



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Qualidade do sono, saúde e estilos de vida Estudo com a população activa portuguesa**

**Liliana Catarina Rua Matos Talhada**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre na especialidade  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Luís Maia

Covilhã, Outubro de 2012



Dissertação de Mestrado realizada sob  
orientação do Prof. Doutor Luis Maia  
apresentada à Universidade da Beira Interior  
para a obtenção do Grau de Mestre em  
Psicologia, registado na DGES sob o 9463.



## Dedicatória

Dedico este trabalho a todos aqueles que  
me apoiaram incondicionalmente ao longo deste percurso.

A todos que participaram neste estudo.

A J. que me faz feliz pela sua forma de ser.



## Resumo

O sono, essencial para a sobrevivência, é uma necessidade biológica crucial para todos os indivíduos, sendo o restaurador a nível físico e mental. Contudo, a privação do sono conduz a alterações comportamentais e fisiológicas que podem colocar a vida em risco. Este estudo tem como principal objectivo analisar a qualidade do sono da população activa e, através de objectivos específicos, avaliar as alterações do sono em função da saúde física, saúde mental e de alguns estilos de vida. Para tal, foram utilizados o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg, o Questionário de 90 Sintomas e o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão, aplicados a 300 participantes (142 do sexo masculino e 158 do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 25 e os 65 anos.

Os resultados indicaram que são as mulheres e os que apresentam baixo estatuto socioeconómico aqueles que apresentaram pior qualidade do sono. Além disso, a presença de doença a nível físico e o excesso de peso encontraram-se fortemente associadas a uma pior qualidade do sono.

Os resultados também permitiram inferir uma associação entre a qualidade do sono e os níveis de saúde mental, onde os participantes com má qualidade do sono apresentaram indicadores de sintomas psicopatológicos mais elevados, sendo estes resultados válidos para cada dimensão sintomática avaliada. Ao especificar a variável depressão, os resultados apontaram que a presença desta perturbação se encontrou fortemente associada com a pior qualidade do sono. Sendo assim, torna-se importante a implementação de programas de prevenção, promoção que compreenda as regras básicas para uma melhor qualidade de sono, bem como o tratamento das perturbações do sono de forma a minimizar as consequências que estas acarretam.

**Palavras-chave:** qualidade do sono; saúde; saúde mental; estilos de vida; população activa.





## Abstract

Sleeping, essential for survival, it is a crucial biological need for all individuals, being a physical and mental restorator. However, sleep privation leads to behavior and physiologic changes, which may put life in risk. The present study has as principal aim to analyze the sleep quality in active population and, through specific objectives, to evaluate sleep changes according physical health, mental health and some life styles. For this purpose, it was used the Sleep Quality Index of Pittsburg, the questionnaire of 90 symptoms, and the Inventory Clinical Assessment of Depression, applied to 300 participants (142 of male genre and 158 of female genre) between 25 and 65 years old.

The results indicate that are women and subjects with lower socioeconomical status who demonstrated poor sleep quality. Beyond that, the presence of physical illness and overweight is strongly attached to poor sleep quality.

The results also allow a connection between poor sleep quality and levels of mental health, where the participants with poor sleep quality showed higher indicators of psychopathologic symptoms, which makes these results valid for each symptomatic dimension evaluated. Specifying the depression variable, the results indicated that its presence is strongly attached to poor sleep quality. So, it become crucial the implementation of prevention programs, promotion which includes the basic rules for a better sleep quality, as well as the treatment of sleep disturbances in order to minimize its consequences.

**Key-words:** Sleep quality; health; mental health; lifestyles; active population.



## Agradecimentos

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas...  
Que já têm a forma do nosso corpo...  
E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares...  
É o tempo da travessia... E se não ousarmos fazê-la...  
Teremos ficado... Para sempre... À margem de nós mesmos”*

Fernando Pessoa

Este momento, talvez o mais esperado de todo o percurso académico, não seria possível sem o tributo de todos aqueles que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para a minha formação.

Ao Professor Doutor Luís Maia, muito obrigada por todo o conhecimento, apoio transmitido e pela proposta de muitos desafios.

A todos os professores que fizeram parte do meu percurso académico pelos valiosos ensinamentos.

As minhas palavras de apreço vão também para os meus Pais, Ana Teresa e Manuel, pois nada teria sido possível sem o apoio, ajuda e compreensão. Não existem palavras para expressar a minha gratidão. Também agradeço aos meus irmãos, Daniela e Tiago e à minha restante família. As minhas preocupações e angústias parecem desaparecer na vossa companhia, onde apenas surgem sorrisos. Não poderia deixar de parte os nossos animais, Cleo, Noie e Jonas, que fazem parte da família desde o primeiro dia e me transmitem muita alegria.

Um Muito Obrigada à minha irmã Daniela por ter dedicado bastante tempo para a correcção deste trabalho, ao adoptar as boas práticas da língua portuguesa.

Às amigas Milene e Fábria pelos bons momentos que passamos juntas durante estes longos anos. Estabeleceu-se entre nós um laço de amizade e um espírito de entreaajuda, que será inesquecível. Um obrigada especial à Milene que me acolheu na sua casa para as nossas longas horas de trabalho. Caminhamos, mais uma vez, juntas neste processo, onde nos ajudamos mutuamente para a construção do conhecimento. Obrigada pelos momentos de trabalho, de amizade, de divertimento e de devaneios. Momentos reveladores de união e que nos fazem ser “Irmãs”. Às colegas da faculdade, em especial a Tânia e a Letícia por me inspirarem ao serem reveladoras das boas práticas de estudo, trabalho e dedicação.

Aos amigos de sempre, e especialmente à Sara, que sempre nos compreendemos, apoiamos e, mesmo a longa distância não separou a nossa infinita amizade.

A todos os participantes que aceitaram colaborar para a amostra. Sem eles, a concretização do trabalho seria impossível.

E porque os últimos são sempre os primeiros, a ti, porque “Sabe bem...”



## Índice

Dedicatória.....	v
Resumo .....	vii
Abstract.....	ix
Agradecimentos .....	xi
Lista de figuras .....	xv
Lista de tabelas.....	xvii
Lista de acrónimos .....	xix
Introdução .....	1
Parte I - Corpo teórico .....	3
Capítulo 1- O Sono.....	5
Introdução.....	5
1.1. Aspectos descritivos do sono .....	5
1.2. Estrutura do sono.....	6
1.3. Funções do sono .....	9
1.4. Fisiologia do sono e Ciclo sono-vigília .....	10
1.5. Perturbações do sono .....	12
1.6. Prevalência dos Problemas associados ao Sono .....	13
1.7. Diagnóstico e Tratamento das Perturbações do sono .....	14
1.8. A privação do sono.....	16
Capítulo 2 - Saúde Mental .....	19
Introdução.....	19
2.1. Saúde e Doença Mental .....	19
2.2. Impacto das perturbações mentais .....	20
2.3. Prevalência das perturbações mentais .....	21
2.3.1. Perturbações mais frequentes na população adulta .....	22
Capítulo 3 - Sono, saúde e estilos de vida .....	25
Introdução.....	25
3.1. Sono e saúde .....	25
3.2. Sono e saúde mental.....	26
3.2.1. Sono e perturbações do humor .....	26
3.2.2. Sono e perturbações da ansiedade.....	27
3.2.3. Sono e outras perturbações mentais.....	29
3.3. Sono e estilos de vida.....	29
3.3.1. Sono e consumo de álcool .....	29
3.3.2. Sono e consumo tabágico .....	30

3.3.3. Sono e actividade física .....	31
3.4. Sono e factores socioeconómicos e sociodemográficos .....	32
<b>Parte II - Corpo empírico.....</b>	<b>35</b>
<b>Capítulo 4 - Metodologia .....</b>	<b>37</b>
Introdução .....	37
4.1 – Pertinência do estudo.....	37
4.2 – Método .....	38
4.2.1- Objectivos.....	38
4.2.2 –Tipo de estudo.....	38
4.2.3 –Variáveis em estudo .....	39
4.2.4 – Instrumentos .....	39
4.2.4.1 - Questionário sócio-demográfico.....	40
4.2.4.2. PSQI: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg.....	40
4.2.4.3 – IACLIDE: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão .....	41
4.2.4.4 – SCL-90-R: Questionário de 90 sintomas .....	42
4.6 – Participantes.....	44
4.7 – Procedimentos.....	47
<b>Capítulo 5 - Resultados.....</b>	<b>49</b>
Introdução .....	49
5.1- Fiabilidade dos Instrumentos.....	49
5.2- Análises estatísticas.....	50
<b>Capítulo 6 - Discussão .....</b>	<b>61</b>
Introdução .....	61
6.1- Análise e discussão dos resultados .....	61
6.2- Limitações e propostas futuras.....	71
<b>Capítulo 7 - Conclusão .....</b>	<b>73</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>75</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>1</b>
Anexo 1 .....	3
Anexo 2 .....	7

## Lista de figuras

<b>Figura 1.</b> Progresso das fases do sono ao longo de uma noite	7
<b>Figura 2.</b> Características electroencefalográficas das diferentes fases do sono	8





## Lista de tabelas

<b>Tabela 1.</b> Distribuição frequencial e percentual dos sujeitos em função da faixa etária	44
<b>Tabela 2.</b> Distribuição frequencial e percentual dos sujeitos em função do estado civil	45
<b>Tabela 3.</b> Distribuição frequencial e percentual dos participantes em função das habilitações literárias	45
<b>Tabela 4.</b> Distribuição frequencial e percentual dos participantes em função do estatuto socioeconómico do agregado familiar	46
<b>Tabela 5.</b> Distribuição frequencial e percentual dos participantes em função em função do consumo tabágico e de álcool	46
<b>Tabela 6.</b> Fiabilidade das dimensões do SCL-90-R	50
<b>Tabela 7.</b> Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função do género	50
<b>Tabela 8.</b> Análise comparativa dos valores médios da qualidade do sono em função das faixas etárias	51
<b>Tabela 9.</b> Análise comparativa dos valores médios da qualidade do sono em função do estado civil	51
<b>Tabela 10.</b> Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função do local de residência	52
<b>Tabela 11.</b> Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função do emprego	52
<b>Tabela 12.</b> Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função das habilitações literárias	53
<b>Tabela 13.</b> Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função do estatuto socioeconómico	53
<b>Tabela 14.</b> Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função dos hábitos tabágicos	54
<b>Tabela 15.</b> Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função do consumo de álcool	54
<b>Tabela 16.</b> Análise comparativa dos valores médios da qualidade do sono em função da	54

prática de actividade física

<b>Tabela 17.</b> Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função da presença ou ausência de doenças	55
<b>Tabela 18.</b> Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função da presença ou ausências de doenças na família	55
<b>Tabela 19.</b> Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função da presença ou ausência de excesso de peso	56
<b>Tabela 20.</b> Análise comparativa dos valores médios da qualidade do sono em função do GSI	56
<b>Tabela 21.</b> Análise da distribuição pelas categorias qualidade do sono e GSI	57
<b>Tabela 22.</b> Análise comparativa dos valores médios das componentes do PSQI em função do GSI	57
<b>Tabela 23.</b> Análise comparativa dos valores médios da qualidade do sono em função das dimensões do SCL-90-R	58
<b>Tabela 24.</b> Análise comparativa dos valores médios da qualidade do sono em função da presença ou ausência de depressão	59
<b>Tabela 25.</b> Análise de distribuição pelas categorias qualidade do sono e IACLIDE	60
<b>Tabela 26.</b> Análise comparativa dos valores médios das componentes do PSQI em função da presença ou ausência de depressão	60

## Lista de acrónimos

<b>EEG</b>	Electroencefalograma
<b>EMG</b>	Electromiograma mentoniano
<b>EOG</b>	Electrooculograma
<b>GSI</b>	Índice Global de Severidade
<b>IACLIDE</b>	Inventário de Avaliação Clínica da Depressão
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>NREM</b>	Sono Lento
<b>PSQI</b>	Índice de Qualidade de sono de Pittsburg
<b>REM</b>	Sono Paradoxal
<b>SCL-90-R</b>	Questionário de 90 Sintomas Revisto
<b>SNC</b>	Sistema Nervoso Central
<b>WHO</b>	World Health Organization



# Introdução

O sono é caracterizado por um período de perda da consciência reversível, onde se verifica uma redução do funcionamento motor e sensorial e pela regulação homeostática (Aldrich, 1999). Este período de relativa inatividade (Roth & Roehrs, 2000) é uma necessidade universal para todos os animais, onde a qualidade de reparação não é substituível pelo simples descanso ou pela comida ou bebida (Aldrich, 1999).

O sono normal refere-se àquele que permite uma sensação de bem-estar, onde é possível a execução das tarefas do dia seguinte (Rente & Pimentel, 2004). Contudo, com as exigências da vida moderna as pessoas dormem o mínimo de horas possível, o que conduz à privação do sono (Ferrara & Gennaro, 2001; Rente & Pimentel, 2004) que, se for mantida, surgem várias alterações a nível comportamental e fisiológico (Paiva, 2008).

Dentro de várias consequências da privação do sono, encontram-se a diminuição do desempenho cognitivo (Balkin, et al., 2004; Ellenbogen, 2005) e a diminuição da capacidade de condução (Philip, et al., 1996; Philip et al., 1999; Stutts, Wilkins, Osberg, & Vaughn, 2003; Russo, et al., 2003). Como exemplo de alterações fisiológicas, a literatura indicam alterações na regulação de várias hormonas, como as de crescimento (Spiegel, et al., 2000) e as que regulam o apetite, que pode conduzir ao aumento de peso (Paiva, 2008; Taheri, Lin, Austin, Young, & Mignot, 2004); e alterações no sistema cardiovascular, como o aumento da hipertensão arterial (Paiva, 2008).

Para além destes aspectos, com a presença de problemas associados ao sono, aumenta a prevalência ou o risco de sofrer de várias perturbações mentais, como as perturbações depressivas (Breslau, Roth, Rosenthal, & Andreski, 1996; Harvey, 2001; Roberts, Shema, Kaplan, & Strawbridge, 2000), sendo comuns os despertares nocturnos, a redução da duração e o aumento da latência do sono, despertares precoces e redução da eficiência do sono (Lucchesi, Pradella-Hallinan, Lucchesi, & Moraes, 2005), entre outros sintomas. A qualidade do sono também se encontra associada às perturbações ansiógenas, especialmente a perturbação da ansiedade generalizada (Ramsawh, Stein, Belik, Jacobi, & Sareen, 2009), a perturbação de pânico (Sheikh, Woodward, & Leskin, 2003), a perturbação *stress* pós-traumática (Woodward, Arsenault, Murray, & Bliwise, 2000) e a perturbação obsessivo-compulsiva (Aldrich, 1999). Para além destas perturbações, a esquizofrenia também trazem problemas com o sono, principalmente aquando da gravidade da sintomatologia (Benson & Zarcone, 2000).

De acordo com a literatura, existem alguns comportamentos que podem influenciar negativamente a qualidade do sono, como o consumo de álcool (Lobo & Tufik, 1997; Mesquita, Ferreira, Rossini, Soares, & Reimão, 2011) e os hábitos tabágicos (Phillips & Danner, 1995; Wetter & Young, 1994); enquanto outros comportamentos podem influenciar de forma positiva a qualidade do sono, como a prática de actividade física regular (O'Connor & Youngstedt, 1995).

Sendo o sono uma condição inerente à vida e essencial para a sobrevivência, tem vindo a ocupar um lugar de destaque enquanto objecto de estudo científico. Não obstante, após uma pesquisa bibliográfica inicial, verificou-se a falta de estudos que abordem a qualidade do sono, e que a relacionem com os aspectos da saúde, quer a nível físico quer mental, e com os estilos de vida para a população activa portuguesa. Desta forma, objectiva-se que a presente investigação surja como um importante contributo para o conhecimento científico.

Este trabalho tem como principal intuito a análise da qualidade do sono da população activa portuguesa e a sua relação entre a presença de doenças físicas, presença de perturbações mentais e entre alguns estilos de vida, nomeadamente o consumo de álcool, hábitos tabágicos e a prática de actividade física. Através de objectivos específicos, este estudo procura ainda analisar diferenças na qualidade de sono em função de outras variáveis, essencialmente as sociodemográficas.

Esta dissertação encontra-se organizada em duas partes, onde a primeira refere-se à parte teórica, ao apresentar a bibliografia efectuada. Esta parte encontra-se subdividida em três capítulos, em que o primeiro diz respeito à deficiência do sono, à sua caracterização e descrição da sua fisiologia, estrutura e funções, bem como à identificação das perturbações do sono, das suas formas de diagnóstico e tratamento. O segundo capítulo dedica-se ao aprofundamento da saúde mental e à caracterização das perturbações mais frequentes na população adulta. Por fim, o terceiro capítulo refere-se à ligação entre a qualidade do sono, saúde e estilos de vida, ao apresentar os estudos encontrados nestas áreas.

A segunda parte é referente à parte empírica desenvolvida, onde se procede à descrição e caracterização do estudo, através da definição dos objectivos, da apresentação das variáveis em estudo, da descrição dos instrumentos utilizados, da caracterização dos participantes e da descrição dos procedimentos utilizados para a concretização do estudo. Seguidamente, apresentam-se os resultados obtidos, bem como a discussão dos mesmos. De igual modo, são apresentadas as limitações encontradas e a delimitação de possíveis propostas de futuras investigações. Por fim, apresentam-se as principais conclusões dos resultados obtidos.

# Parte I - Corpo teórico

---





# Capítulo 1- O Sono

## Introdução

Sendo uma condição inerente à própria vida e essencial para a sobrevivência, torna-se essencial conhecer os principais aspectos que caracterizam o sono. Desta forma, o primeiro capítulo deste trabalho é dedicado, em primeiro lugar, à definição do sono e dos seus parâmetros normais, à caracterização da estrutura do sono, às suas funções e à descrição dos processos do ciclo sono-vigília. Em segundo lugar, são identificadas as perturbações do sono actualmente classificadas em dois manuais de referência, bem como a prevalência de tais perturbações na população adulta. Este capítulo também dedica uma secção para a identificação dos meios de diagnóstico e tratamento para as perturbações do sono. Por fim, é realizada uma referência às consequências da privação do sono, realizando uma ponte para a apresentação da saúde mental como consequência de tal privação.

### 1.1. Aspectos descritivos do sono

A maioria das pessoas sabem muito pouco sobre o sono, embora um terço das suas vidas (Cotten & Altevogt, 2006) seja dedicado a um período de relativa inactividade ao qual é associado um padrão electroencefalográfico e comportamental que caracteriza o sono (Roth & Roehrs, 2000).

Diversos conceitos do sono foram elaborados tendo em consideração os aspectos funcionais e comportamentais deste fenómeno (Martins, Mello, & Tufik, 2001). De acordo com a literatura, o sono é definido como um comportamento activo, repetitivo e reversível (Benington, 2000; Buela, 1990), um estado funcional e cíclico, com diversas manifestações comportamentais características, como a imobilidade relativa e o aumento do limiar de resposta aos estímulos externos (Buela, 1990). Adicionalmente, o sono é caracterizado por um período de perda de consciência reversível, pela redução do funcionamento motor e sensorial e pela regulação homeostática, onde a qualidade de reparação não pode ser substituída pelo descanso, comida, bebida ou drogas. O sono é tão essencial como a comida e a água (Aldrich, 1999), sendo uma necessidade universal para todos os animais, incluindo os humanos (Aldrich, 1999; Cotten & Altevogt, 2006).

