixo | Varrer Mover para Categorias ••• Outlook.com

Pedido de autorização - Escala da Ansiedade, Depressão e Stress

Catarina Certo 06-11-2015
Para: jlpr@fpce.up.pt

Muito boa tarde Estimado Doutor José Ribeiro.

Ana Catarina Trindade Certo, sou aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde de Bragança (IPB).

No âmbito do Projeto Final de Mestrado intitulado "Qualidade do sono e as suas implicações a nível da ansiedade, depressão e stress nos Estudantes de Ensino Superior do Instituto Politécnico de Bragança", orientado pelas Professoras Doutoras Ana Galvão e Augusta Mata, seria pertinente a utilização da Escala da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS).

Neste sentido, solicito um pedido para a autorização da utilização do instrumento supracitado (EADS).

Obrigada pela atenção

Com os melhores cumprimentos,

Ana Certo

© 2015 Microsoft Termos Privacidade e cookies Programadores Português (Portugal)

Novo Responder | Eliminar Arquivar Lixo | Varrer Mover para Categorias ••• Outlook.com

RE: Pedido de autorização - Escala da Ansiedade, Depressão e Stress

José Luis Pais Ribeiro (jlpr@fpce.up.pt) Adicionar aos contactos 07-11-2015
Para: Catarina Certo

Cara colega

Autorizo o uso da EADS

Cordiaalmente

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/
ORCID: http://orcid.org/0000-0003-2882-8056
ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Anexo IV - Pedido de Autorização do Estudo à Presidência do Instituto Politécnico de Bragança - IPB

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Assunto: Pedido de Autorização

Exmo Srº

Presidente do IPB - Instituto Politécnico de Bragança

Para poder redigir o Relatório Final de Mestrado intitulado: "Qualidade do sono e suas implicações a nível da ansiedade, depressão e stress nos estudantes do ensino superior", solicito a Vª Exª que se digne autorizar a recolha de dados, juntos dos alunos das quatro escolas (ESSa, ESTIG, ESA e ESE) do campus de Bragança, atendendo a que o estágio inserido no referido Mestrado, será realizado na área de abrangência da Unidade Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de Bragança, através dos questionários: *Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)* de Ramalho 2008 e a *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)* , Riberio, Honrado e Leal (2004), que têm como objetivos:

- "Avaliar a qualidade do sono dos estudantes do ensino superior"
- "Analisar os níveis de stress, ansiedade e depressão vivenciados pelos estudantes do ensino superior"

A aluna comprometem-se, a respeitar as regras deontológicas e, a dar conhecimento dos resultados obtidos no trabalho de investigação, caso lhes seja solicitado.

Grata pela atenção dispensada, os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

A aluna: Ana Catarina Trindade Certo

Professores orientadoras: Ana Galvão e Augusta Mata

Bragança, junho de 2015

Anexo V - Deferimento do pedido à Presidência do Instituto Politécnico de Bragança – IPB

ipb INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Assunto: Pedido de Autorização

Exmo Srª

Presidente do IPB - Instituto Politécnico de Bragança

Ana Catarina Trindade Certo, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, pretendo desenvolver um estudo acerca da "Qualidade do sono e suas implicações a nível da ansiedade, depressão e stress nos estudantes do ensino superior". Estudo que será incluído no relatório de estágio II.

Neste sentido, solicito a Vª Exª se digne autorizar a recolha de dados, juntos dos alunos das quatro escolas (ESSa, ESTIG, ESA e ESE) do campus de Bragança, atendendo a que o estágio inserido no referido Mestrado, será realizado na área de abrangência da Unidade Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de Bragança, através da aplicação dos instrumentos de recolha de dados, que inclui: o *Questionário de Caraterização Sociodemográfico*, *Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)* de Bertolazy 2008 e a *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)*, Pais Ribeiro, 2007, tendo como objetivos:

- Avaliar a qualidade do sono dos estudantes
- Analisar os níveis de stress, ansiedade e depressão vivenciados pelos estudantes
- Relacionar os níveis de stress, ansiedade e depressão com a qualidade do sono dos estudantes

Comprometo-me a respeitar as regras deontológicas e a dar conhecimento dos resultados obtidos no trabalho de investigação, caso me seja solicitado.