Existe alguma dificuldade em definir os parâmetros típicos do sono normal, devido à variabilidade individual e variabilidade de noite para noite dentro do mesmo indivíduo (Rente & Pimentel, 2004; Paiva, 2008). O sono normal oferece uma sensação de bem-estar ou descanso físico e mental, com recuperação da energia. Sendo assim, é possível a execução das tarefas físicas e mentais do dia seguinte, onde cada pessoa deve procurar o ritmo próprio

de sono para uma sensação de sono repousante e bem-estar matinal (Aldrich, 1999; Rente & Pimentel, 2004).

No entanto, segundo Parkes (1985), é possível verificar a existência dos *short-sleepers* ou “dormidores curtos”, que apenas necessitam de quatro a cinco horas de sono para conseguirem fazer a sua vida normal. Segundo Paiva (2008), estes preservam as fases do sono essenciais, passando menos tempo naquelas fases consideradas como dispensáveis, como a fase 2 do sono lento. Ter este tipo de sono é uma característica individual, não se encontrando relacionada com inteligência ou dinamismo. Também é possível identificar os *long-sleepers* ou “dormidores longos” que precisam, no mínimo, de nove horas de sono por noite para se sentirem bem no dia seguinte (Paiva, 2008; Parkes, 1985). Para Paiva (2008), estes indivíduos são, por vezes, considerados como preguiçosos e sonhadores, que não se enquadram nas exigências de trabalho da sociedade actual. No entanto, de acordo com esta autora, é essencial considerar esta ideia errada e que a duração do sono é uma característica individual e determinada geneticamente (Paiva, 2008).

Apesar de não haver conhecimento exacto acerca da quantidade de sono que necessitamos, considera-se que o número normal de horas de sono para um adulto jovem é de sete horas por noite (Ferrara & Gennaro, 2001; Rente & Pimentel, 2004). De acordo com Gaillard (1977), para indivíduos com idades compreendidas entre os vinte e os trinta anos, a duração média do sono é cerca de oito horas, sendo este número reduzido progressivamente com o aumento da idade. Outros autores consideram que é a partir dos 60 anos de idade que a duração do sono diminui, sendo que um indivíduo idoso dorme cinco a seis horas por noite (Paiva, 2008; Roberts, Shema, Kaplan, & Strawbridge, 2000).

No entanto, com as exigências da vida moderna, as pessoas dormem o mínimo de horas possíveis, conduzindo à privação do sono (Ferrara & Gennaro, 2001; Rente & Pimentel, 2004). Esta privação não pode ser mantida mais do que cinco a seis dias sem que surjam alterações comportamentais e fisiológicas que podem pôr em risco a vida (Paiva, 2008). Como alterações desta privação, encontram-se a perda da qualidade de vida, a diminuição do desempenho profissional ou académico, a maior probabilidade de ocorrer acidentes de viação, o envelhecimento precoce e os transtornos psiquiátricos (Danda, Ferreira, Azenha, Sousa, & Bastos, 2005; Paiva, 2008), aspectos que serão desenvolvidos neste trabalho em posteriores secções.

## **1.2. Estrutura do sono**

Foi apenas em 1929 que Berger estudou a actividade eléctrica cerebral através de registos, denominados por electroencefalograma (EEG) (Baker, 1985; cit. por Martins et al., 2001) e, em 1937, Harvy e Loomis realizaram o registo de EEG em humanos durante a noite. A partir destes registos, demonstraram que o padrão de sono se diferencia através da alternância de estágios, que aparecem espontaneamente sob a orientação de mecanismos de regulação do Sistema Nervoso Central (SNC). Estes autores estabeleceram o primeiro sistema

de classificação das fases do sono, para além de descreverem várias características essenciais da EEG (Kleitman, 1987).

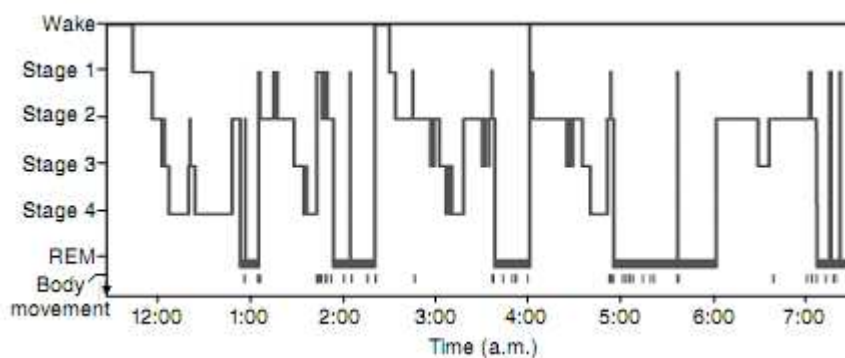
Na literatura estão identificados dois tipos/fases de sono que ocorrem durante a noite, com mecanismos fisiológicos distintos e sequência organizada: o sono lento (NREM), constituído por 4 fases; e o sono paradoxal (REM - Rapid Eye Movements ou movimentos rápidos oculares) (Aldrich, 1999; Cotten & Altevogt, 2006; McCarley, 2007; Paiva, 2008; Rente & Pimentel, 2004).

O sono lento caracteriza-se por uma lentificação progressiva mostrada a partir do EEG, que aumenta à medida que o sono se torna mais profundo (Rente & Pimentel, 2004). No sono lento verifica-se uma redução da actividade cerebral (McCarley, 2007), onde é dominante a actividade parassimpática, com a diminuição da sudação, da frequência cardíaca, da tensão arterial, da temperatura e do consumo de oxigénio (Rente & Pimentel, 2004; Paiva, 2008). Também se caracteriza pela presença de pensamentos ruminativos (McCarley, 2007).

O sono paradoxal, este é caracterizado por frequências rápidas observadas no EEG, com movimentos rápidos oculares e com dominância da actividade simpática, com aumento da temperatura corporal, da sudação e do consumo de oxigénio (Rente & Pimentel, 2004). Este tipo de sono está, muitas vezes, associado à presença de sonhos e a altos níveis de actividade cerebral (McCarley, 2007).

A figura 1. demonstra o período de sono, onde os sonos lento e paradoxal se alternam ciclicamente.

Figura 1. Progresso das fases do sono ao longo de uma noite. Fonte (Cotten & Altevogt, 2006).



De acordo com a figura 1.1., o sono tem início com um curto período de sono lento na fase 1, progredindo para a fase 2, seguido das fases 3 e 4 e, finalmente para o sono paradoxal. Contudo, os indivíduos não permanecem no sono paradoxal durante a maior parte da noite, alternando de ciclos ao longo da noite (Cotten & Altevogt, 2006). A sequência de fases é bem organizada e relativamente sistemática, repetindo-se cerca de 4 a 6 vezes por noite (Paiva, 2008). No entanto, o número de ciclos por noite está dependente do tempo de sono e da idade, ou seja, enquanto o sono de uma pessoa mais nova o sono é mais longo e

composto por quatro ou cinco ciclos, o de uma pessoa mais velha é mais curto e tem menos ciclos por noite (Lavie, 1998).

No que concerne às fases do sono lento, estas estão associados com distinta actividade e fisiologia do cérebro. A fase 1 é a fase inicial do sono e dura, geralmente, de um a sete minutos, constituindo 2 a 5% do sono total (Cotten & Altevogt, 2006). Esta fase, também denominada por sonolência, é caracterizada por uma diminuição da amplitude do ritmo alfa, progressivamente substituído por ritmos teta (Aldrich, 1999; Rente & Pimentel, 2004). Nesta fase os pensamentos são incertos, a contracção é lenta, as pupilas estão dilatadas e a actividade da visão está relacionada com acontecimentos vividos recentemente (Gaillard, 1977; McCarley, 2007).

A segunda fase dura, aproximadamente, 10 a 25 minutos constituindo 45 a 55% do sono total. Os despertares por estimulação táctil, a fala ou movimentos corporais são mais difíceis que na fase anterior (Gaillard, 1977; McCarley, 2007) e, de acordo com Cotten e Altevogt (2006), esta fase é também importante para a consolidação da memória. Aqui verifica-se uma maior sonolência, com predomínio das ondas teta, embora existam ondas delta de baixa amplitude (Gaillard, 1977; McCarley, 2007). Nestas duas fases, o cérebro apresenta-se moderadamente lento e acontecem eventos cerebrais que protegem o córtex cerebral do acordar, denominados fusos do sono (Paiva, 2008). Na transição da fase 2 para fase 3 surgem surtos de ondas delta mais amplas (Aldrich, 1999; Rente & Pimentel, 2004).

No decorrer da fase 3 o cérebro encontra-se muito lento, as frequências cardíacas e respiratórias baixam, bem como a temperatura corporal e cerebral. É importante referir que nesta fase são produzidas hormonas do crescimento (Paiva, 2008).

Conjuntamente, as fases 3 e 4 são denominadas de sono lento profundo, enquanto as fases 1 e 2 estão englobadas no chamado sono superficial (Rente & Pimentel, 2004).

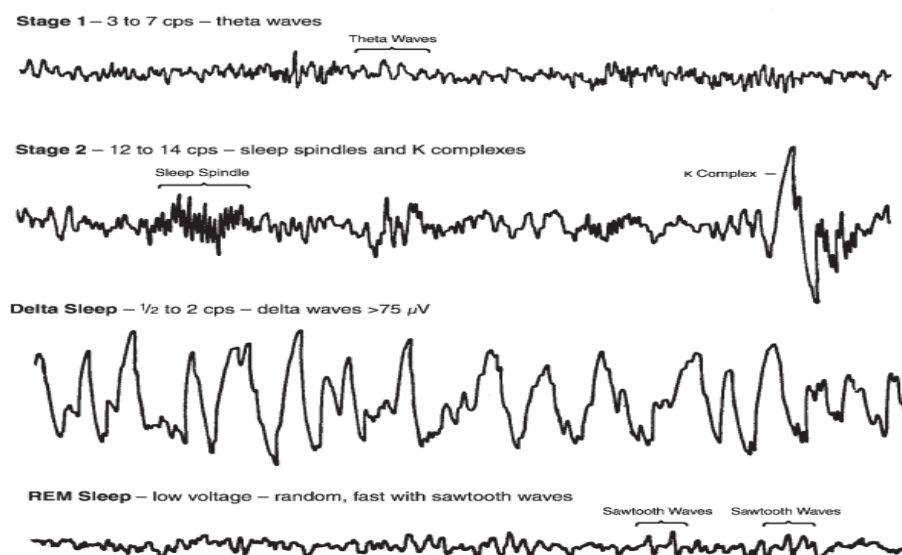
De acordo com Paiva (2008), o sono lento é essencial pois é através deste que algumas funções essenciais são exercidas, principalmente aquelas relacionadas com a homeostase (equilíbrio interno) e com a recuperação corporal de todos os gastos da vigília. Aquando da privação do sono lento, existem dificuldades de desempenho das tarefas. Sendo assim, se houver privação do sono, este será o primeiro a ser recuperado.

No que diz respeito ao sono paradoxal, as ondas lentas são substituídas por frequências rápidas, de predomínio beta e de baixa amplitude, embora possam ocorrer surtos de ondas alfa ou teta (de baixa voltagem) (Aldrich, 1999; Gaillard, 1977; McCarley, 2007; Rente & Pimentel, 2004). Aqui, os movimentos oculares rápidos são característicos, que podem ocorrer em surtos ou isolados. É também detectada uma diminuição do tónus muscular, principalmente nos músculos da face, pescoço e tronco, incluindo os músculos respiratórios (Rente & Pimentel, 2004; McCarley, 2007) e cardíacos, conduzindo à irregularidade das frequências cardíaca e respiratória (Paiva, 2008).

O sono paradoxal exerce funções essenciais na aprendizagem, na organização da memória e na estabilidade psicoafectiva (Paiva, 2008) e tem o seu término com o despertar ou com a passagem para a fase 1 ou 2 do sono lento (McCarley, 2007; Paiva, 2008; Rente &

Pimentel, 2004;). A figura 2 demonstra as características electroencefalográficas das diferentes fases do sono.

Figura 2. Características electroencefalográficas das diferentes fases do sono



### 1.3. Funções do sono

Mas afinal, porque dormimos? Qual a necessidade de dormir e quais as funções do sono?

Apesar da investigação desenvolvida nas últimas décadas, ainda não se encontra bem definida qual a função exacta do sono. Contudo, existe a evidência que tanto o sono lento como o paradoxal são necessários à vida, tendo uma função importante no restauro do organismo (Aldrich, 1999; Rente & Pimentel, 2004). Para além disso, considera-se que o sono possui várias funções, algumas mais importantes do que outras. As teorias existentes focam-se nas funções de restauro e adaptação: a Teoria da Restauração do organismo e a Teoria da Conservação da energia (Aldrich, 1999).

No que diz respeito à Teoria da Restauração do organismo, esta refere que o sono é essencial para restaurar todo o organismo, física e mentalmente. Segundo esta teoria, no sono lento existe um aumento do anabolismo proteico, de algumas hormonas de crescimento, de testosterona, prolactina e hormona luteinizante, e uma diminuição de hormonas catabolizantes como o cortisol. Por sua vez, o sono paradoxal encontra-se associado ao restauro das funções cognitivas. Esta teoria poderia explicar a deterioração dos sintomas físicos e intelectuais aquando da privação do sono. Outros investigadores defendem que o sono paradoxal e sono lento são mais importantes para a restauração cerebral do que para a restauração corporal, baseando-se nos factos que: o descanso é o restaurador corporal; a actividade cerebral (observada a partir do EEG) mostra maiores diferenças entre o sono e a

vigília do que as medidas das actividades corporais; e as funções cognitivas são mais afectadas com a privação do sono que as funções corporais (Aldrich, 1999).

A Teoria da Conservação da Energia postula a função de preservação da energia, onde as energias físicas e mentais despendidas durante o dia são compensadas pela diminuição do consumo de energia durante a noite. Esta teoria é explicada através das alterações autonómicas que ocorrem durante o sono, bem como da redução da temperatura corporal e da taxa de metabolismo, que mantêm a homeostase a um menor gasto energético do que ocorre no estado vigíl. Esta teoria suporta que a função essencial do sono é a necessidade da adaptação ao frio e da termorregulação. De facto, os animais que hibernam entram em estados de sono lento (Aldrich, 1999).

Para além das funções anteriormente referidas, é durante o sono que são estabilizados os processos imunológicos, ou seja, o aumento das defesas do organismo e a resistência às infecções; são estabelecidos e sedimentados vários processos cognitivos, principalmente os relacionados com a memória; e é através dos sonhos que é restabelecido o equilíbrio emocional. Concluindo, uma das funções principais do sono consiste em manter-nos acordados, para que sejamos capazes de enfrentar e desempenhar as tarefas do quotidiano (Paiva, 2008).

## **1.4. Fisiologia do sono e Ciclo sono-vigília**

A maior parte das funções biológicas do ser humano está organizada de forma rítmica, ao acompanhar o ritmo dos fenómenos do ambiente. Através da investigação, tem-se demonstrado e compreendido a importância da ritmicidade de certos fenómenos ou patologias (Guyton, 1997).

Encontram-se envolvidos três processos básicos para a organização do ciclo sono-vigília. Embora separados, é a interacção entre estes processos que determina a distribuição temporal e duração do sono e da vigília (Davis, Frank, & Heller, 1999; Roth & Roehrs, 2000).

O primeiro processo, o homeostático, é determinado pela vigília anterior, influenciando a intensidade e a quantidade de sono (Davis, et al., 1999; Roth & Roehrs, 2000). Desta forma, a necessidade de dormir é maior na parte inicial do sono e diminui progressivamente, de acordo com a progressão do sono (Williams, Hammack, Daly, Dement, & Lubin, 1964).

O segundo processo é denominado por processo ultradiano, que define a alternância entre o sono NREM e o sono REM (Davis, et al., 1999). Os processos ultradianos são coordenados através do aumento da secreção de cortisol que descrevem oscilações intimamente ligadas à profundidade e extensão do sono (Gronfier, Simon, Piquard, Ehrhart, & Brandenberger, 1999).

O terceiro processo consiste no processo circadiano, que é regulado pelo núcleo supraquiasmático do hipotálamo anterior, resultando na alternância da alta e baixa propensão para o sono (Roth & Roehrs, 2000). O ritmo circadiano do sono diz respeito ao padrão sono-

vigília que compreende um período de 24 horas (Rente & Pimentel, 2004). O ritmo circadiano tem a capacidade de regular a maioria das funções fisiológicas e comportamentais do corpo e do cérebro, uma qualidade adaptativa importante para o equilíbrio homeostático (Guyton, 1997). Apesar da ritmicidade ter sido reconhecida como uma resposta passiva a mudanças ambientais provocadas pelo nascer e pôr do sol através da rotação da terra (Guyton, 1997; Aldrich, 1999), estudos recentes indicam que a alternância sono-vigília está dependente de factores endógenos e de indicadores temporais externos ou sincronizadores externos (Rente & Pimentel, 2004).

No que diz respeito aos factores endógenos, consideram-se como principais marcadores da ritmicidade circadiana a temperatura corporal e a secreção de melatonina, onde o sono se inicia, geralmente, com o aumento da secreção de melatonina e com a diminuição da temperatura corporal (Aldrich, 1999; Rente & Pimentel, 2004).

Podem-se considerar como sincronizadores externos a alternância luz-escuridão, o ruído exterior, a actividade física, as refeições e a socialização. Estes sincronizadores permitem o reajuste do ritmo sono-vigília num período de 24 horas e permitem a sua modificação para períodos diferentes (Rente & Pimentel, 2004).

O ritmo circadiano pode ser alterado em função da idade e do estado de saúde. Nestes, a desorganização do sono, através do aumento de despertares nocturnos e do acordar e adormecer cedo, pode ser efeito do facto de existir uma diminuição da acção de um ou mais sincronizadores externos (Rente & Pimentel, 2004).

Para além destes processos, Borbely & Achermann (1992) propõem um modelo de regulação do sono e vigília baseado em dois processos: o processo S e o processo C. Segundo este modelo, o processo S consiste num processo homeostático e numa medida que aumenta exponencialmente durante o estado vigília e diminui exponencialmente durante o sono. A diminuição do processo S encontra-se relacionada com a quantidade de sono lento que ocorre. O processo C aumenta a propensão do sono durante a noite e diminui a propensão para o sono durante o dia. Desta forma, o processo C ajuda a manter o sono mesmo com o declínio do processo S durante a noite; e ajuda a manter a vigília à medida que o processo S aumenta durante o dia.

De acordo com Rente e Pimentel (2004), existem evidências de que o início e a manutenção do sono se encontram associados a conexões na região do hipotálamo anterior, mais precisamente na área pré-óptica. A partir das ligações desta região com outros sistemas neuronais, como os neurónios localizados na substância reticular ascendente do tronco cerebral, o tálamo e conexões tálamo-corticais que se encontram os principais mecanismos implicados na génese e controlo dos ritmos sono-vigília. Especificando os mecanismos envolvidos, é no tronco cerebral que existe a região "*locus coeruleus*", sendo o núcleo noradrenérgico envolvido na génese do sono REM, e o núcleo serotoninérgico responsável pelos processos de iniciação do sono. No tálamo, é o núcleo reticular o responsável pela génese do sono lento. Através de estimulações tálamo-corticais é gerada a actividade delta característica do sono lento profundo (Rente & Pimentel, 2004).

## 1.5. Perturbações do sono

A Classificação Internacional das Perturbações do Sono (ICSD-R) divide as perturbações do sono em quatro categorias: as dissónias, parassónias, perturbações do sono associada a perturbações médicas ou psiquiátricas e as perturbações do sono a propor (American Academy of Sleep Medicine, 2001) (ver Anexo 1).

No que diz respeito às dissónias, estas são definidas como perturbações que causam sonolência excessiva ou dificuldades em iniciar ou manter o sono. Estas perturbações incluem um grupo heterogéneo de perturbações, ou seja, têm a sua origem em diferentes partes do corpo. Encontram-se sub-divididas em três grupos: perturbações do sono intrínseca, ou seja, com causa interna, como a insónia, narcolepsia e apneia do sono obstrutiva; perturbações do sono extrínseca, ou seja, com causa externa, como as perturbações do sono causadas pelos ruídos; e perturbações do ritmo circadiano, como o síndrome de “*Jet lag*” e síndrome da fase atrasada do sono (American Academy of Sleep Medicine, 2001).

Quanto às parassónias, estas são definidas como comportamentos, movimentos, sensações que ocorrem durante o sono, mas que não se encontram associados com queixas primárias de insónia ou sonolência excessiva. A maioria das parassónias são manifestações da activação do sistema nervoso central. As parassónias estão sub-divididas em quatro categorias: perturbações de agitação (por exemplo, terrores nocturnos, excitação confusa, sonambulismo), perturbações da transição do sono-vigília (o distúrbio do movimento rítmico, o falar durante o sono e as câimbras nocturnas, entre outras), parassónias associadas ao sono paradoxal (como os pesadelos, a paralisia do sono, o sono prejudicado pelas erecções penianas, o distúrbio comportamental do sono REM) e outras parassónias (por exemplo: enurese nocturna apneia do sono infantil) (American Academy of Sleep Medicine, 2001).

As perturbações do sono associadas a condições médicas ou psiquiátricas não são perturbações primárias, mas sim sintomas proeminentes na maioria dos pacientes com depressão, sendo também comum numa variedade de doenças médicas, como a doença pulmonar obstrutiva crónica, fase final de doenças renais e insuficiência cardíaca (American Academy of Sleep Medicine, 2001).

Por fim, as perturbações do sono a propor dizem respeito àquelas que possuem informação insuficiente ou inadequada para confirmar a sua existência como perturbações distintas, como a perturbação do sono associada à gravidez, a perturbação do sono associada à menstruação, experiências de sonhos terríveis, sono com laringoespasmo (episódios de acordares abruptos com intensas sensações de incapacidade para respirar) (American Academy of Sleep Medicine, 2001).

Contudo, existem outras formas de classificação das Perturbações do Sono. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR), as perturbações do sono são organizadas em três secções: Perturbações Primárias do Sono; Perturbações do sono



relacionadas com outra Perturbação Mental; e Outras Perturbações do Sono (American Psychiatric Association, 2002).

No que concerne às Perturbações Primárias do Sono, estas encontram-se sub-divididas em Dissónias e Parassónias. As dissónias são caracterizadas por anomalias na quantidade, qualidade ou horário do sono. Esta secção inclui: insónia primária, hipersónia primária, narcolepsia, perturbação do sono relacionada com a respiração, perturbação do ritmo circadiano do sono e dissónia sem outra especificação. Quanto às parassónias, estas são caracterizadas por eventos comportamentais ou fisiológicos anormais que ocorrem em associação com o sono, com fases específicas do sono ou na transição sono-vigília, incluindo os pesadelos, terrores nocturnos, sonambulismo e parassónia sem outra especificação (American Psychiatric Association, 2002).

Quanto às perturbações do sono relacionadas com outra perturbação mental, podem-se distinguir a Insónia relacionada com outra perturbação mental e a Hipersónia relacionada com outra perturbação mental e, como classificado na ICSD-R, o DSM-IV-TR classifica-as como problemas proeminentes na Depressão *major*, Perturbação Distímica, Ansiedade Generalizada, Esquizofrenia, entre outras perturbações (American Psychiatric Association, 2002).

No que diz respeito às Outras Perturbações do Sono, estas encontram-se sub-divididas em Perturbação do Sono Secundária a um Estado Físico Geral, onde esta é um efeito fisiológico directo de um estado físico geral; e as Perturbações do sono Induzidas por Substâncias, sendo a perturbação um efeito fisiológico directo de uma substância (como, por exemplo, o abuso de drogas, medicação ou exposição a tóxicos) (American Psychiatric Association, 2002).

## 1.6. Prevalência dos Problemas associados ao Sono

Cerca de 20% a 40% da população adulta mundial está acometida por problemas associados ao sono, piorando a sua qualidade de vida (Buckworth & Dishman, 2002). Contudo, segundo o estudo de Trindade-Filho, Carvalho e Gomes (2010) aponta que 48% da população adulta apresentam má qualidade do sono, indicando uma maior prevalência para os problemas associados ao sono.

Está estimado que as perturbações do sono afectem 30% da população portuguesa, onde os mais afectados são os idosos e as mulheres (Paiva, 2008).

Tendo em consideração o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), existem poucos estudos que indicam a prevalência da Insónia Primária. Contudo, as queixas de insónia rondam os 30 a 40% em adultos. Esta perturbação encontra-se mais frequente em mulheres e em pessoas com mais de 65 anos de idade, desempregados, com baixos níveis socioeconómicos, pessoas divorciadas, separadas ou viúvas (Aldrich, 1999).

Quanto à narcolepsia, estima-se que a sua prevalência seja de 0,02 a 0,16% para a população adulta (American Psychiatric Association, 2002), não havendo diferenças quanto ao

género (Aldrich, 1999). Estima-se que 1 a 10% da população adulta seja afectada pela apneia do sono, podendo a prevalência aumentar para a população idosa (American Psychiatric Association, 2002).

Infelizmente não se encontra estabelecida a prevalência para qualquer tipo das perturbações do ritmo circadiano do sono (American Psychiatric Association, 2002). Quanto à prevalência das Parassónias, cerca de 50% da população adulta referem apresentar pesadelos ocasionais, sendo que 3% dos adultos jovens referem apresentar pesadelos com frequência; e apenas 1% da população adulta apresentam terrores nocturnos. Ainda incluída nas parassónias, a prevalência de Sonambulismo é muito baixa (entre 1 e 5%) na população adulta (American Psychiatric Association, 2002).

## **1.7. Diagnóstico e Tratamento das Perturbações do sono**

A avaliação clínica através da aplicação de questionários específicos, os registos polissonográficos e os registos actigráficos são exemplos de métodos de diagnóstico para as perturbações do sono (Togeiro & Smith, 2005).

Como parte integrante da avaliação clínica, encontra-se o levantamento da história clínica, que tem como principal objectivo a análise da qualidade do sono, bem como das repercussões na vida diária dos indivíduos. Estes procedimentos são frequentemente realizados através de auto-registos ou diários do sono, onde o doente regista os seus sintomas durante um determinado período de tempo. Este registo tem como principais parâmetros o tempo que o doente demora a adormecer, as actividades que realiza antes de se deitar, o número e duração de despertares nocturnos, entre outros aspectos (Rente & Pimentel, 2004). Também podem ser utilizados como fonte de recolha de informações relevantes para o diagnóstico, questionários formulados para aceder a sintomas específicos, a informações demográficas, médicas e psicossociais (Aldrich, 1999).

Após a primeira abordagem de avaliação clínica, podem ser utilizados vários métodos de diagnóstico, como os registos actigráficos, registos polissonográficos nocturnos e diurnos, e a avaliação subjectiva por meio de questionários (Togeiro & Smith, 2005).

A actigrafia consiste numa técnica de avaliação que permite o registo da actividade motora através dos movimentos dos membros durante 24 horas. Através da colocação de um dispositivo num punho é possível a detecção de movimentos de forma a obter informações relativas ao tempo total de sono, tempo total acordado, número de despertares e latência do sono (Sadeh, Hauri, Kripke, & Lavie, 1995).

A polissonografia é o método mais utilizado para o diagnóstico das perturbações do sono, mais frequentemente empregado ao longo de uma noite (Rente & Pimentel, 2004; Togeiro & Smith, 2005). As técnicas polissonográficas apresentam como principal objectivo o estudo de diversas variáveis fisiológicas essenciais para a identificação das fases do sono e para a avaliação do estado de vigília. Dentro destes aspectos, estes registos incluem na sua

análise parâmetros cardio-respiratórios, o registo da posição corporal e a identificação dos movimentos periódicos dos membros inferiores (Rente & Pimentel, 2004).

As técnicas polissonográficas actuam a partir dos seguintes registos: EEG, electrooculograma (EOG) e electromiograma mentoniano (EMG) (Rente & Pimentel, 2004; Togeiro & Smith, 2005). O EEG tem como principal objectivo a identificação das diversas fases do sono, a frequência dos fusos do sono e de ondas cerebrais durante o mesmo através do registo da actividade cerebral durante a noite. Por sua vez, O EOG indica a oscilação dos movimentos oculares (lentos ou rápidos) durante a noite, processo essencial para a identificação do sono REM. Por fim, o EMG torna-se importante para a definição das fases do sono e dos despertares através da indicação de sinais de amplitude correspondente ao tónus muscular (Rente & Pimentel, 2004).

A avaliação através de questionários utiliza-se na rotina clínica para fins diagnósticos, na monitorização da resposta a tratamentos, em investigação e em estudos epidemiológicos. Dentro de uma vasta gama de instrumentos utilizados, encontram-se aqueles que avaliam os aspectos gerais do sono, como a latência do sono, a sua qualidade, aspectos comportamentais, presença de sonolência diurna e de despertares nocturnos. A título de exemplo cita-se o *Sleep Disorders Questionnaire*, com questões relativas à avaliação quantitativa e qualitativa; o *Mini-Sleep Questionnaire*, que avalia a frequência das queixas (Gorestein, Tavares, & Alóe, 2000); o *Basis Nordic Sleep Questionnaire*, que avalia as queixas mais frequentes em termos de frequência e intensidade (Partinan & Gislason, 1995); e o Índice de Qualidade de sono de Pittsburgh, instrumento utilizado no presente trabalho e desenvolvido posteriormente.

Além destes, são também utilizados outros instrumentos que avaliam aspectos mais específicos para determinadas alterações, como a Escala de sonolência de Epworth, com o objectivo de avaliar a presença de sonolência diurna excessiva (Johns, 1991); diversas escalas utilizadas para a avaliação de perturbações respiratórias do sono, como as de Hoffstein, Douglass, Deegan e de Fletcher e Luckett (Chervin, 2000); e questionários para a avaliação de alterações no ritmo sono-vigília, como o *Sleep Timing Questionnaire* (Chervin, 2000; Horne & Ostberg, 1976; Monk et al., 2003).

Considerando os aspectos da avaliação clínica, pode ser possível a identificação de um diagnóstico claro, onde é essencial o estabelecimento de um plano de tratamento adequado e adaptado ao tipo de patologia (Aldrich, 1999). De seguida, encontram-se exemplificados os tratamentos utilizados para as perturbações do sono mais comuns.

O tratamento da insónia é realizado através da combinação de terapias comportamentais e farmacológicas (Berlim, Lobato & Manfro, 2005; Monti, 2000; Paiva, 2008). Contudo, a medicação pode causar habituação, sendo as terapias cognitivo-comportamentais as mais eficazes a longo prazo (Paiva, 2008). Como exemplo de práticas comportamentais, encontram-se a prática de actividade física matinal, o relaxamento, evitar cafés e outros estimulantes, não jantar tarde e evitar comidas pesadas, não ver televisão na cama e não ter luz no quarto (Berlim et al., 2005; Monti, 2000; Paiva, 2008). A terapia pela

administração de medicamentos, incluem os fármacos hipnóticos, como os derivados dos benzodiazepínicos (Monti, 2000).

Por seu lado, a hipersónia resolve-se de forma espontânea, contudo os episódios de hipersónia tratam-se com estimulantes de vigília ou lítio (Paiva, 2008).

Quanto ao síndrome das pernas inquietas, as práticas comportamentais fazem também parte do seu tratamento, devendo-se evitar a ingestão de álcool, tabaco, café, e devendo-se praticar actividade física. Para além disso, é essencial o tratamento farmacológico através de medicamentos dopaminérgicos de baixa administração. Contudo, a prescrição dos fármacos deve ser ponderada e administrada por especialistas, pelo risco de poderem aumentar os sintomas quando administrados em doses excessivas (Paiva, 2008).

Relativamente à apneia do sono, o tratamento mais eficaz consiste na utilização de um dispositivo para dormir, que evita as apneias através do envio de ar sob pressão. Além desse tratamento, os tratamentos cirúrgicos e estomatológicos são também possíveis (Aldrich, 1999; Paiva, 2008).

Por outro lado, o tratamento da narcolepsia passa por: o cumprimento de algumas regras, como a programação de sestas; a administração de certos fármacos, como o modafinil e o oxibato de sódio para a sonolência e antidepressivos ou oxibato de sódio para a cataplexia; e da insónia, pelos métodos referidos anteriormente (Aldrich, 1999; Paiva, 2008).

## **1.8. A privação do sono**

A privação do sono total tem sido alvo de mais investigações, apesar de serem os efeitos da privação parcial do sono, abordados neste trabalho com mais atenção, que mais se assemelham a condições médicas (como as perturbações do sono) e aos estilos de vida actuais (como horas prolongadas de trabalho ou trabalho por turnos) (Banks & Dinges, 2007).

Existem três formas para definir a privação de sono parcial: a primeira diz respeito à fragmentação do sono, onde as fases que ocorrem durante o sono são interrompidas; a segunda forma denominada de privação de fases do sono selectivas indica a perda de fases específicas do sono; e a terceira forma tem o nome de restrição do sono, caracterizada pela duração do sono reduzida. Esta última forma é a mais comum e encontra-se relacionada com a questão da quantidade de necessário. Sendo assim, a investigação tem-se debruçado sobre o estudo da restrição do sono, através do estudo das alterações de quando o sono é reduzido de 8 horas para 4 horas por noite, e os efeitos da acumulação desta restrição (Banks & Dinges, 2007).

Diversos estudos indicam que a restrição do sono altera a estrutura do sono, mas não afectam todas as fases de forma igualada. Estando dependentes da duração do sono e do número de dias que é reduzido, alguns aspectos do sono são conservados, intensificados ou ocorrem precocemente, enquanto outros aspectos são diminuídos (Belenky, et al., 2003; Van Dongen, Maislin, Mullington, & Dinges, 2003). Van Dongen e colaboradores (2003) concluíram

que, apesar das alterações na estrutura do sono com a restrição, esta não se encontra relacionada com o défice cognitivo diurno.

A privação do sono está, também, relacionada com diversos aspectos do desempenho cognitivo, nomeadamente com tarefas que exigem atenção vigilante. Os estudos demonstram que com o aumento da restrição do sono, aumentam os lapsos comportamentais durante o desempenho (Balkin, et al., 2004). Estes lapsos podem ter origem nos sistemas corticais (como o hipotálamo, tálamo e tronco cerebral) durante o início do sono (Saper, Chou, & Scammell, 2001). Para além disso, outros estudos indicam uma redução da eficácia do processamento cognitivo, do tempo de reacção e da responsividade atencional aquando da privação do sono (Ellenbogen, 2005).

Outra consequência da restrição do sono é a diminuição da capacidade de condução (Horne & Balk, 2004; Philip et al., 1996; Philip et al., 1999). Um estudo realizado por Stutts, Wilkins, Osberg e Vaughn (2003) concluiu que, para aqueles que dormiram em média menos de sete horas por noite, aumentaram a incidência de acidentes relacionados com o sono. Para além da privação do sono, existem outros factores que contribuem para o aumento dos acidentes, como a pobre qualidade do sono, insatisfação com a duração do sono, sonolência diurna, condução com sonolência, quantidade de tempo em condução e tempo do dia (ou seja, conduzir à noite) (Stutts, et al., 2003). Adicionalmente, o desempenho da condução diminui com o aumento da sonolência e quando o sono é restrito de 4 a 6 horas por noite (Russo et al., 2004).

Para além das referidas consequências, existem consequências fisiológicas aquando da restrição do sono. Entre elas encontram-se as respostas endócrinas, onde se verifica alterações da secreção de hormonas do crescimento (Spiegel, et al., 2000) e alterações na regulação das hormonas que regulam o apetite (Taheri, Lin, Austin, Young, & Mignot, 2004), nomeadamente o aumento da produção da hormona orexina que estimula o apetite simultaneamente com a redução da produção da hormona leptina que reduz o apetite, podendo levar à obesidade (Paiva, 2008); e as respostas cardiovasculares, onde se observa o aumento de doenças cardiovasculares com a diminuição de horas de sono por noite (Ayas et al., 2003), como a hipertensão arterial, consequente do aumento da produção de cortisol, responsável pelo aumento do stress (Paiva, 2008). Adicionalmente, verificam-se alterações metabólicas e imunológicas, dores articulares e diminuição da libido associadas à privação do sono (Shephard & Shek, 1997; Spiegel, Leproult, & Van Couter, 1999).

Associada às consequências da presença de perturbações do sono, encontra-se a elevada prevalência para as perturbações mentais, como as perturbações depressivas e ansiógenas (Breslau, Roth, Rosenthal, & Andreski, 1996; Ford & Kamerow, 1989).

Tendo em consideração as funções do sono, bem como as consequências da privação e das perturbações do sono, estas acarretam alterações aos níveis do funcionamento físico, mental, ocupacional, cognitivo, social, bem como alterações na qualidade de vida (Muller & Guimarães, 2007). Desta forma, considerando os efeitos negativos da alteração do sono nos sujeitos, especialmente nos níveis de bem-estar e saúde mental, e dada a relevância destes

**Qualidade do sono, saúde e estilos de vida**  
Universidade da Beira Interior

aspectos na prática clínica, torna-se essencial o aprofundamento do conhecimento acerca da saúde mental, tema desenvolvido no seguinte capítulo.

# Capítulo 2 - Saúde Mental

## Introdução

Este capítulo faz uma revisão das definições de saúde e doença mental, fazendo igualmente uma reflexão sobre a dicotomia entre normalidade/anormalidade. Para além disso, apresenta as consequências que tais perturbações acarretam. Por fim, inerente à caracterização da população em alvo de estudo, uma secção é dedicada à apresentação das perturbações mentais mais frequentes na população adulta.