Grata pela atenção dispensada, os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

A aluna Ana Catarina Trindade Certo

Professores orientadoras Ana Maria Arinho Silva

Bragança, julho de 2015

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

NIPC 600 013 758
Tel. (+351) 273 330 550 . Fax 273 327 915 . http://www.essa.ipb.pt
Av. D. Afonso V . 5300-121 BRAGANÇA . Portugal

Exmo.(a) Senhor(a)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Ex.mo Senhor Presidente
Campus de Stª Apolónia
Bragança
5300-253 Bragança

Processo n.º: 2016/00156 N.º de Registo: 2015/01746 Data de Registo: 2015-07-24
Secção: Secretariado ESSA
0027228-07-15

Assunto: Autorização para recolha de dados

A aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Ana Catarina Trindade Certo pretende aplicar um questionário aos alunos das Escolas integrantes do Instituto Politécnico, à exceção de Mirandela, que tem como objetivos:

- Avaliar a qualidade de sono dos estudantes
- Analisar os níveis de stress, ansiedade e depressão vivenciados pelos estudantes;
- Relacionar os níveis de stress, ansiedade e depressão com a qualidade do sono dos estudantes.

Assim, solicitamos autorização a V.ª Ex.ª para a aplicação do questionário, que junto anexamos e que servirá de base ao trabalho de investigação intitulado: "Qualidade do sono e suas implicações a nível da ansiedade, depressão e stress nos estudantes do ensino superior."
Com os melhores cumprimentos.

A Diretora

Professora Doutora Helena Pimentel

Anexo VI - Declaração ao participante (exposição de informação relativa ao estudo e seus instrumentos)

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Estudo Cientifico sobre Qualidade do Sono e suas implicações a nível da Ansiedade, Depressão e Stress nos Estudantes do Ensino Superior do Instituto Politécnico de Bragança

No âmbito Mestrado em Enfermagem Comunitária, venho por este meio solicitar a sua colaboração para o preenchimento dos instrumentos relativos à investigação da Qualidade do Sono e as suas implicações a nível da ansiedade, depressão e stress nos Estudantes do Ensino Superior do Instituto Politécnico de Bragança.

Inicialmente, deverá preencher o Questionário Sociodemográfico que permitirá fazer uma caracterização anónima pessoal, seguido o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh que pretende avaliar a qualidade do sono, a sua duração e o tempo de latência e por último a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress que permitirá analisar a incidência desses três parâmetros.

Se decidir colaborar no presente estudo, deverá, antes de mais, indicá-lo na declaração que se segue (consentimento informado).

Agradeço desde já a sua atenção para com o estudo de investigação.

Anexo VII - Declaração de participação no estudo

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Declaração

Declaro, ao colocar uma cruz no quadrado que se encontra no fim da presente declaração, que aceito participar no estudo científico da responsabilidade de Ana Catarina Certo, de componente avaliativa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Bragança.

Confirmo, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei pertinentes para decidir participar.

Especificamente, fui informado/a dos objetivos, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e de que tinha o direito de recusar participar, ou cessar a minha participação a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.

☐

Anexo VIII - Ficha Sociodemográfica

Ficha Sociodemográfica

Género

Masculino ☐
Feminino ☐

Exercício Físico

Sim ☐
Não ☐

Idade: ____

Escola:_____

Ano Escolar:_____

Curso:_____

É aluno deslocado?

Sim ☐
Não ☐

Estado Civil

Solteiro ☐
Casado ☐
União de facto ☐
Divorciado ☐
Viúvo ☐

Reside em locais movimentados/junto de estabelecimentos noturnos?

Sim ☐
Não ☐

Consome alguma das seguintes substâncias? Se sim, assinale a correspondente.

Sim ☐
Não ☐

Ansiolíticos ☐

Tranquilizantes ☐

Antidepressivos ☐

Antiepiléticos ☐

Estimulantes cerebrais ☐

Bebidas energéticas ☐

Álcool ☐

Haxixe ☐

Cannabis ☐

Cocaína ☐

Outras: _____

Anexo IX - Indíce de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)

Buysse, Reynolds, Monk, Berman e Kupfer (1989), versão portuguesa adaptada por Ramalho (2008)

As seguintes questões, referem-se aos hábitos de sono apenas durante **o mês passado**. As suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado. Por favor, responda a todas as questões.

1)Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DEITAR:_____

2)Durante o mês passado, quanto tempo (minutos) demorou para adormecer, na maiora das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU ADORMECER:____

3)Durante o mês passado, a que horas acordou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR:____

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu?

HORAS DE SONO POR NOITE:____

Para cada uma das seguintes questões, escolha resposta mais adequada. Por favor, responda a todas as questões.