## 2.1. Saúde e Doença Mental

Definir de forma adequada os conceitos de normalidade e saúde mental tem sido um foco de preocupação. De forma implícita, a saúde mental pode ser definida como o oposto de doença mental ao pressupor que a ausência de perturbações mentais revela o comportamento normal. Todavia, a literatura defende que o conceito de normalidade não se torna sinónimo de saúde, e que a dicotomia entre normal e patológico não corresponde à oposição entre saúde e doença (Sá, 2010). Os parâmetros de normalidade encontram-se definidos pela própria cultura em que cada indivíduo se insere, onde a evolução e a aceitabilidade sociocultural condicionam e regem as formas de ver o passado, o presente e o futuro (Milheiro, 1999).

Actualmente, a definição de saúde mental encontra-se integrada na definição de saúde pela World Health Organization (WHO), onde a considera como um “*estado completo de bem-estar físico, mental e social*” (World Health Organization, 2012).

De acordo com a WHO, a saúde mental não se trata apenas da ausência de perturbações mentais, mas tem sido definida como um estado completo de bem-estar em que cada indivíduo percebe o próprio potencial, consegue lidar com as tensões normais da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e é capaz de contribuir para a sua comunidade (World Health Organization, 2012). A saúde mental refere-se à possibilidade de acrescentar competência aos indivíduos e à comunidade, bem como permitir que se alcancem os próprios objectivos. A saúde mental inclui os conceitos de bem-estar subjectivo, autonomia, competência, dependência intergeracional e reconhecimento da capacidade intelectual e emocional (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Ainda relacionada com as definições em torno da saúde mental, a WHO refere uma diferenciação entre a saúde mental e a doença mental. De acordo com esta organização, a doença mental refere-se a uma condição clínica diagnosticada, como por exemplo a depressão, a ansiedade e as perturbações alimentares. Por outro lado, a saúde mental é considerada como um conceito positivo, que se refere à resiliência e bom funcionamento que incorpora a felicidade e a prosperidade (World Health Organization, 2012).

De forma implícita, a saúde mental encontra-se relacionada com a promoção do bem-estar, com a prevenção de perturbações mentais e com o tratamento e reabilitação de pessoas com tais perturbações (World Health Organization, 2012).

Apesar da utilização frequente das definições da WHO, estas não se encontram isentas de críticas. O modelo de saúde proposto torna-se irrealístico, pois nenhum indivíduo consegue atingir de forma estável e duradoura uma condição de completo bem-estar físico, psíquico e social. Sendo assim, torna-se essencial uma nova concepção, onde a saúde é posta ao longo de um segmento, que oscila entre um máximo de bem-estar e um máximo de sofrimento. Assim, durante a vida de cada indivíduo, a saúde desloca-se ciclicamente ao longo deste segmento (Bonino, 2007).

Todavia, tendo em consideração a WHO, a saúde e a doença mental podem ser experienciadas simultaneamente pelo mesmo indivíduo, ou seja, apesar de apresentar um diagnóstico de perturbação mental, pode ser capaz de se envolver em actividades positivas, pode apresentar uma rede de apoio favorável e consegue obter satisfação pela sua vida. Por outro lado, a situação oposta também pode ocorrer: uma pessoa sem diagnóstico de perturbação mental pode ter uma pobre saúde, onde pode apresentar problemas nas suas relações sociais, no emprego e em atingir os objectivos pessoais (World Health Organization, 2012).

## **2.2. Impacto das perturbações mentais**

De acordo com os dados mais recentes da WHO, cerca de 450 milhões de pessoas encontram-se afectadas por uma perturbação mental ou de comportamento, onde apenas uma minoria recebe tratamento adequado para tais perturbações. Consequentemente, as perturbações mentais representam quatro das dez principais causas de incapacidade a nível mundial (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Desta forma, as perturbações mentais acarretam diversas consequências. Em primeiro lugar, cita-se o impacto na qualidade de vida, não apenas para o sujeito com a perturbação mas também para os familiares (Organização Mundial da Saúde, 2001). Geralmente, são os membros da família os cuidadores primários das pessoas com perturbações mentais, na medida em que lhes proporcionam apoio emocional, suportam os custos dos tratamentos, e investem uma quantidade significativa de tempo para lhes fornecer atenção. No entanto, os padrões da sociedade, a falta de compreensão por parte dos empregadores e a ausência de esquemas laborais para enfrentar o problema, tornam difícil a manutenção ou a procura de emprego, conduzindo a uma maior dificuldade para suportar os custos associados ao tratamento e aos cuidados para o sujeito com perturbações mentais (Organización Mundial de la Salud, 2004). Para além da carga económica para o doente e familiares é importante referir o impacto negativo associado à estigmatização e discriminação que acabam por sofrer, bem como a privação social e de actividades de lazer (Organização Mundial da Saúde, 2001).



Não obstante, o impacto para a sociedade também é elevado, através da carga económica que as perturbações mentais acarretam. Por um lado, devido à redução da capacidade das pessoas com perturbações mentais, bem como das suas famílias, para trabalharem e fazerem contribuições para a economia nacional (Organización Mundial de la Salud, 2004). Este impacto torna-se profundo e duradouro, devido à eventual perda de emprego, redução da produtividade (Organização Mundial da Saúde, 2001). Por outro lado, devido ao aumento da utilização dos serviços de apoio, como os serviços de saúde e serviços sociais (Organización Mundial de la Salud, 2004). De acordo com alguns estudos realizados no continente europeu, os gastos económicos das perturbações mentais nos serviços de saúde rondam a proporção de 22% (Meerding, Bonneux, Polder, Koopmanschap, & Van der Mass, 1998) a 23,2% (Patel & Knapp, 1988). Em Portugal, as despesas com a saúde mental representam 3,1% do orçamento da saúde anual, sendo um dos países da União Europeia que menos gasta na saúde mental (Eurotrials, 2009).

### 2.3. Prevalência das perturbações mentais

As perturbações mentais e comportamentais possuem um carácter universal, que se encontram presentes em todas as regiões, países e sociedades, independentemente do género, do estatuto social e da idade (Organização Mundial da Saúde, 2001).

Tendo em consideração os dados fornecidos pela WHO, cerca de 450 milhões da população adulta apresentam perturbações mentais (Organização Mundial da Saúde, 2001). Todavia, as estimativas tendem a aumentar progressivamente, principalmente nos países em desenvolvimento (Menezes, 1996).

Segundo os dados fornecidos pelo 4º Inquérito Nacional de Saúde em 2005/2006 em Portugal, 27,6% da população encontrava-se em risco de sofrer uma perturbação mental, sendo o sexo feminino o mais afectado. A incidência recaiu sobretudo em indivíduos entre os 35 e os 65 anos de idade, onde o consumo de substâncias se tornou mais evidente na população mais jovem (dos 15 aos 34 anos) e as perturbações cognitivas, especialmente a demência, foram mais prevalentes em indivíduos mais velhos (a partir dos 65 anos de idade) (Eurotrials, 2009). De facto, estudos estatísticos na União Europeia demonstram que Portugal é um dos países com maior prevalência para as perturbações mentais, onde mais de 20% da população geral sofre alguma condição (EU-WMH, s.d.).

Quanto às diferenças de género, os estudos indicam que a prevalência é aproximadamente a mesma para ambos os sexos. No entanto, poderão existir diferenças de género aquando da distribuição diferencial das perturbações, onde as perturbações depressivas ocorrem com mais frequência no sexo feminino enquanto as perturbações pela utilização de substâncias é mais frequente no sexo masculino (Organização Mundial da Saúde, 2001).

No entanto, as perturbações mentais apresentam variados quadros heterogéneos, de gravidade e duração distintas, sendo necessária a focalização naquelas perturbações que

ocorrem com mais frequência e que constituem maior carga às famílias e às comunidades (Organização Mundial da Saúde, 2001). Desta forma, a seguinte sub-secção trata do desenvolvimento das perturbações mentais mais frequentes na população adulta, dada ser esta a população em estudo no presente trabalho.

### 2.3.1. Perturbações mais frequentes na população adulta

De acordo com a literatura, as perturbações com maior prevalência na população adulta são as perturbações depressivas e as ansiosas, mesmo que não cumpram todos os critérios necessários para o estabelecimento de um diagnóstico (Coutinho, Almeida-Filho, & Mari, 1999; Goldberg & Huxley, 1992). Um estudo indica que as perturbações da ansiedade são as mais frequentes (18,1%) seguindo-se as perturbações do humor com uma taxa de prevalência de 9,5% (Kessler, Chiu, Demler, & Watters, 2005). Assim, torna-se essencial um melhor entendimento de tais perturbações, das suas características, bem como da sua prevalência na população adulta.

As perturbações depressivas constituem um problema universal de saúde pública, uma vez que são as mais comuns no grupo das perturbações mentais. Tendo em consideração a WHO, este tipo de perturbações possuem o maior grau de incapacitação, ultrapassando algumas doenças crónicas, como a hipertensão, diabetes ou artrites (Parikh & Lam, 2001). Além da sua elevada prevalência, morbidade e mortalidade, as perturbações depressivas trazem consequências ao nível individual e familiar, bem como custos para a sociedade (Davidson & Joice, 2008; Lima et al., 2004; Maia, 1999).

As perturbações depressivas incluem experiências sentidas como uma descontinuidade da vida normal, onde se encontram latentes sintomas afectivos, cognitivos, comportamentais e físicos. Os sintomas afectivos incluem o humor deprimido, sentimento de desânimo, de vazio, apatia ou irritação, onde estas sensações se encontram relacionadas com a perda de interesse ou prazer em todas as actividades, quer no domínio profissional, quer nas experiências gratificantes. Os sintomas cognitivos dizem respeito à desvalorização, autoculpabilização e rejeição ou abandono. No que diz respeito aos comportamentais, estes incluem sintomas visíveis de apatia e isolamento social. Por fim encontram-se os sintomas físicos, que abrangem alterações a nível do sono, apetite, desejo sexual ou energia (Maia, 1999).

Tendo em consideração o DSM-IV-TR, estas perturbações estão incluídas na categoria diagnóstica das Perturbações do Humor, e subdividem-se em Perturbação Depressiva major e Perturbação Distímica (American Psychiatric Association, 2002), que apenas se diferenciam pela tendência à cronicidade da última (Akiskal, 2001).

A característica principal da Perturbação depressiva major é a evolução clínica caracterizada pela presença de um ou mais Episódios Depressivos Major. Durante um período de pelo menos duas semanas existe humor depressivo ou perda de interesse pela maior parte das actividades, alterações do apetite ou peso, diminuição da energia, sentimentos de

desvalorização, dificuldades de concentração, entre outros sintomas (American Psychiatric Association, 2002).

Os estudos direccionados para a perturbação depressiva major indicam uma larga amplitude de valores para a sua prevalência na população adulta, onde o risco de se desenvolver esta perturbação ao longo da vida tem variado de 10% a 25% para o sexo feminino e 5% a 12% para o sexo masculino (American Psychiatric Association, 2002). Kessler e colaboradores (1994) indicam que a depressão major é a mais comum, onde mais de 17% dos sujeitos inquiridos a apresentam no seu histórico.

As características principais da perturbação distímica encontram-se relacionadas com a cronicidade do humor depressivo, onde durante mais de metade dos dias e pelo menos durante dois anos, a pessoa apresenta este tipo de humor. Estão presentes outros sintomas, como alterações no peso ou no apetite, fadiga, insónia ou hipersónia, baixa auto-estima. Os estudos indicam que ao longo da vida o risco para desenvolver esta perturbação é de 6%, e a prevalência pontual para esta perturbação é de apenas 3% (American Psychiatric Association, 2002).

As perturbações da ansiedade fazem parte de um quadro nosológico que, seguindo a classificação do DSM-IV-TR, engloba a perturbação de pânico com e sem agorafobia, a fobia específica, a fobia social, a perturbação obsessivo-compulsiva, a perturbação pós-stress traumático e a perturbação de ansiedade generalizada (American Psychiatric Association, 2002).

A perturbação de pânico sem agorafobia é caracterizada pela presença de ataques de pânico inesperados e recorrentes, o que conduz a uma preocupação persistente acerca da presença de novos ataques. Todavia há ausência de agorafobia, ou seja, não existe o evitamento de lugares ou situações nos quais a fuga possa ser difícil ou embaraçosa. Por outro lado, a Perturbação de pânico com agorafobia apresenta esta característica para além da presença de ataques de pânico inesperados e recorrentes (Andrews, Creamer, Crino, Hunt & Page, 2003; American Psychiatric Association, 2002; Starcevic, 2010). As taxas de prevalência para a perturbação de pânico (com e sem agorafobia) podem atingir os 3,5% (Kessler, et al., 1994; Nordi & Valença, 2005), aumentando de prevalência em amostras clínicas (American Psychiatric Association, 2002).

A fobia específica caracteriza-se pela ansiedade clinicamente significativa aquando da exposição a uma situação ou objecto temido, que frequentemente conduz ao comportamento de evitamento (American Psychiatric Association, 2002; Starcevic, 2010). Apesar das fobias serem comuns na população em geral, não produzem mau-estar clinicamente significativo para se estabelecer diagnóstico. Não obstante, a taxa de prevalência ao longo da vida varia de 7,2% a 11,3% (American Psychiatric Association, 2002; Kessler et al., 1994).

A fobia social é caracterizada pela ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a situações sociais ou de desempenho. Como consequência surge o comportamento de evitamento (American Psychiatric Association, 2002). Caracteriza-se pelo medo na avaliação negativa como resultado da antecipação de algum desempenho falhado. A

pessoa com este tipo de fobia acredita que não é aceite, o que leva à rejeição e à perda de auto-estima (Starcevic, 2010; Wells, 1997), baixa confiança em si própria e sentimentos de insegurança (Starcevic, 2010). À semelhança do que acontece com a fobia específica, os sintomas para a fobia social são bastante comuns, apesar de não produzirem mau-estar clinicamente significativo para que se possa estabelecer um diagnóstico. Não existe consenso na literatura quanto à prevalência desta perturbação. Segundo a American Psychiatric Association (2002) a prevalência ao longo da vida da fobia social varia de 3% a 13% e um estudo realizado por Kessler e colaboradores (1994) indica uma prevalência de 13%, o que faz da fobia social uma das perturbações mais comuns. Pelo contrário, um estudo mais recente apresenta uma prevalência de 6,8% (Kessler et al., 2005).

A perturbação obsessivo-compulsiva é caracterizada pela presença de obsessões que causam ansiedade e mau-estar, acompanhadas pela presença de compulsões, ou seja de comportamentos que pretendem neutralizar a ansiedade sentida (American Psychiatric Association, 2002; Starcevic, 2010). A prevalência desta perturbação ao longo da vida ronda os 2,5% (American Psychiatric Association, 2002; Robins, Helzer & Weismann, 1984).

No que diz respeito à perturbação pós-*stress* traumático, esta caracteriza-se pela reexperiência de um acontecimento traumático, acompanhado por sintomas de activação e pelo evitamento dos estímulos associados ao trauma (American Psychiatric Association, 2002). Para a população adulta dos Estados Unidos da América, a taxa de prevalência para esta perturbação é de aproximadamente 8% (American Psychiatric Association, 2002). Em Portugal, a taxa de ocorrência desta perturbação incide os 5,3% para a população adulta (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003).

Por fim, a perturbação da ansiedade generalizada caracteriza-se pela ansiedade e preocupação persistentes e excessivas durante pelo menos seis meses (Andrews et al., 2003; American Psychiatric Association, 2002). A taxa de prevalência ao longo da vida é de aproximadamente 5% (American Psychiatric Association, 2002).

Para além destas perturbações é importante a referência de outras, dada a sua relevância em termos de prevalência e gravidade. O uso e dependência de certas substâncias como o tabaco e o álcool, é igualmente muito comum (Organização Mundial da Saúde, 2001; Kessler et al., 2005), com uma taxa de prevalência de 3,8% (Kessler et al., 2005). A esquizofrenia, caracterizada pela presença de alucinações, de distorções do pensamento e da percepção, é considerada como uma perturbação grave devido às consequências a nível social durante as fases onde os comportamentos alucinatórios se encontram mais evidentes, causando um certo grau de incapacidade (Organização Mundial da Saúde, 2001). A prevalência da esquizofrenia encontra-se situada entre os 0,5% e os 1,5%, onde as incidências anuais se encontram frequentemente no intervalo de 0,5 a 5 por dez mil habitantes (American Psychiatric Association, 2002).

# Capítulo 3 - Sono, saúde e estilos de vida

## Introdução

As seguintes secções serão dedicadas à apresentação e desenvolvimento da revisão da literatura que relacione a qualidade do sono com a saúde, tanto a nível orgânico como mental; com os estilos de vida, como o consumo tabágico, alcoolismo e prática de actividade física; e, finalmente, com alguns factores socioeconómicos e sociodemográficos.

### 3.1. Sono e saúde

De acordo com Hale (2005), é complicado estabelecer uma relação entre o sono e saúde, devido a diversos factores envolvidos e à causalidade bidireccionada. Contudo, alguns estudos demonstram que o risco de mortalidade é reduzido quando os indivíduos dormem 6,5 a 7,5 horas de sono por dia (Kripke, Garfinkel, Wingard, Klauber & Marler, 2002; Tamakoshi & Ohno, 2004).

O efeito adverso da privação do sono na saúde pode ser explicado através de perturbações no ritmo circadiano, bem como na diminuição do metabolismo da glicose (Redwine, Hauger, Gillin, & Irwin, 2000).

A pobre qualidade do sono tem sido associada ao índice de massa corporal elevado (Cizza, Skarullis, & Mignot, 2005; Hasler, et al., 2004) e ao aumento de peso (Patel & Hu, 2008). Esta relação encontra-se explicada através da redução da produção da leptina, responsável pela diminuição do apetite (Paiva, 2008; Patel & Hu, 2008; Taheri et al., 2004) e, consequentemente aumento da predisposição para o consumo de alimentos calóricos, com altos teores de gordura e ricos em hidratos de carbono (Patel & Hu, 2008). Adicionalmente, a privação do sono encontra-se igualmente associada à produção de grelina em excesso, hormona que favorece a absorção de alimentos e o aumento do apetite (Paiva, 2008; Taheri et al., 2004).

Para além disso, a fraca qualidade e quantidade do sono encontra-se associado à presença de outras condições médicas, como a diabetes (Spiegel, Knutson, Leproult, Tasali, & Van Cauter, 2005; Yaggi, Araujo, & McKinlay, 2006), devido à diminuição da tolerância à glucose pelas células aquando do sono insuficiente (Spiegel et al., 2005). A fraca qualidade e quantidade de sono também podem afectar de forma negativa o controlo da glucose em pacientes com diabetes do tipo 2 (Knutson, Ryden, Mander, & Van Cauter, 2006).

No que concerne ao risco cardiovascular, os estudos têm demonstrado uma relação inversa entre a duração do sono e a pressão arterial (Lusardi, Zoppi, Preti, Pesce, Piazza, & Fogari, 1999). Adicionalmente, os indivíduos apresentam menores riscos de sofrerem cancro,

acidente vascular cerebral e doença isquémica cardíaca quando uma duração do sono de 7 a 8 horas por noite (Wingard & Berkman, 1983).

Num estudo com doentes crónicos verificou-se que aqueles que sofreram de infarte de miocárdio apresentaram mais dificuldade em iniciar o sono, bem como em mantê-lo. Porém existem outros factores para além da presença de doenças orgânicas envolvidos na explicação da prevalência de perturbações do sono em pacientes com doenças crónicas, como os factores psicológicos e os factores sociais (Hyypä & Kronholm, 1989).