5)Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas relacionados com o sono por…

a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

( ) Nenhuma vez

( ) Menos de uma vez por semana

( ) Uma ou duas vezes por semana

( ) Três ou mais vezes por semana

b) Acordar a meio da noite ou de manhã muito cedo:

( ) Nenhuma vez

( ) Menos de uma vez por semana

( ) Uma ou duas vezes por semana

( ) Três ou mais vezes por semana

c) Levantar-se para ir à casa de banho:

( ) Nenhuma vez

( ) Menos de uma vez por semana

( ) Uma ou duas vezes por semana

( ) Três ou mais vezes por semana

d) Ter dificuldade em respirar:

( ) Nenhuma vez

( ) Menos de uma vez por semana

( ) Uma ou duas vezes por semana

( ) Três ou mais vezes por semana

e) Tossir ou ressonar muito alto:

( ) Nenhuma vez

( ) Menos de uma vez por semana

( ) Uma a duas vezes por semana

( ) Três ou mais vezes por semana

f) Sentir muito frio:

( ) Nenhuma vez

( ) Menos de uma vez por semana

( ) Uma ou duas vezes por semana

( ) Três ou mais vezes por semana

g) Sentir muito calor:

( ) Nenhuma vez

( ) Menos de uma vez por semana

( ) Uma a duas vezes por semana

( ) Três ou mais vezes por semana

h) Ter maus sonhos ou pesadelos:

( ) Nenhuma vez

( ) Menos de uma vez por semana

( ) Uma ou duas vezes por semana

( ) Três ou mais vezes por semana

i) Sentir dores:

( ) Nenhuma vez

( ) Menos de uma vez por semana

( ) Uma ou duas vezes por semana

( ) Três ou mais vezes por semana

j) Outra razão, por favor descreva:

_____

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?

( ) Nenhuma vez

( ) Menos de uma vez por semana

( ) Uma ou duas vezes por semana

( ) Três ou mais vezes por semana

6) <u>Durante o mês passado</u>, como classifica a qualidade do seu sono?

( ) Muito boa

( ) Boa

( ) Má

( ) Muito Má

7) Durante o mês passado, tomou alguma medicação para dormir, receitado pelo médico, indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta? Se sim, qual (is)? _____

( ) Nenhuma vez

( ) Menos de uma vez por semana

( ) Uma ou duas vezes por semana

( ) Três ou mais vezes por semana

8) Durante o mês passado teve problemas para permanecer acordado, durante as refeições ou enquanto participava numa qualquer atividade social?

( ) Nenhuma vez

( ) Menos de uma vez por semana

( ) Uma ou duas vezes por semana

( ) Três ou mais vezes por semana

9) Durante o mês passado, sentiu alguma indisposição ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

( ) Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo

( ) Indisposição e falta de entusiasmo pequenas

( ) Indisposição e falta de entusiasmo moderadas

( ) Muita indisposição e falta de entusiasmo

Anexo X - Instruções para Pontuação do Indice de qualidade de sono de pittsburg (IQSP)

Instruções para Pontuação do IQSP

Componente 1: Qualidade subjetiva do sono

Examine a questão 6 e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação (Score)
Muito boa	0
Boa	1
Má	2
Muito má	3

Pontuação do componente 1: _____

Componente 2: Latência do Sono

Examine a questão 2 e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação (Score)
< ou = 15 minutos	0
16 – 30 minutos	1
31 – 60 minutos	2
> 60 minutos	3

Pontuação do componente: _____

Examine a questão (5a) e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação (Score)
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez por semana	1
1 a 2 vezes por semana	2
3 vezes ou mais por semana	3

Some a pontuação da questão 2 e 5a _____.

Atribua a pontuação do componente 2 da seguinte forma:

Resposta	Pontuação (Score)
0	0
1 – 2	1
3 – 4	2
5 – 6	3

Pontuação do componente 2: _____.

Componente 3: Duração do Sono

Examine a questão 4 e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação (Score)
> 7 horas	0
6 – 7 horas	1
5 – 6 horas	2
< 5 horas	3

Pontuação do componente 3:_____

Componente 4: Eficiência habitual do sono

Examine a questão 2 e atribua a pontuação da seguinte forma:

- Escreva o número de horas dormidas (questão 4)
- Calcule o número de horas no leito:

{horário de levantar (questão 3) – horário de deitar (questão 1)}

- Calcule a eficiência:

{n° de horas dormidas/ n° de horas no leito} x 100 = eficiência do sono (%)

Atribua a pontuação do componente 4 (**Eficiência do sono)** da seguinte forma:

Eficiência do sono (%)	**Pontuação (Score)**
> 85%	0
75 – 84%	1
65 – 74%	2
< 65%	3

Pontuação do componente 4:_____

Componente 5: Perturbações do sono

Examine as questões de (5-b) a (5-j) e atribua a pontuação para cada questão da seguinte maneira:

Resposta	**Pontuação (Score)**
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez por semana	1
1 a 2 vezes por semana	2
3 vezes ou mais por semana	3

- Some a pontuação de (5-b) a (5-j)
- Atribua a pontuação do componente 5 da seguinte forma:

Some a (5-b) a (5-j)

Resposta	Pontuação (Score)
0	0
1 – 9	1
10 – 18	2
19 – 27	3

Pontuação do Componente 5:_____

Componente 6: Uso de medicação para dormir

Examine a questão 7 e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação (Score)
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez por semana	1
1 a 2 vezes por semana	2
3 vezes ou mais por semana	3