## **3.2. Sono e saúde mental**

Os estudos epidemiológicos e clínicos têm demonstrado uma relação directa entre o sono e as perturbações mentais (Ford & Kamerow, 1989), onde a prevalência para as perturbações depressivas, ansiosas e uso de substâncias aumenta aquando da presença de perturbações do sono (Breslau et al., 1996). Paralelamente, os estudos indicam que as alterações do sono são notáveis na maioria das perturbações mentais, onde a maioria dos pacientes demonstra redução da eficiência do sono e da duração do sono, explicada pelo decréscimo do sono NREM (Benca, Obermayer, Thisted, & Gillin, 1992). Além disso, um estudo epidemiológico indica que 40% dos sujeitos que preenchem critérios para a perturbação mental apresentavam insónia e 46,5% apresentavam hipersónia (Ford & Kamerow, 1989).

De acordo com o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2006), as perturbações do sono representam um importante construto, estão incluídas nos critérios de diagnóstico de várias perturbações mentais, principalmente nas perturbações do humor e as perturbações da ansiedade.

### **3.2.1. Sono e perturbações do humor**

Em primeiro lugar, pode ser destacado o papel do sono na depressão, onde 80% dos pacientes com depressão apresentam queixas e alterações nos padrões de sono (Harvey, 2001). De acordo com Ford e Kamerow (1989), o risco de desenvolver depressão é três vezes maior naqueles que apresentam queixas de insónia do que aqueles que não apresentam tais queixas. O estudo realizado por Breslau e colaboradores (1996) corrobora o anterior, ao indicar o aumento da prevalência para se desenvolver depressão aquando da presença de insónia ou hipersónia. Além disso, a presença de outras perturbações do sono também aumenta o risco de desenvolver depressão (Roberts et al., 2000). Adicionalmente, um estudo que utilizou um grupo de pacientes deprimidos, verificou que estes pacientes tiveram maiores níveis de distúrbios do sono semanas antes do aparecimento do episódio depressivo. Desta forma, pode-se sugerir que as queixas do sono podem preceder uma série de sintomas que constituem o síndrome de depressão major (Perlis, Giles, Buysse, Tu, & Kupfer, 1997). Além destes aspectos, as perturbações do sono podem, de igual modo, afectar o curso clínico da depressão (Roberts et al., 2000).

As queixas específicas em pacientes depressivos podem incluir despertares nocturnos frequentes, sono não reparador, redução da duração do sono total, sonhos perturbadores e sonolência diurna, queixas que se reflectem na qualidade de vida destes pacientes (Bittencourt, Silva, & Santos, 2005). Todavia, um outro estudo realizado numa amostra de pessoas idosas, indica que, em comparação com outros sintomas, as perturbações do sono não se apresentam como sintomas principais para o desenvolvimento da depressão (Roberts et al., 2000).

No que concerne às alterações polissonográficas em pacientes com depressão, estas podem ser agrupadas em três categorias. A primeira diz respeito às alterações na continuidade do sono, onde se verifica o aumento da latência do sono, de despertares nocturnos e do despertar precoce, originando a redução da eficiência do sono. Quanto à segunda categoria, esta encontra-se relacionada com a alteração no sono lento, que se caracteriza pela redução do sono no período NREM. A terceira categoria refere-se a alterações no sono REM, onde se verifica o aumento da primeira fase do sono REM e a redução da sua latência, ou seja, redução do período de tempo entre o início do sono e o início da fase REM (Lucchesi, Pradella-Hallinan, Lucchesi, & Moraes, 2005; Kupfer, Reynolds, Ulrich, & Grochocinski, 1986).

Existem na literatura vários modelos teóricos que explicam a existência de perturbações do sono na depressão (Chellappa & Araújo, 2007). Tendo em consideração o modelo de fase avançada, o sono REM, a temperatura corporal e a secreção de cortisol são processos que ocorrem precocemente e, conseqüentemente, os indivíduos com depressão apresentam um ciclo sono-vigília inadequado e semelhante aos trabalhadores nocturnos (Wirz-Justice & Van den Hoofdakker, 1999). Desta forma, estes pacientes desregulam funções biológicas essenciais, como a regulação da temperatura corporal basal e a secreção de cortisol (Chellappa & Araújo, 2007). Por sua vez, o modelo da activação postula um cansaço subjectivo e sonolência excessiva conseqüente da perda do sono NREM. A instabilidade do humor nos indivíduos com depressão pode ser explicada através da desestabilização dos processos de regulação do sono (Knoblauch, Krauchi, Renz, Wirz-Justice, & Cajochen, 2002).

No que concerne a outras perturbações do humor, os pacientes com episódios maníacos referem uma redução da quantidade do sono (Wooten & Buysse, 1999), onde parece existir uma inabilidade para adormecer. Estes pacientes despertam duas ou três horas depois de terem adormecido, com a sensação de estarem totalmente revigorados. De acordo com a investigação na polissonografia, parece existir uma redução de tempo de sono nas fases 3 e 4 do sono NREM (Benca et al., 1992; Wooten & Buysse, 1999).

### 3.2.2. Sono e perturbações da ansiedade

Em segundo lugar, é de ressaltar a importância dos efeitos da pobre qualidade do sono nas perturbações da ansiedade, onde o histórico de insónia aumenta significativamente o risco de sofrer perturbação de ansiedade generalizada (GAD), perturbação de pânico,

perturbação obsessivo-compulsiva e fobias (Breslau, et al., 1996). Um outro estudo refere a forte relação entre fraca a qualidade do sono e todas as perturbações da ansiedade, com excepção da perturbação obsessivo-compulsiva (Ramsawh, Stein, Belik, Jacobi, & Sareen, 2009). De acordo com Benca e colaboradores (1992), os níveis de ansiedade encontram-se associados com a redução do tempo total e eficiência do sono, bem como com o aumento da latência do sono.

O estudo de Ramsawh e colaboradores (2009) indica uma forte associação entre a baixa qualidade do sono, a GAD e a fobia social. Segundo estes autores, a GAD apresenta altas relações com a eficiência habitual do sono, que diz respeito à excessiva sonolência diurna e dificuldades em manter-se entusiasmado nas tarefas diárias. Tendo em consideração Uhde (2000), os pacientes com GAD apresentam dificuldades em cessar as preocupações quando tentam adormecer, sendo a insónia inicial (Culpepper, 2002) e a insónia de manutenção do sono (Monti & Monti, 2000) as perturbações do sono mais associadas a este quadro clínico. Desta forma, os pacientes com GAD apresentam um aumento na latência do sono, aumento das fases mais superficiais do sono e diminuição do sono REM (Benca, et al., 1992; Wooten & Buysse, 1999; Uhde, 2000). Contudo, embora não seja um requisito parcial para o diagnóstico, as dificuldades no sono estão incluídas nos critérios de diagnóstico da GAD. Sendo assim, esta associação pode ser explicada através deste critério (Ramsawh et al., 2009). Quanto à fobia social, os pacientes com esta perturbação relatam pobre qualidade do sono, com maior latência do sono, mais disfunção diurna e mais perturbações do sono (Stein, Kroft, & Walker, 1993).

Os distúrbios do sono constituem igualmente um problema na perturbação de pânico (Sheikh, Woodward, & Leskin, 2003). Nos pacientes com ataques de pânico nocturnos, é característica a privação crónica do sono consequente de tais ataques, devido à ansiedade antecipatória e comportamentos de evitamento e fuga que se reflectem no medo em dormir. Sendo assim, os pacientes com perturbação de pânico apresentam maior latência do sono e redução da eficiência do mesmo (Sheikh, Woodward, & Leskin, 2003; Uhde, 2000).

A perturbação de pós-stress traumático é a perturbação que mais causa a presença de pesadelos nocturnos crónicos (Aldrich, 1999; Woodward, Arsenault, Murray, & Bliwise, 2000), onde o contexto destes pesadelos se encontram associados ao evento traumático. Para além destas queixas, é frequente o despertar precoce devido aos pesadelos e a dificuldade em adormecer devido ao medo do pesadelo poder vir a ocorrer. Sendo assim, o evento traumático e a elevada excitação associada à ansiedade são os principais factores que contribuem para a presença de perturbações do sono (Aldrich, 1999). Um estudo realizado indica que 70% das pessoas com perturbação pós-stress traumático apresentam simultaneamente perturbações do sono, com a presença de comportamentos violentos durante o sono, falar durante o sono e de alucinações hipnagógicas (Ohayon & Shapiro, 2000).

Quanto à perturbação obsessivo-compulsiva, as queixas mais frequentes encontram-se relacionadas com a continuidade do sono diminuída e com a redução da eficiência do sono. Adicionalmente, os pensamentos obsessivos que ocorrem quando o paciente se encontra na



cama podem interferir com a capacidade para adormecer ou para voltar a adormecer após despertares nocturnos. Desta forma, os rituais compulsivos, como a lavagem ou a verificação de forma repetida, podem igualmente interferir com o processo de preparação para dormir (Aldrich, 1999).

### 3.2.3. Sono e outras perturbações mentais

Considerando a relação entre o sono e a esquizofrenia, as perturbações do sono não se tornam uma queixa predominante, apesar da sua relevância clínica (Monti & Monti, 2004). Existe frequentemente uma alteração do ciclo sono-vigília, onde os pacientes permanecem acordados durante a noite e dormem durante o dia (Benson & Zarcone, 2000), essencialmente nos pacientes altamente desorganizados (Aldrich, 1999). De acordo com Aldrich (1999), as perturbações do sono, principalmente a insónia, tornam-se um problema crónico para muitos pacientes com esquizofrenia. Aquando da exacerbação do quadro clínico, é frequente o permanecimento de insónia e os doentes podem relatar alucinações e pesadelos (Benson & Zarcone, 2000) que dificilmente distinguem da realidade (Aldrich, 1999). Nestas ocasiões, é frequente que as insónias sejam mais notórias, caracterizadas pela redução da duração e da continuidade do sono (Aldrich, 1999).

Nestes pacientes, verifica-se a redução do sono de ondas lentas, redução da latência do sono REM, aumento do sono REM e diminuição da quantidade do sono NREM (Aldrich, 1999; Benca, et al., 1992; Benson & Zarcone, 2000; Monti & Monti, 2004; Wooten & Buysse, 1999). Para além disso, é importante referir a sonolência diurna excessiva como consequência da pobre qualidade do sono e da alteração do padrão sono-vigília (Godbout, 2010). Adicionalmente, a incapacidade para adormecer, despertares frequentes e sensação de sono não restaurador são queixas comuns nestes pacientes (Aldrich, 1999).

As causas dos problemas no sono na esquizofrenia incluem a ansiedade que acompanha os delírios e alucinações, bem como a desorganização comportamental com a perda de actividades programadas. Além disso, esta desorganização pode conduzir ao síndrome da fase do sono atrasado e fraca higiene do sono, que contribui para o aparecimento das perturbações do sono (Aldrich, 1999).

No que concerne à relação entre o sono e a somatização, um estudo com população idosa indica que altos níveis de somatização estão associados à pior qualidade do sono (Frisoni, Leo, Rozzini, Bernardini, Buono, & Trabucchi, 1992).

## 3.3. Sono e estilos de vida

### 3.3.1. Sono e consumo de álcool

O uso e abuso de álcool tornou-se bastante comum em diversos países. Apesar da sua utilização no auto-tratamento da insónia, este tipo de consumo afecta negativamente a

qualidade do sono (Vitiello, 1997). Relativamente à literatura existente, encontra-se postulado que o consumo de bebidas alcoólicas altera a sequência e duração dos ciclos do sono, bem como da sua duração total (Mitler, Dawson, Henriksen, Sobers, & Bloom, 1988). Estudos polissonográficos mostram que o consumo excessivo de álcool está associado ao sono longo, a despertares nocturnos e à redução do sono de ondas lentas (Aldrich, Shipley, Tandon, Kroll, & Brower, 1993). De acordo com Patel, Malhotra, Gottlieb, White e Hu (2006), aqueles que referem um maior consumo de álcool são mais susceptíveis de apresentarem sono longo, comparativamente àqueles com um consumo moderado. Apesar da sua eficácia em induzir o sono (Mitler et al., 1988; Vitiello, 1997), o álcool reduz o sono durante a segunda metade da noite e, conseqüentemente, causa vários despertares nocturnos, sonhos, pesadelos e sudorese (Mitler et al., 1988). Desta forma, apesar do uso do álcool reduzir a latência do sono, pode diminuir a eficiência do mesmo e desregula o padrão do sono (Lobo & Tufik, 1997).

Adicionalmente, o consumo de álcool antes de dormir encontra-se associado à pobre qualidade do sono, fadiga e sonolência diurna (Vitiello, 1997). Por sua vez, um outro estudo realizado com adultos jovens não demonstrou diferenças estatisticamente significativas nos padrões de sono entre os grupos de consumidores e não consumidores de álcool. No entanto, verificou-se que o consumo de bebidas alcoólicas contribui para o aumento de queixas relacionadas com problemas do sono (Mesquita, Ferreira, Rossini, Soares, & Reimão, 2011).

Quanto aos efeitos do álcool no padrão do sono, parece que se encontra associado ao efeito na regulação da temperatura importante no ciclo sono-vigília que o álcool produz, onde se verifica um diminuição da temperatura (que se verifica na fase inicial do sono), seguido por um aumento de temperatura compensatório. Além disso, o álcool também produz efeitos na secreção de várias hormonas na glândula pituitária, que mostram variações no ritmo circadiano, com picos de secreção que ocorrem durante o período do sono (Roehrs & Roth, 2001).

### 3.3.2. Sono e consumo tabágico

Os efeitos nefastos do consumo de tabaco têm sido exaustivamente documentados na literatura (Edwards, 2004; Higgins, Enright, Kronmal, Schenker, Anton-Culver, & Lyles, 1993; Willwmse, ten Hacken, Rutgers, Postma, & Timens, 2005). Todavia, as implicações do tabagismo na qualidade do sono não têm sido completamente estabelecidos (Conway, Roizenbalt, Palombini, Castro, Bittencourt, Silva, & Tufik, 2008). Os estudos sugerem que os fumadores apresentam dificuldades em adormecer, dificuldades em manter o sono (Patten, Choi, Gillin, & Pierce, 2000; Phillips & Danner, 1995; Wetter & Young, 1994), despertares nocturnos (Delasnerie-Laupetre, Patois, Valatx, Kauffmann, & Alperovitch, 1993), perda da qualidade do sono (Phillips & Danner, 1995; Wetter & Young, 1994; Soldatos, Kales, Scharf, Bixler, & Kales, 1980), e menor eficiência habitual do sono (Phillips & Danner, 1995; Zhang, Samet, Caffo, & Punjabi, 2006), com pior desempenho durante o dia (Phillips & Danner, 1995).

Existem na bibliografia estudos com diferentes resultados. No que diz respeito à latência e duração do sono, um estudo indica que os fumadores apresentam maior latência e menor duração do sono comparativamente com os não fumadores (Zhang, et al., 2006). Todavia, um outro estudo realizado posteriormente não encontra diferenças estatisticamente significativas para esta associação (Conway, et al., 2008). O estudo de Patel e colaboradores (2006) que relaciona a a duração do sono, não foi encontrada qualquer relação entre o consumo tabágico e o tempo total de sono. Quanto a dificuldades respiratórias associadas ao sono, são os fumadores que se encontram mais susceptíveis de sofrerem tais dificuldades (Wetter, Young, Bidwell, Badr, & Palta, 1994), existindo também uma relação entre o consumo tabágico e a presença de apneia do sono (Moreno et al., 2004).

Os efeitos do tabaco na regulação do sono, podem ser explicados através de três processos referenciados na literatura. O primeiro refere os efeitos da nicotina, que estimula a libertação de diversos neurotransmissores que também participam na regulação do ciclo sono-vigília (Maihalescu, Guzman-Marin, & Drucker-Colín, 2001). O segundo diz respeito à fragmentação do sono associada à dependência da nicotina, onde os fumadores durante a noite podem experimentar uma abstinência desta substância (Wetter, Fiore, Baker, & Young, 1995). Por fim, o terceiro processo relaciona-se com as condições clínicas provocadas pelo consumo tabágico, como a doença obstrutiva crónica do pulmão, que podem perturbar a continuidade do sono e que podem ter um impacto negativo na sua estrutura (Lewis, 2001).

### 3.3.3. Sono e actividade física

Diversos estudos epidemiológicos demonstram a utilidade do exercício físico regular para melhorar a qualidade do sono e diminuir a sonolência diurna para a população em geral (O'Connor & Youngstedt, 1995). Para além disso, a intensidade de exercício físico influencia a qualidade de sono, na medida em que quando a intensidade de exercício é ideal, existe uma melhor resposta na qualidade do sono. Contudo, uma sobrecarga de exercício provoca uma influência negativa na qualidade do sono (Martins et al., 2001). Todavia, de acordo com Patel e colaboradores (2006), a prática de actividade física regular diminui a duração do sono.

De acordo com a investigação realizada na área, existem três hipóteses que tentam explicar a influência do exercício físico no padrão de sono.

A primeira explica a termorregulação, onde se postula que o exercício físico promove o aumento da temperatura corporal (Boulant, 2000; Driver & Taylor, 2000) e, conseqüentemente, facilita o início do sono devido à activação de processos controlados pelo hipotálamo, como os mecanismos de dissipação de calor e de indução do sono (Driver & Taylor, 2000; O'Connor & Youngstedt, 1995), sendo esta glândula crucial na regulação destes mecanismos (Lu, Greco, Shiromani, & Saper, 2000). Além disso, com a prática de actividade física é produzida a melatonina, que favorece a termoregulação e, conseqüentemente, proporciona uma melhor qualidade do sono (McLellan, Gannon, & Zamecnik, 1999; McLellan, Smith, Gannon, & Zamecnik, 2000). A segunda hipótese defende a premissa da conservação

de energia, onde o gasto de energia durante o exercício físico durante a vigília aumenta a necessidade de sono para restabelecer essa perda de energia (Driver & Taylor, 2000). Por fim, a terceira hipótese explica a função restauradora ou compensatória, onde a alta actividade catabólica durante a vigília reduz as reservas energéticas, aumentando a necessidade de sono para favorecer a actividade anabólica (Martins et al., 2001).

### **3.4. Sono e factores socioeconómicos e sociodemográficos**

Diversos estudos indicam que, para as diferentes faixas etárias, existe uma maior incidência de problemas do sono no sexo feminino do que no sexo masculino (Ford & Cooper-Patrick, 2001; Sadeh, Raviv & Gruber, 2000). No entanto, outro estudo não apontou diferenças estatisticamente significativas quanto ao género (Trindade-Filho et al., 2010).

De acordo com Patel e colaboradores (2006), não existe nenhuma associação significativa entre a idade e a duração do sono. Contudo, à medida que a idade avança, existe uma diminuição do tempo de sono nocturno, um maior atraso na hora de deitar e alterações nos hábitos de sono nos dias da semana e no fim-de-semana (Lagerberg et al., 2001). Além disso, estudos polissonográficos indicam que em adultos, o tempo total de sono, a eficiência do sono, a percentagem de sono REM e a latência do sono REM diminuem significativamente com a idade. Adicionalmente, a latência do sono, a percentagem de sono na fase 1 e 2 do sono NREM e o acordar depois do início do sono aumentam significativamente com a idade (Ohayon, Carskadon, Guilleminault, & Vitiello, 2004).

Quanto ao local de residência, um estudo indica que os participantes que habitam em meios rurais apresentam maior duração do sono do que aqueles que habitam em meios urbanos (Ursin, Bjorvatn, & Holsten, 2005). Esta maior duração do sono em meios rurais pode estar relacionada com mais trabalho ao ar livre nestes meios, o que propicia a mais actividade física (Horne, 1981). Como referido anteriormente, alguns estudos indicam a importância da actividade física para a melhor qualidade do sono (O'Connor & Youngstedt, 1995). Para além disso, a maior exposição à luz do dia nos meios rurais pode ser benéfica para a regulação do sono e, provavelmente, para um estilo de vida mais descontraído que nos meios urbanos (Ursin et al., 2005).

No que diz respeito ao estado civil, encontra-se estabelecido que esta variável se encontra correlacionada com a duração do sono (Hale, 2005), onde os sujeitos casados têm uma menor duração do sono relativamente àqueles que vivem sozinhos (Patel et al., 2006). De facto, aqueles que dormem sozinhos apresentam melhor flexibilidade no seu sono, pelo facto de haver menor probabilidade de partilharem a cama com outra pessoa (Umberson, 1987). Outro estudo indica corrobora os anteriores, onde afirma que o facto de estar viúvo ou de viver com um parceiro está associado ao aumento do sono pobre (Patel, Grandner, Xie, Branas, & Gooneratne, 2010).

O estatuto socioeconómico é um factor potencialmente importante, com influência na duração do sono (Patel, 2007; Patel, et al. 2006; Patel et al., 2010). De acordo com Patel e

colaboradores (2006), são os sujeitos desempregados que possuem salários mais baixos e baixo estatuto socioeconómico, sendo este grupo aquele que apresenta maior duração de sono. Este facto pode ser explicado pela ausência de actividades profissionais, que permite que os sujeitos tenham mais tempo para dormir (Patel et al., 2006). Contrariamente, outro estudo indica que os sujeitos com estatutos socioeconómicos mais baixos e com menores níveis de educação apresentam menor duração do sono, ou seja, menos de sete horas de sono por noite (Stamatakis, Kaplan, & Roberts, 2007). Neste sentido, outro estudo menciona que o baixo estatuto socioeconómico e o nível educacional baixo encontra-se relacionado com a pobre qualidade do sono. Apesar das diferenças socioeconómicas e sociodemográficas no sono serem pouco conhecidas, estas diferenças podem estar associadas a factores ambientais adversos e com efeitos negativos, que podem contribuir para um sono pobre (Mezick, et al., 2008).



## Parte II - Corpo empírico

---





# Capítulo 4 - Metodologia

## Introdução

A definição do plano de investigação parte da delimitação do método, que servirá de linha condutora para que os objectivos pretendidos sejam alcançados. Sendo assim, este capítulo é dedicado à apresentação da metodologia adoptada na presente investigação, através da inclusão dos objectivos, da definição das variáveis em estudo, do tipo de estudo, bem como da apresentação e desenvolvimento dos instrumentos utilizados e da caracterização dos participantes. Posteriormente, será realizada uma síntese dos procedimentos seguidos neste estudo.

### 4.1 - Pertinência do estudo

A realização deste estudo teve por base a necessidade de conhecer a realidade portuguesa, essencialmente a realidade da população activa, devido às exigências da vida moderna, que faz com que as pessoas durmam o mínimo de horas possíveis (Ferrara & Gennaro, 2001; Rente & Pimentel, 2004). Ao considerar a revisão da literatura realizada, constata-se a alta prevalência para os problemas associados ao sono na população adulta (American Psychiatric Association, 2002; Buckworth & Dishman, 2002). Além disso, verifica-se a influência que as alterações do sono acarretam nas várias condições a nível fisiológico, como o aumento do peso, do risco de sofrer diabetes e do risco de doenças cardiovasculares (Banks & Dinges, 2007; Buxton & Marcelli, 2010); e a nível da saúde mental, essencialmente com o aumento da prevalência para as perturbações depressivas (Breslau et al., 1996; Ford & Kamerow, 1989; Harvey, 2001) e para as perturbações ansiógenas (Benca et al., 1992; Breslau et al., 1996; Ramsawh et al., 2009). Desta forma, torna-se essencial o tratamento das perturbações do sono como prevenção das perturbações mentais (Ford & Kamerow, 1989), dado que estas apresentam frequentemente sintomas característicos das perturbações do sono (McCall, 2001).

De igual modo, a literatura refere que tanto o consumo tabágico (Phillips & Danner, 1995; Wetter & Young, 1994; Soldatos et al., 1980) como o consumo de álcool (Mitler et al., 1988; Vitiello et al., 1997) se reflectem na qualidade do sono; e que a prática de actividade física regular influencia de forma positiva para a qualidade do sono (O'Connor & Youngstedt, 1995).

Assim, considera-se relevante esta intervenção, na medida em que se constata uma grande necessidade de alertar a população adulta para a importância de uma boa higiene e qualidade do sono, consequentemente, para uma melhor qualidade de vida e saúde. Por outro lado, torna-se benéfico para a população conhecer os hábitos e formas de vida que promovam uma melhor qualidade do sono.

## 4.2 - Método

### 4.2.1- Objectivos

De acordo com a revisão bibliográfica realizada, estabeleceu-se como objectivo principal deste estudo a relação entre a qualidade de sono percebida com a saúde física, a saúde mental, bem como os estilos de vida. Desta forma, pretendeu-se verificar se o impacto que a saúde, tanto a nível físico como mental, e os estilos de vida se reflecte na qualidade de sono.

De igual modo, definiram-se os seguintes objectivos específicos:

1. Avaliar a qualidade de sono da população activa;
2. Identificar diferenças de género no que concerne à qualidade de sono;
3. Identificar diferenças quanto à qualidade do sono em função da idade, estado civil, habilitações literárias, estatuto socioeconómico, estar empregado/desempregado e local de residência (rural/urbano);
4. Avaliar a qualidade de sono tendo em consideração o consumo de tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas;
5. Avaliar a qualidade de sono em função da prática de actividade física;
6. Avaliar a qualidade de sono em função da presença/ausência de doenças, quer no próprio, quer na família;
7. Avaliar a qualidade de sono em função do excesso de peso;
8. Avaliar a qualidade de sono em função da presença/ausência de perturbações mentais, como a depressão, ansiedade (fobias, perturbação de ansiedade generalizada, ataques de pânico, perturbação obsessivo-compulsiva), somatização, ideação paranóide e psicoticismo.

Tratando-se de um estudo de carácter exploratório, o grupo de investigação optou por não incluir hipóteses no presente estudo, pois a exploração aberta dos resultados poderia ser limitada com a definição de hipóteses.

### 4.2.2 -Tipo de estudo

A presente investigação é de natureza transversal, na medida em que a recolha dos dados foi realizada apenas num momento de forma individual. Além disso, é suportada no paradigma quantitativo, pois os dados são de natureza numérica e enfatiza o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e de mensuração dos diversos aspectos do comportamento humano. De igual modo, trata-se de um estudo descritivo e exploratório, na medida em que

utiliza a análise descritiva de dados estatísticos que caracterizam a amostra. Adicionalmente, este estudo tem carácter comparativo, dado que procede à comparação entre grupos através da diferença entre as variáveis; e inferencial, pois a partir da análise das médias entre os grupos, objectiva-se inferir considerações acerca dos objectivos. Por último, este estudo é suportado pela perspectiva ética e modelo nomotético de investigação, ao perceber que a generalização e compreensão de padrões gerais de comportamento é, normalmente, o pretendível. Todavia, o carácter idiossincrático dos resultados obtidos devem ser tomados em consideração.

### 4.2.3 -Variáveis em estudo

Para a concretização do estudo é inevitável a definição de variáveis. Sendo assim, delinearão-se como variáveis independentes:

1. Género;
2. Idade;
3. Estado civil;
4. Habilitações literárias;
5. Estatuto socioeconómico;
6. Empregado/Desempregado;
7. Local de residência;
8. Consumo tabágico;
9. Consumo de álcool;
10. Prática de actividade física;
11. Doença no próprio;
12. Doença na família;
13. Excesso de peso;
14. IACLIDE (variável depressão);
15. SCL-90-R (variável Saúde Mental).

Adicionalmente delinearão-se como variável dependente:

1. Qualidade do sono.

### 4.2.4 - Instrumentos

A recolha dos dados concretizou-se a partir da utilização de um questionário sócio-demográfico, adicionando igualmente questões relativas aos estilos de vida e à presença de doenças físicas. Além deste questionário, foi também utilizado o Índice de Qualidade de Sono

de Pittsburgh, o Questionário de 90 sintomas - Revisto e o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão.

Seguidamente serão apresentados com maior pormenor todos os instrumentos utilizados, ao realizar uma descrição dos mesmos, bem como das suas características psicométricas.

#### 4.2.4.1 - Questionário sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico construído é sub-dividido em três partes distintas. A primeira é constituída por uma secção introdutória, que tem como principal objectivo a caracterização sócio-demográfica dos participantes em estudo, criada com o intuito de recolher informações essenciais para a realização do estudo, como o sexo, a idade, local de residência, estado civil, habilitações literárias.

A segunda parte é dedicada à formulação de questões relativas ao estilo de vida, ao incluir questões relacionadas com o padrão de consumo tabágico, de álcool e de hábitos de prática de actividade física. Para estas questões, pede-se que se indique a frequência de consumo e actividade física para uma semana normal.

No que concerne à terceira parte, esta aborda a história médica individual e familiar, procurando averiguar a presença de problemas de saúde que obrigue a tratamentos médicos regulares. Para avaliar este parâmetro, foram formuladas duas questões, onde pede que o inquirido indique a presença ou ausência de qualquer tipo de doença física, quer no próprio, quer nos membros do agregado familiar.

#### 4.2.4.2. PSQI: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg

Com o intuito de avaliar a qualidade subjectiva do sono utilizou-se a versão Brasileira do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR), após a adaptação semântica para a Língua Portuguesa.

Este instrumento foi desenvolvido por Buysse em 1989 e é um questionário que avalia a qualidade e a quantidade do sono no último mês (Bertolazi, 2008).

O PSQI é constituído por 19 questões dirigidas ao sujeito e 5 questões respondidas pelos parceiros de quarto, caso estes existam. Estas cinco questões são somente utilizadas no âmbito clínico (Bertolazi, 2008).

As 19 questões encontram-se agrupadas em 7 componentes, sendo elas a qualidade subjectiva do sono (C1), a latência do sono (C2), a duração do sono (C3), a eficiência habitual do sono (C4), as alterações do sono (C5), o uso de medicações para o sono (C6) e a disfunção diurna (C7). Cada uma destas componentes é pontuada numa escala de 0 a 3 (Bertolazi, 2008).

A pontuação global do PSQI obtém-se através da soma das pontuações dos 7 componentes, variando de 0 a 21. As pontuações entre 0 e 4 referem-se a indivíduos com boa

qualidade do sono; entre 5 e 10 indicam uma má qualidade do sono e acima de 10 indicam indivíduos com distúrbios do sono (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989).

Quanto aos dados psicométricos do Índice, o valor  $\alpha$  de Cronbach para as sete componentes é de 0,83, o que revela uma boa consistência interna (Buysse et al., 1989).

#### 4.2.4.3 - IACLIDE: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão

O Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE), criado pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra, consiste numa escala de auto-avaliação de tipo Likert de cinco pontos (pontuação de 0 a 4), utilizada com o principal intuito na detecção da presença e da gravidade de quadros clínicos depressivos. Desta forma, as 23 questões que o constituem encontram-se estruturadas de forma gradual de intensidade dos sintomas, onde o primeiro item de cada grupo de sintomas indica sempre “ausência de sintoma” (cotando-se como 0) e o último indica sempre maior intensidade, cotando-se como 4. A pontuação total é calculada através da soma de todas as pontuações obtidas em cada grupo de sintomas, podendo variar do mínimo de 0 (ausência de sintomas) ao máximo de 92 (todos os sintomas com máxima intensidade). Assim, quanto maior a pontuação total obtida, maior é o grau de depressão presente no indivíduo. No que diz respeito aos pontos de corte entre sujeitos normais e deprimidos, este corresponde à pontuação de 20 (para pontuações inferiores a 20, os sujeitos não apresentam depressão), sendo que para pontuações de 21 a 28 correspondem a Depressão leve; de 29 a 45 corresponde a Depressão moderada; e de 46 a 58 correspondem a Depressão grave (Vaz Serra, 1995).

Para além disso, o inventário possibilita a avaliação da perturbação em quatro tipos distintos: biológico (relação do sujeito com o organismo), cognitivo (relação do sujeito consigo próprio), inter-pessoal (relação do sujeito com os outros) e de desempenho da tarefa (relação com o trabalho) (Vaz Serra, 1995).

A partir da análise factorial é possível a distinção de cinco factores, sendo eles: o factor 1, que corresponde à diferenciação das depressões endógenas e reactivas; o factor 2 torna-se patente a uma relação perturbada do sujeito consigo próprio, correspondendo a uma personalidade obsessiva subjacente, hesitante e pessimista; o factor 3, constituído por elementos de “constelação suicida”; o factor 4, que representa sintomas desenvolvidos por uma personalidade apelativa, com marcada instabilidade emocional e dependência das outras pessoas; e, finalmente, o factor 5, que corresponde a transtornos do sono, nomeadamente a insónia tardia e a inicial (Vaz Serra, 1995).

Tendo em conta os dados psicométricos, este inventário traduziu uma boa consistência interna, onde a correlação “Par/Ímpar” foi de 0,854 e o Coeficiente de Spearman-Brown foi de 0,920. Quanto à homogeneidade dos itens, o Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para todos os itens foi de 0,890, sendo que todos os itens que constituem o inventário contribuem de forma estatística para a consistência interna da escala (Vaz Serra, 1995).

#### 4.2.4.4 - SCL-90-R: Questionário de 90 sintomas

O Questionário de 90 sintomas Revisado (*Symptom Checklist-90-Revised - SCL-90-R*) surgiu em 1977 por Derogatis depois de uma versão prototípica (SCL-90) ter sido modificada, validada e revista. Este questionário, composto por 90 itens, é um inventário multidimensional de auto-avaliação de sintomas, com o objectivo de avaliar várias condições psicológicas e sintomas psicopatológicos actuais, não se tratando de uma medida da personalidade. Para cada sintoma apresentado, deve ser indicada a intensidade de sofrimento causado, através de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, desde 0 (Nada em absoluto) a 4 (Extremamente) (Derogatis, 2002).

No que diz respeito às dimensões avaliadas pelo SCL-90-R, este é composto por 9 dimensões primárias de sintomas: Somatização, Obsessão-compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade fóbica, Ideação paranóide e Psicoticismo. Para além destas dimensões, é acrescida uma décima dimensão, denominada por Escala Adicional. O valor de cada dimensão é obtido através da divisão da soma de todos os valores obtidos de cada item pelo número total de itens que a compõem (Derogatis, 2002).

No que concerne à Somatização, esta compreende 12 sintomas relacionados com vivências de percepção da disfunção corporal, incluindo sintomas relacionados com alterações neurovegetativas sobre alguns dos sistemas orgânicos: cardiovascular (e.g. “Dores no coração ou no peito”), respiratório (e.g. “Aflição ou dificuldades em respirar”), gastrointestinal (e.g. “Náuseas ou mal-estar no estômago”) e muscular (e.g. “Sentir-se débil relativamente a alguma parte do corpo”) (Derogatis, 2002).

Quanto à Obsessão-compulsão, os 10 itens incluídos no SCL-90-R descrevem vivências e fenómenos cognitivos característicos da perturbação obsessivo-compulsiva, como comportamentos, pensamentos, impulsos que os sujeitos consideram como indesejados, mas que geram grande ansiedade e que são difíceis de resistir, evitar ou eliminar (e.g. “Ter que fazer as coisas muito devagar para se assegurar que estão bem”; “Ter que verificar uma e outra vez tudo o que faz”) (Derogatis, 2002).

A dimensão Sensibilidade interpessoal é composta por 9 itens, incluindo sentimentos de timidez (e.g. “Timidez ou incómodo perante o sexo oposto”), vergonha (e.g. “Sentir-se muito inibido ou envergonhado entre as outras pessoas”), tendência para se sentir inferior aos outros (e.g. “Sentir-se inferior em relações aos outros”), hipersensibilidade às opiniões e atitudes (e.g. “Ser demasiado sensível ou sentir-se ferido com facilidade”). Estes sentimentos podem causar inibição nas relações interpessoais (Derogatis, 2002).

A dimensão Depressão é composta por 13 itens que reconhecem sinais e sintomas clínicos dos estados depressivos. Sendo assim, incluem vivências disfóricas, de desânimo, anedonia, desesperança, impotência, falta de energia, ideias auto-destrutivas e outras manifestações cognitivas e somáticas características das perturbações depressivas (e.g.

“Sentir-se sem energia ou desanimado”; “Sentir-se só”; “Sensação de ser inútil ou não valer nada”) (Derogatis, 2002).

A ansiedade, dimensão constituída por 10 itens, inclui manifestações clínicas da ansiedade, tanto generalizada como aguda, tais como estados de “pânico” (e.g. “Nervosismo ou agitação interior”; “Ataques de terror ou pânico”), sinais gerais de tensão emocional (e.g. “Sentir-se tenso ou com os nervos em franja”) e manifestações psicossomáticas (e.g. “O seu coração palpita ou bate muito depressa”) (Derogatis, 2002).

Os seis itens que compõem a dimensão Hostilidade incluem pensamentos, sentimentos e comportamentos próprios de estados de agressividade, ira, irritabilidade, raiva e ressentimento (e.g. “Sentir-se facilmente molestado, irritado ou enfadado”; “Ter vontade de partir ou destruir algo”; “Gritar ou atirar coisas”) (Derogatis, 2002).

Quanto à dimensão Ansiedade fóbica, esta é constituída por 7 itens, que pretendem avaliar as diversas experiências da fobia, que se define como medo persistente, irracional e desproporcionado para com um animal, pessoa, lugar, objecto ou situação, acompanhado de comportamentos de evitamento ou fuga. Nesta dimensão, predominam os sintomas associados à agorafobia (e.g. “Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades, porque lhe provocam medo”) e fobia social (e.g. “Sentir-se incomodado entre muita gente, por exemplo no cinema, em lojas, etc”) (Derogatis, 2002).

A Ideação paranóide é uma dimensão constituída por 6 itens que apontam diversos aspectos do comportamento paranóide, como suspeitas, centralismo autoreferencial e ideação delirante, hostilidade, grandiosidade, medo em perder autonomia e necessidade de controlo (e.g. “Impressão de que a maioria dos seus problemas são culpa dos outros”; “Sensação que as outras pessoas estão a olhar para si ou falam de si”; “Impressão de que as pessoas tentariam aproveitar-se de si se o permitisse”) (Derogatis, 2002).