Pontuação do componente 6_____

Componente 7: Disfunção durante o dia

Examine a questão 8 e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	**Pontuação (Score)**
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez por semana	1
1 a 2 vezes por semana	2
3 vezes ou mais por semana	3

Examine a questão 9 e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	**Pontuação (Score)**
Nenhuma	0
Pequena	1
Moderada	2
Muita	3

- Some a pontuação das questões 8 e 9
- Atribua a pontuação do **componente 7** da seguinte forma:

Resposta	**Pontuação (Score)**
1	0
1-2	1
3-4	2
5-7	3

Pontuação do componente 7:_____

8 - A pontuação global é determinada pela soma dos sete componentes, cada qual recebe uma pontuação estabelecida entre 0 e 3 pontos com o mesmo peso, em que o 3 reflete o extremo negativo. A soma das pontuações varia entre 0 a 21 pontos, no qual **scores até 5, inclusive, indicam boa qualidade de sono e scores superiores a 5 indicam má qualidade de sono.**

Fonte: Ferro, 2005

Anexo XI - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Lovibond e Lovibond, (1995), adaptação da versão portuguesa foi primordial por Alves, Carvalho e Batista, (1999) e posteriormente por Riberio, Honrado e Leal (2004)

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 – não se aplicou **nada** a mim

1 – aplicou-se a mim **algumas vezes**

2 – aplicou-se a mim de **muitas vezes**

3 – 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

Anexo XII - Caraterização item a item da escala EADS

Tabela - Caraterização item a item da escala EADS

	Não se aplica a mim n (%)	Aplica-se a mim algumas vezes n (%)	Aplica-se a mim muitas vezes n (%)	Aplica-se a mim a maior parte das vezes n (%)
1. Tive dificuldade em me acalmar.	203 (56,7)	110 (30,7)	31 (8,7)	14 (3,9)
2. Senti a minha boca seca.	159 (44,4)	134 (37,4)	50 (14,0)	15 (4,2)
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	226 (63,1)	93 (26,0)	33 (9,2)	6 (1,7)
4. Senti dificuldades em respirar.	255 (71,2)	68 (19,0)	28 (7,8)	7 (2,0)
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	155 (43,3)	151 (42,2)	38 (10,6)	14 (3,9)
6. Tive tendência a reagir em demasia em deter minadas situações.	165 (46,1)	120 (33,5)	51 (14,2)	22 (6,1)
7. Senti tremores.	227 (63,4)	83 (23,2)	33 (9,2)	15 (4,2)
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	176 (49,2)	117 (32,7)	48 (13,4)	17 (4,7)
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer..	228 (63,7)	96 (26,8)	26 (7,3)	8 (2,2)
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	245 (68,4)	70 (19,6)	28 (7,8)	15 (4,2)
11. Dei por mim a ficar agitado.	180 (50,3)	127 (35,5)	34 (9,5)	17 (4,7)
12. Senti dificuldade em me relaxar.	151 (42,2)	155 (43,3)	34 (9,5)	18 (5,0)
13. Senti-me desanimado e melancólico.	174 (48,6)	126 (35,2)	35 (9,8)	23 (6,4)
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de..	212 (59,2)	111 (31,0)	23 (6,4)	12 (3,4)
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	272 (76,0)	62 (17,3)	15 (4,2)	9 (2,5)
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	249 (69,6)	82 (22,9)	17 (4,7)	10 (2,8)
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	255 (71,2)	69 (19,3)	25 (7,0)	9 (2,5)
18. Senti que por vezes estava sensível.	133 (37,2)	152 (42,5)	50 (14,0)	23 (6,4)
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	228 (63,7)	90 (25,1)	24 (6,7)	16 (4,5)
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	259 (72,3)	77 (21,5)	14 (3,9)	8 (2,2)
21. Senti que a vida não valia a pena.	277 (77,4)	53 (14,8)	18 (5,0)	10 (2,8)

Anexo XIII – Horas de sono *vs* género; Horas efetivas de sono do mês anterior

Tabela - Comparação das horas efetivas de sono em função do género

Group Statistics

	Género	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Durante o mês passado, quantas horas de sono efetivo por noite dormiu?	Homem	131	7,4809	1,62806	,14224
	Mulher	227	6,8786	1,68436	,11180

Tabela - Horas efetivas de sono do mês anterior

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	Df	Sig. 2-tailed	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Durante o mês passado, quantas horas de sono efetivo por noite dormiu?	Equal variances assumed	,756	,385	3,299	356	,001	,60228	,18258	,24321	,96135
	Equal variances not assumed			3,329	278,9	,001	,60228	,18092	,24614	,95842

Anexo XIV – Relatório das Atividades Desenvolvidas Estágio II