A dimensão Psicoticismo é constituída por dez itens de sintomas de espectro psicótico, esquizóide e esquizotípico. No entanto, esta dimensão encontra-se mais relacionada com sentimentos de alienação social do que com a psicose manifesta clinicamente (e.g. “A impressão que os outros se apercebem do que está a pensar”; “Sentir-se sempre distante, tendo a sensação que não tem intimidade com ninguém”; “Ideia de que algo está mal na sua mente”) (Derogatis, 2002).

Por fim, a Escala adicional é constituída por 7 itens considerados como adicionais devido ao seu peso factorial que não permite adicioná-los a qualquer das dimensões já referidas. Contudo, possuem alguma relevância clínica e, por isso, têm sido conservados, apesar de não constituírem uma dimensão sintomática específica (e.g. “Falta de apetite”; “Dificuldade em conciliar o sono”; “Sentimentos de culpabilidade”) (Derogatis, 2002).

No que diz respeito aos dados psicométricos deste instrumento, os valores de  $\alpha$  de Cronbach das dimensões da escala encontrados na amostra clínica espanhola situam-se entre os 0,81 e 0,90. Sendo assim, estes valores revelam uma boa consistência interna (Derogatis, 2002).

## 4.6 - Participantes

Os participantes correspondem a uma amostra da população que se pretende investigar, ou seja, refere-se à percentagem de sujeitos estudados numa dada população. Na selecção dos mesmos para a participação nesta investigação, foram apontados alguns critérios de inclusão ou exclusão. Traçam-se como critérios de inclusão possuir idade igual ou superior a 25 anos a uma idade igual ou inferior a 65 anos, com residência em Portugal. Deste modo, estamos perante uma amostra não probabilística, mais precisamente uma amostra por conveniência.

Nesta investigação participaram 300 sujeitos, 142 do sexo masculino (47,3%) e 158 do sexo feminino (52,7%), provenientes da região Norte do País, particularmente do Distrito de Viseu.

No que diz respeito à idade, observou-se que a média é de 40,48 com desvio padrão de 10,20. Quanto à mediana, esta registou o valor de 40 anos, enquanto que a moda é de 25. No que concerne aos valores mínimos e máximos, a idade mínima observada foi 25 anos, tendo sido registada como idade máxima 65 anos. Com vista a uma melhor descrição dos participantes e posterior análise dos resultados, dividiu-se a variável idade em duas faixas etárias, tendo em conta duas etapas da vida: início e meio da vida activa, e fim da vida activa. Assim, foram incluídos no primeiro grupo os sujeitos com idades compreendidas entre os 25 aos 44 anos (Adultos Jovens); e no segundo grupo os participantes com idades compreendidas entre os 45 e os 65 anos de idade (Adultos). A seguinte tabela indica os dados relativos à frequência e percentagem relativas a esta nova variável (ver Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição frequencial e percentual dos sujeitos em função das faixas etárias

Faixa etária	Frequências	Percentagem
Adultos Jovens (25-44 anos)	187	62,3
Adultos (45-65 anos)	113	37,7
Total	300	100

Relativamente ao local de residência, verificou-se que 157 dos participantes (52,3%) residem em meio rural e que 143 participantes (47,7%) em meio urbano.

No que diz respeito ao estado civil, os participantes deste estudo são maioritariamente Casados(as), sendo que 163 indivíduos (54,3%) pertencem a este subgrupo (ver Tabela 2).



Tabela 2. Distribuição frequencial e percentual dos sujeitos em função do estado civil

Estado civil	Frequências	Percentagem
Solteiro(a)	88	29,3
Casado(a)	163	54,3
Divorciado(a)	25	8,3
União de facto	21	7,0
Viúvo(a)	3	1,0
Total	300	100

Quanto à distribuição dos participantes em relação ao Índice de massa corporal, dividiu-se a categoria em função da presença ou ausência de obesidade, onde se verificou que 267 participantes (89%) não apresentam excesso de peso, contrariamente aos 33 participantes (11%) que apresentam excesso de peso.

No que concerne às habilitações literárias, foi possível observar que predomina o grupo de participantes que possuem o ensino básico, tendo-se registado 120 sujeitos (40,0%) (ver Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição frequencial e percentual dos participantes em função das habilitações literárias

Habilitações literárias	Frequência	Percentagem
Sem grau de ensino	44	1,3
Ensino Básico	120	40,0
Ensino secundário	105	35,0
Ensino superior	71	23,7
Total	300	100

Quanto à situação de emprego, 54 dos participantes apresentam-se desempregados (18%), enquanto que 246 sujeitos encontram-se empregados (82%).

A Tabela 4 apresenta os dados relativos estatuto socioeconómico do agregado familiar dos sujeitos em estudo (ver Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição frequencial e percentual dos participantes em função do Estatuto Socioeconómico do agregado familiar

Estatuto Socioeconómico (Rendimentos em euros)	Frequência	Percentagem
Baixo (<250-500)	53	17,7
Médio (501-2000)	220	73,3
Médio-Elevado (2001 - >3000)	27	9,0
Total	300	100

A Tabela 5 diz respeito à análise das frequências e percentagens dos hábitos de consumo de tabaco e de álcool dos participantes (ver Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição frequencial e percentual dos participantes em função do Consumo tabágico e de álcool.

	Consumo tabágico		Consumo de álcool	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Não consomem	234	78	142	47,3
Consumem	66	22	158	52,7
Total	300	100	300	100

Relativamente à prática de actividade física na amostra recolhida, verifica-se que 233 participantes (77,7%) praticam actividade física, enquanto que 66 participantes (22,3%) referem não adoptarem nenhuma prática de actividade física.

Por fim, no que respeita às doenças físicas, 226 dos participantes (75,3%) referem não possuir qualquer doença física. Por outro lado, 74 participantes (24,7%) dizem possuir pelo menos uma doença física. Quanto à presença de doenças no agregado familiar, 191 dos participantes (63,7%) referem que nenhum membro do agregado familiar apresentam qualquer doença física. Contrariamente, 109 dos participantes (36,3%) referem que algum membro da família apresenta pelo menos uma doença física.

## 4.7 - Procedimentos

Posterior à definição do tema em estudo, procedeu-se à delimitação da amostra e à escolha dos instrumentos.

Relativamente à delimitação da amostra, foram definidos os critérios de inclusão, sendo eles: idade compreendida entre os 25 anos e os 65 anos; residentes em Portugal, mais precisamente no distrito de Viseu.

No que diz respeito aos instrumentos utilizados, estes foram escolhidos após uma extensa pesquisa na literatura através das temáticas: qualidade do sono e avaliação de condições psicopatológicas. Uma vez que o grupo de investigação liderado pelo Professor Doutor Luís Maia possui autorização para a utilização dos instrumentos IACLIDE e SCL-90-R, assegurou-se a autorização para o presente estudo.

Dada a impossibilidade de contacto com os autores da versão Brasileira do PSQI, utilizou-se a versão disponível através da circulação livre, considerando que esta se encontra disponível para a comunidade científica.

Seguidamente, após reunidos os instrumentos necessários e construído o questionário sócio-demográfico, foi realizado um pré-teste com 10 sujeitos (5 do sexo masculino e 5 do sexo feminino), com o objectivo de identificar interpretações incorrectas ou questões ambíguas. Após a revisão e correcção das questões mais incompreensíveis, procedeu-se à distribuição dos questionários (ver Anexo 2).

O preenchimento dos questionários foi efectuado através da abordagem directa aos participantes, através da disponibilização do questionário em formato impresso. Assim, trata-se de uma amostra por conveniência, onde se utilizou a metodologia “porta a porta”, onde na entrega do questionário foi realizada uma breve abordagem aos objectivos e condições do estudo, garantindo de igual modo os pressupostos de anonimato e confidencialidade. Além disso, foram esclarecidas dúvidas quanto ao preenchimento do questionário e foi garantida a utilização dos dados exclusivamente para fins de investigação. Ainda foram discutidas as datas para a recolha dos questionários.

Deste modo, recolheram-se 376 questionários ao longo de seis meses, tendo sido eliminados 76 questionários devido ao incorrecto preenchimento ou falta de cumprimento dos critérios de inclusão.



# Capítulo 5 - Resultados

## Introdução

Para a análise estatística dos dados obtidos, utilizou-se a versão 20.0 do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

A análise dos dados procedeu-se de acordo com vários procedimentos, sendo o primeiro a verificação da possível existência de erros, isto é, verificar se existem dados que caíam fora do intervalo de valores possível para uma variável; bem como da detecção de valores em falta, procedendo-se à correcção dos mesmos.

Através da metodologia descritiva, foram analisados os dados relativos às variáveis independentes, como a análise das frequências, médias, desvio-padrão, entre outras.

Seguidamente, procedeu-se à análise dos pressupostos para a utilização dos testes paramétricos. Em primeiro lugar, tendo em consideração o Teorema do Limite Central, que postula que à medida que a dimensão da amostra aumenta, a distribuição da média amostral tende para a distribuição normal. Desta forma, pode-se assumir a normalidade da amostra. Em segundo lugar, procedeu-se à análise da homogeneidade das variâncias, isto é, verificar se as variâncias de cada grupo eram iguais entre si (Maroco, 2010). Sendo assim, quando estes dois pressupostos foram assegurados, os efeitos das variáveis independentes na variável dependente foram analisados através dos testes *t*-Student para Amostras Independentes e *One-Way* ANOVA. Todavia, quando os pressupostos não se asseguraram, utilizaram-se testes não paramétricos correspondentes aos referidos anteriormente: Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Com o objectivo de avaliar a distribuição das variáveis por categorias, foi utilizado o teste do Qui-Quadrado.

## 5.1- Fiabilidade dos Instrumentos

Com o intuito da avaliação da fiabilidade dos instrumentos utilizados, recorreu-se à medida do Coeficiente de Alpha ( $\alpha$  de Cronbach).

No que se refere ao PSQI, obteve-se o valor  $\alpha$  de Cronbach de 0,80 para as componentes que constituem esta escala. Desta forma, pode-se concluir que este valor revela uma boa consistência interna dos itens.

Quanto ao SCL-90-R, verificou-se uma boa consistência interna para todas as dimensões avaliadas. A Tabela 6 indica os Coeficientes de Alpha para todas as dimensões (ver Tabela 6).

Por último, o coeficiente de fiabilidade obtido para todos os itens do IACLIDE foi de 0,91, o que indica uma elevada consistência interna dos itens.

Tabela 6. Fiabilidade das dimensões do SCL-90-R

Dimensão	$\alpha$ de Cronbach
Somatização	0,86
Obsessão-Compulsão	0,87
Sensibilidade Interpessoal	0,89
Depressão	0,90
Ansiedade	0,86
Hostilidade	0,81
Ansiedade fóbica	0,82
Ideação Paranóide	0,76
Psicoticismo	0,88
Item Adicional	0,83

## 5.2- Análises estatísticas

Em primeiro lugar, iniciou-se pela análise de frequências referentes à qualidade de sono da população em estudo, tendo em consideração a pontuação global do PSQI. Desta forma, verifica-se que 148 (49,3%) dos participantes revelam boa qualidade do sono, com pontuações entre 0 e 4; 116 participantes (38,7%) apresentam má qualidade do sono, com pontuações entre 5 e 10; e com pontuações acima de 10 (presença de distúrbios do sono) encontram-se 36 participantes (12%). Sendo assim, verifica-se que a média das pontuações do PSQI é de 5,43 e que o desvio padrão é de 3,98.

Seguidamente, procedeu-se à análise comparativa entre os grupos. Quanto à comparação entre a qualidade do sono e o género, verifica-se que as mulheres apresentam média superior ( $M = 5,85$ ;  $DP = 3,94$ ) comparativamente aos homens ( $M = 4,97$ ;  $DP = 3,99$ ), sendo o sexo feminino aquele que apresenta pior qualidade do sono em relação ao sexo masculino. Através da análise do teste  $t$ -Student para amostras independentes, as diferenças observadas são estatisticamente significativas [ $t(298) = -1,94$ ;  $p = 0,05$ ] (ver Tabela 7).

Tabela 1. Análise comparativa dos valores médios ( $\pm DP$ ) da qualidade de sono em função do género

	Género		$p$ -value
	Feminino $M \pm DP$	Masculino $M \pm DP$	
Qualidade do Sono	5,85 $\pm$ 3,94	4,97 $\pm$ 3,99	0,05*

\* $p \leq 0,05$

No que concerne à comparação com a idade, recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney. De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que é o grupo dos Adultos Jovens que apresenta média mais elevada comparativamente ao grupo dos adultos (ver Tabela 8). Desta forma, observa-se que os participantes Adultos Jovens apresentam pontuações mais elevadas no PSQI, o que corresponde a uma pior qualidade do sono em relação aos participantes Adultos. Contudo, as diferenças assinaladas não são estatisticamente significativas ( $U = 10292,5$ ;  $W = 16734,5$ ;  $p = 0,71$ ).

Tabela 8. Análise comparativa dos valores médios da qualidade do sono em função das faixas etárias

	Faixas etárias		Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>
	Adultos Jovens Média	Adultos Média	
Qualidade do sono	151,95	148,09	0,71

Quanto à comparação de médias entre a qualidade do sono em função do estado civil, esta foi realizada através do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Através da análise dos resultados obtidos, verifica-se que o grupo dos participantes que se encontram Viúvos apresentam média superior em relação aos restantes grupos, o que indica maior pontuação global do PSQI, ou seja, pior qualidade de sono. Além disso, é de salientar que são os grupos dos participantes Solteiros e Divorciados que apresentam menor média (melhor qualidade do sono) em relação aos Casados e aos que vivem em União de facto (ver Tabela 9). Contudo, as diferenças assinaladas não são estatisticamente significativas [ $X^2_{KW} (4) = 8,125$ ;  $p = 0,09$ ].

Tabela 9. Análise comparativa dos valores médios da qualidade do sono em função do estado civil

	Estado Civil					Teste de Kruskal-Wallis <i>p-value</i>
	Solteiro Média	Casado Média	Divorciado Média	União de facto Média	Viúvo Média	
Qualidade do sono	141,19	160,10	112,74	156,67	173,33	0,09

A partir do teste *t*-Student para amostras independentes realizada para a análise comparativa entre a qualidade do sono e o local de residência, pode-se observar que os participantes que habitam em meio urbano ( $M = 5,63$ ;  $DP = 4,22$ ) apresentam média superior comparativamente aos que residem em meio rural ( $M = 5,25$ ;  $DP = 3,75$ ). Conforme o obtido,

verifica-se que apesar das diferenças, estas não são estatisticamente significativas [ $t(298) = -0,81$ ;  $p = 0,42$ ] (ver Tabela 10).

Tabela 10. Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função do local de residência

	Local de Residência		<i>p-value</i>
	Rural M $\pm$ DP	Urbano M $\pm$ DP	
Qualidade do Sono	5,25 $\pm$ 3,75	5,63 $\pm$ 4,22	0,42

No que diz respeito à análise entre a situação de emprego e a qualidade do sono, recorreu-se ao teste *t*-Student para amostras independentes. Os resultados indicam que é o grupo dos participantes que se encontram desempregados ( $M = 5,74$ ;  $DP = 4,18$ ) que obtêm média superior comparativamente aos que se encontram empregados ( $M = 5,37$ ;  $DP = 3,95$ ), o que indica que é o grupo dos desempregados que apresentam pior qualidade do sono. Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas [ $t(298) = 0,63$ ;  $p = 0,53$ ] (ver Tabela 11).

Tabela 11. Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função da situação de emprego

	Emprego		<i>p-value</i>
	Desempregado M $\pm$ DP	Empregado M $\pm$ DP	
Qualidade do Sono	5,74 $\pm$ 4,18	5,37 $\pm$ 3,95	0,53

No que concerne à análise comparativa entre as habilitações literárias e a qualidade do sono, recorreu-se ao teste *One-Way ANOVA*, onde se verifica que são os participantes que não possuem grau de ensino que apresentam média superior ( $M = 10,0$ ;  $DP = 3,44$ ) em relação aos restantes grupos, o que indica uma pior qualidade do sono. Por outro lado os participantes que possuem o ensino secundário ( $M = 4,97$ ;  $DP = 3,78$ ) apresentam pontuações mais baixas no PSQI comparativamente aos outros grupos ao se verificar uma menor média (ver Tabela 12). Estas diferenças não são, contudo, estatisticamente significativas [ $F(111,701;4631,961)=2,38$ ;  $p=0,07$ ].



Tabela 12. Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função das habilitações literárias

	Habilitações literárias				<i>p-value</i>
	Sem grau de ensino	Ensino básico	Ensino Secundário	Ensino Superior	
	M $\pm$ DP	M $\pm$ DP	M $\pm$ DP	M $\pm$ DP	
Qualidade do Sono	10,0 $\pm$ 3,46	5,65 $\pm$ 4,05	4,97 $\pm$ 3,78	5,49 $\pm$ 4,07	0,07

Para a análise das diferenças no estatuto socioeconómico do agregado familiar, partiu-se da análise do teste não paramétrico Kruskal-Wallis. Como tal, para uma melhor comparação, foram criados três grupos em função do rendimento mensal do agregado familiar. O primeiro grupo de participantes refere-se aos que apresentam baixo estatuto socioeconómico, com rendimento mensal inferior a 500 euros. O segundo grupo corresponde ao estatuto socioeconómico médio, com rendimento mensal entre os 500 e os 2000 euros. Por fim, no terceiro grupo pertencem os participantes com estatuto socioeconómico médio-elevado, com rendimento mensal superior aos 2000 euros. Os resultados obtidos indicam que o grupo dos participantes com baixo estatuto socioeconómico que apresentam maiores pontuações no PSQI, ou seja, pior qualidade do sono em comparação aos restantes grupos, dado ser o grupo que indica uma média mais elevada (ver Tabela 13). Estas diferenças de valores apresentam significância estatística [ $\chi^2_{KW} (2) = 10,546$ ;  $p = 0,01$ ].

Tabela 13. Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função do estatuto socioeconómico

	Estatuto Socioeconómico			Teste de Kruskal-Wallis <i>p-value</i>
	Baixo Média	Médio Média	Médio-Elevado Média	
	Qualidade do sono	185,34	142,48	

\* $p < 0,05$

A comparação entre os os hábitos tabágicos e a qualidade do sono foi concretizada através do teste *t*-Student para amostras independentes, onde se verifica que os participantes que fumam ( $M = 5,74$ ;  $DP = 4,19$ ) apresentam média superior comparados aos participantes que afirmam não fumarem ( $M = 5,35$ ;  $DP = 3,93$ ) (ver Tabela 14). Todavia, os resultados indicam que as diferenças dos valores médios não são estatisticamente significativos [ $t(298) = -0,71$ ;  $p = 0,48$ ].

Tabela 14. Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função dos hábitos tabágicos

	Hábitos Tabágicos		<i>p-value</i>
	Não fumam M $\pm$ DP	Fumam M $\pm$ DP	
Qualidade do Sono	5,35 $\pm$ 3,93	5,74 $\pm$ 4,19	0,48

Tendo em conta a análise estatística entre o consumo de álcool e a qualidade do sono, verifica-se, através do teste *t*-Student para amostras independentes, que os participantes que afirmam que consomem bebidas alcoólicas (M= 5,08; DP = 3,85) apresentam média mais baixa em relação aos que afirmam que não consomem bebidas alcoólicas (M = 5,83; DP = 4,11) (ver Tabela 15), o que indica que são aqueles que consomem bebidas alcoólicas que apresentam melhor qualidade do sono. As diferenças entre os valores médios não são, contudo, estatisticamente significativos [ $t(298) = 1,64$ ;  $p = 0,10$ ].

Tabela 15. Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função do Consumo de álcool

	Consumo de álcool		<i>p-value</i>
	Não bebem M $\pm$ DP	Bebem M $\pm$ DP	
Qualidade do Sono	5,83 $\pm$ 4,11	5,08 $\pm$ 3,85	0,10

A análise da comparação entre prática de actividade física e a qualidade do sono foi realizada a partir do teste não paramétrico de Mann-Whitney, onde se pode verificar que são os participantes que não praticam actividade física que apresentam médias superiores, o que indica que este grupo apresenta pior qualidade do sono comparativamente aos participantes que praticam actividade física (ver Tabela 16). Apesar das diferenças dos valores médios, não se encontram diferenças estatisticamente significativas ( $U = 6712,5$ ;  $W = 33973,5$ ;  $p = 0,08$ ).

Tabela 16. Análise comparativa dos valores médios da qualidade do sono em função prática de actividade física

	Actividade física		Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>
	Não praticam Média	Praticam Média	
Qualidade do sono	166,81	145,81	0,08

Quanto à análise comparativa entre a presença e a ausência de doenças, esta foi analisada através do teste *t*-Student para amostras independentes. Para esta análise, verificou-se que os participantes que possuem alguma doença (M = 7,04; DP = 4,22)

apresentam médias mais elevadas, isto é, pior qualidade de sono, comparativamente aos participantes que não possuem doenças ( $M = 4,91$ ;  $DP = 3,77$ ), sendo estas diferenças estatisticamente significativas [ $t(298) = -4,10$ ;  $p = 0,00$ ] (ver Tabela 17).

Tabela 17. Análise comparativa dos valores médios ( $\pm DP$ ) da qualidade do sono em função da presença ou ausência de doenças

	Doença		<i>p-value</i>
	Ausência M $\pm$ DP	Presença M $\pm$ DP	
Qualidade do Sono	4,91 $\pm$ 3,77	7,04 $\pm$ 4,22	0,00*

\* $p < 0.05$

Todavia, não se encontram diferenças estatisticamente significativas [ $t(298) = -1,38$ ;  $p = 0,17$ ] aquando da análise da presença ou ausência de doenças nos membros familiares dos participantes, apesar dos participantes que possuem familiares doentes ( $M = 5,85$ ;  $DP = 4,32$ ) obterem maior média em relação aos que não possuem familiares doentes ( $M = 5,19$ ;  $DP = 3,77$ ) (ver Tabela 18).

Tabela 18. Análise comparativa dos valores médios ( $\pm DP$ ) da qualidade do sono em função da presença ou ausência de doenças na família

	Doença na família		<i>p-value</i>
	Ausência M $\pm$ DP	Presença M $\pm$ DP	
Qualidade do Sono	5,19 $\pm$ 3,77	5,85 $\pm$ 4,32	0,17

Para observar as diferenças entre a qualidade do sono e o excesso de peso, foram criados dois grupos em função do Índice de Massa Corporal (IMC) calculado previamente. Assim, o primeiro grupo corresponde aos participantes que não apresentam excesso de peso, com o IMC entre os 16,56 (mínimo observado na amostra) e os 29,9; e o segundo grupo diz respeito aos participantes que apresentam excesso de peso, com o IMC entre os 30 e os 40,22 (máximo observado na amostra). A partir do teste t-Student para amostras independentes, verifica-se que os sujeitos que possuem excesso de peso ( $M = 7,73$ ;  $DP = 4,42$ ) apresentam pior qualidade de sono em relação aos que não possuem excesso de peso ( $M = 5,15$ ;  $DP = 3,84$ ), onde as diferenças apontadas são estatisticamente significativas [ $t(298) = -0,58$ ;  $p = 0,00$ ] (ver Tabela 19).

Tabela 19. Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) da qualidade do sono em função da presença ou ausência de excesso de peso

	Excesso de Peso		<i>p-value</i>
	Ausência M $\pm$ DP	Presença M $\pm$ DP	
Qualidade do Sono	5,15 $\pm$ 3,84	7,73 $\pm$ 4,42	0,00*

\* $p < 0.05$

Tendo em consideração a pontuação do Índice Global de Severidade (GSI) através do SCL-90-R, verifica-se que 220 participantes (73,3%) apresentam pontuações inferiores a 60, o que significa ausência de sintomas psicopatológicos, enquanto 80 participantes (26,7%) apresentam pontuações superiores a 60, o que indica presença de sintomas psicopatológicos.

No que concerne à comparação entre a qualidade do sono e os sintomas psicopatológicos, optou-se para divisão GSI (SCL-90-R) e das suas dimensões em dois grupos diferentes. Desta forma, o primeiro grupo diz respeito à ausência de sintomas psicopatológicos, com pontuações entre 34 a 59; enquanto o segundo corresponde à presença de sintomas psicopatológicos, com pontuações entre 60 a 75. Assim, a análise comparativa entre o GSI (SCL-90-R) e a qualidade do sono foi concretizada através do teste não paramétrico Mann-Whitney. Os resultados obtidos indicam que os participantes que apresentam sintomas psicopatológicos manifestam médias mais elevadas, revelando pior qualidade do sono em relação aqueles que não apresentam sintomas psicopatológicos (ver Tabela 20). As diferenças assinaladas são estatisticamente significativas ( $U = 3269$ ;  $W = 27579$ ;  $p = 0,00$ ).

Tabela 20. Análise comparativa dos valores médios da qualidade do sono em função do GSI

	GSI		Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>
	Presença Média	Ausência Média	
Qualidade do sono	125,36	219,64	0,00*

\* $p < 0,05$

Tendo em consideração as diferenças significativas dos sintomas psicopatológicos (variável GSI com as categorias presença ou ausência de sintomas psicopatológicos) ao nível da qualidade do sono, decidiu-se realizar o teste do Qui-Quadrado, com o intuito de avaliar a distribuição do GSI (SCL-90-R) em participantes com boa qualidade do sono, má qualidade do sono e distúrbios do sono. Ao observar os resultados obtidos, pode-se verificar que os participantes que apresentam má qualidade do sono e perturbações do sono, manifestam

igualmente indicadores de sintomas psicopatológicos mais graves. Mediante o obtido, verifica-se também que os participantes com boa qualidade do sono apresentam indicadores de sintomas psicopatológicos mais baixos (ver Tabela 21), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ( $X^2 = 76,01$ ;  $p = 0,00$ ).

Tabela 21. Análise da distribuição pelas categorias qualidade do sono e GSI

		Qualidade do Sono (PSQI)			Total Frequência (%)
		Boa qualidade do sono Frequência (%)	Má qualidade do sono Frequência (%)	Perturbação do sono Frequência (%)	
GSI	Ausência de sintomas psicopatológicos	141 (47,0%)	65 (21,7%)	14 (4,7%)	220 (73,3%)
	Presença de sintomas psicopatológicos	7 (2,3%)	51 (17,0%)	22 (7,3%)	80 (26,7%)
	Total	148 (49,3%)	116 (38,7%)	36 (12,0%)	300 (100%)
	(%)				

A análise comparativa entre as sete componentes incluídas no PSQI e o GSI (SCL-90-R) foi concretizada através de testes não paramétricos de Mann-Whitney. Mediante o obtido, verifica-se que os participantes com indicadores de sintomas mais elevados indicam maiores valores médios para todas as componentes, sendo estas diferenças estatisticamente significativas (ver Tabela 22).

Tabela 22. Análise comparativa entre os valores médios das componentes do PSQI em função do GSI

	Presença Média	Ausência Média	U	W	Teste de Mann- Whitney <i>p-value</i>
Qualidade Subjectiva do sono (C1)	195,86	134,00	5171,00	29481,00	0,00*
Latência do sono (C2)	203,03	131,00	4597,50	28907,50	0,00*
Duração do sono (C3)	180,24	139,68	6420,50	30730,50	0,00*
Eficiência habitual do sono (C4)	177,45	140,70	6644,00	30954,00	0,00*
Alterações do sono (C5)	198,29	133,12	4976,50	29286,50	0,00*
Uso de medicações para o sono (C6)	186,41	137,44	5927,50	30237,50	0,00*
Disfunção diurna (C7)	207,55	129,75	4236,00	28546,00	0,00*

\* $p < 0,05$

Para analisar os efeitos da qualidade do sono nas várias dimensões sintomáticas avaliadas no SCL-90-R, optou-se pela análise comparativa através do teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para facilitar a análise estatística, realizou-se a divisão em dois grupos, tendo em conta as pontuações obtidas em cada dimensão. Desta forma, o primeiro grupo é constituído pelos participantes que não apresentam sintomas psicopatológicos, com pontuações entre os 34 e 59; e o segundo grupo refere-se aos participantes com sintomas psicopatológicos, com pontuações entre os 60 e os 75.

Os resultados apresentados na Tabela 23 indicam que os participantes que apresentam pior qualidade do sono (maiores pontuações globais no PSQI) manifestam igualmente médias mais elevadas para todas as dimensões sintomáticas (ver Tabela 22). Mediante o nível de significância, verifica-se que para todas as dimensões as diferenças são estatisticamente significativas.

Tabela 23. Análise comparativa dos valores médios da qualidade do sono em função das dimensões do SCL-90-R

	Presença Média	Ausência Média	U	W	Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>	
Dimensões do SCL-90-R e Qualidade do Sono	Somatização	200,73	128,28	4946,50	26682,50	0,00*
	Obsessão-Compulsão	204,43	129,53	4541,50	27977,50	0,00*
	Sensibilidade Interpessoal	201,98	133,98	4576,50	30001,50	0,00*
	Depressão	223,55	132,99	2781,00	32184,00	0,00*
	Ansiedade	218,01	131,09	3282,00	30543,00	0,00*
	Hostilidade	194,65	140,37	4359,50	34249,50	0,00*
	Ansiedade fóbica	198,33	140,00	4059,00	34440,00	0,00*
	Ideação Paranóide	200,83	128,93	4920,00	27075,00	0,00*
	Psicoticismo	201,11	129,49	4874,00	27452,00	0,00*

\* $p < 0,05$

De seguida, foram realizadas análises de frequências tendo em consideração a pontuação global do IACLIDE. Assim, observa-se que 248 participantes (82,7%) não apresentam depressão, com pontuações entre 0 a 20; 50 participantes (16,7%) apresentam depressão leve e moderada, com pontuações entre 21 e 45; e 2 participantes (0,7%) apresentam depressão grave, com pontuações superiores a 46.

Relativamente à comparação entre a qualidade do sono e a depressão, optou-se pela divisão da pontuação total do IACLIDE em dois grupos distintos: o primeiro grupo refere-se aos participantes que não apresentam depressão, com pontuações no IACLIDE entre 0 e 20; enquanto o segundo grupo indica os participantes que apresentam depressão leve a grave, com pontuações no IACLIDE entre 21 e 58. Assim, esta análise foi possível através do teste não paramétrico de Mann-Whitney, onde se verifica que os participantes que apresentam depressão obtêm médias superiores em relação aos participantes que não apresentam sintomas depressivos (ver Tabela 24). Desta forma, os participantes com sintomatologia depressiva apresentam pior qualidade do sono ao serem comparados aos participantes sem sintomatologia depressiva. De igual modo, verifica-se que estas diferenças estatisticamente significativas ( $U = 1768,5$ ;  $W = 32644,5$ ;  $p = 0,00$ ).

Tabela 24. Análise comparativa dos valores médios da qualidade do sono em função prática da presença ou ausência de depressão

	Depressão		Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>
	Presença Média	Ausência Média	
Qualidade do sono	238,13	131,63	0,00*

\* $p < 0,05$

Considerando as diferenças significativas dos indicadores de depressão (variável IACLIDE com as categorias ausência de depressão ou presença de depressão leve a grave) ao nível da qualidade do sono, resolveu-se por realizar o teste do Qui-Quadrado. Tendo em consideração as pontuações globais do PSQI, foram criadas três categorias em conformidade com os pontos de corte estabelecidos por Buysse e colaboradores (1989). Desta forma, este teste tem como principal objectivo a avaliação da distribuição do IACLIDE em participantes com boa qualidade do sono (pontuações entre 0 a 4), má qualidade do sono (pontuações entre 5 a 10) e distúrbios do sono (pontuações superiores a 10). A partir dos resultados obtidos, e tendo em conta a amostra de 300 participantes, pode-se verificar que os participantes que apresentam má qualidade de sono e perturbações do sono, apresentam indicadores de depressão mais elevados (depressão leve ou moderada e grave). Por outro lado, os participantes que apresentam boa qualidade do sono apresentam indicadores de depressão mais baixos (ausência de depressão) (ver Tabela 25), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ( $X^2 = 96,59$ ;  $p = 0,00$ ).

Tabela 25. Análise da distribuição pelas categorias qualidade do sono e IACLIDE

		Qualidade do Sono (PSQI)			Total Frequência (%)
		Boa qualidade do sono Frequência (%)	Má qualidade do sono Frequência (%)	Perturbação do sono Frequência (%)	
IACLIDE	Ausência de depressão	144 (48,0%)	93 (31,0%)	11 (3,7%)	248 (82,7%)
	Depressão leve e moderada	4 (1,3%)	23 (7,7%)	23 (7,7%)	50 (16,7%)
	Depressão grave	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,7%)	2 (0,7%)
	Total	148 (49,3%)	116 (38,7)	36 (12,0%)	300 (100%)

De igual modo, foram realizados testes não paramétricos de Mann-Whitney para a análise comparativa entre as sete componentes incluídas no PSQI e a presença ou ausência de depressão. Conforme os resultados obtidos, verifica-se que os participantes que apresentam esta sintomatologia indicam valores médios mais elevados em todas as componentes, sendo estas diferenças estatisticamente significativas (ver Tabela 26).

Tabela 26. Análise comparativa entre os valores médios das componentes do PSQI em função da presença ou ausência de depressão

	Presença Média	Ausência Média	U	W	Teste de Mann- Whitney <i>p-value</i>
Qualidade Subjectiva do sono (C1)	221,46	134,99	2602,00	33478,00	0,00*
Latência do sono (C2)	220,38	135,21	2656,00	33532,00	0,00*
Duração do sono (C3)	194,16	140,50	3967,00	34843,00	0,00*
Eficiência habitual do sono (C4)	191,28	141,08	4111,00	34987,00	0,00*
Alterações do sono (C5)	202,98	138,72	3526,00	34402,00	0,00*
Uso de medicações para o sono (C6)	191,92	140,95	4097,00	34955,00	0,00*
Disfunção diurna (C7)	216,62	135,97	2844,00	33720,00	0,00*

\* $p < 0,05$



# Capítulo 6 - Discussão

## Introdução

Este capítulo tem como principal intuito a realização de uma reflexão dos resultados obtidos no presente trabalho. Desta forma, verifica-se que algumas análises realizadas encontram-se em conformidade com a literatura existente, enquanto outras análises pode-se verificar o oposto. Desta forma, torna-se necessária a confrontação dos mesmos resultados com o estado de arte para uma melhor compreensão das conclusões apuradas.

Partindo dos objectivos propostos e dos resultados apresentados, conclui-se que existem diferentes padrões da qualidade do sono, em função da saúde física, da saúde mental, dos estilos de vida e das variáveis sociodemográficas.

## 6.1- Análise e discussão dos resultados

Perante o primeiro objectivo, que procura avaliar a qualidade de sono da população activa, observa-se, a partir de uma análise descritiva, que a amostra obteve uma pontuação média superior a 5 (5,43), o que revela má qualidade do sono. De igual modo, verifica-se que 38,7% dos participantes apresentam má qualidade do sono e 12 % apresentam distúrbios do sono, contrariamente aos 49,3% dos participantes que mostram boa qualidade do sono. Desta forma, infere-se que cerca de metade da amostra recolhida apresentam problemas associados ao sono. Estes resultados assemelham-se aos resultados encontrados na literatura, onde aproximadamente 30% da população adulta portuguesa apresentam problemas associados ao sono (Paiva, 2008); e 48% dos indivíduos apresentam má qualidade do sono e perturbações do sono (Trindade-Filho et al., 2010).

A alta prevalência para os problemas associados ao sono encontrados no presente estudo pode ser explicado a partir da redução do sono para o mínimo número de horas possível, o que conduz à privação do sono associada às exigências da vida (Ferrara & Gennaro, 2001; Rente & Pimentel, 2004). De acordo com Paiva (2008), a manutenção da privação do sono causa alterações fisiológicas e comportamentais características da má qualidade do sono e das perturbações do sono.

Seguidamente, serão discutidos os resultados obtidos quanto às variáveis sociodemográficas. O segundo objectivo estabelecido procura a identificação de diferenças de género quanto à qualidade de sono. No presente estudo, pode-se verificar que o sexo feminino apresenta pior qualidade de sono comparativamente ao sexo masculino, com diferenças estatisticamente significativas. De igual modo, estes resultados encontram-se suportados pela literatura, onde alguns estudos indicam uma maior prevalência de problemas do sono para o sexo feminino (Aldrich, 1999; Ford & Cooper-Patrick, 2001; Paiva, 2008; Sadeh et al., 2000).

A pior qualidade do sono no sexo feminino pode ser explicada através de alguns factores inerentes ao ciclo de vida da mulher adulta. A título de exemplo encontra-se a gravidez (Kuo, Lai, Lee, & Tsai, 2011) e a menopausa (Pien, Sammel, Freeman, Lin, & DeBlasis, 2008). Para além de factores fisiológicos que afectam negativamente a qualidade do sono, encontram-se as responsabilidades familiares e do trabalho (Burgard, Ailshire, & Hughes, 2010), que a mulher enfrenta no seu quotidiano.

Tendo em consideração a variável sociodemográfica idade, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias estabelecidas, apesar de os adultos jovens apresentarem média superior relativamente ao grupo dos adultos. Sendo assim, parece que estes resultados indicam que a qualidade do sono não varia com a idade. De igual modo, os resultados obtidos apresentam-se em conformidade com os registados por Patel e Colaboradores (2006), que referem não existir associação entre o sono e a idade. Todavia, outros estudos são contraditórios aos resultados referidos. Ohayon e colaboradores (2004) apresentam estudos polissonográficos em adultos, onde afirmam que, com o aumento da idade, existe uma diminuição da duração do sono, da sua eficiência, da percentagem de sono REM e da latência do sono REM. Paralelamente, com o avanço da idade, existe um aumento da latência do sono e de despertares nocturnos (Ohayon et al., 2004).

Os resultados obtidos podem ser explicados através da vida agitada que os adultos jovens apresentam, principalmente porque se encontram no início da suas carreiras profissionais, que poderá influenciar na privação do sono e, conseqüentemente, para uma má qualidade do sono. Poderá acrescentar-se como factor que prejudica o sono o estado económico agravado do país, onde os mais influenciados são os mais novos, o que pode levar a constantes preocupações em relação ao futuro. Apesar dos resultados obtidos pressuporem que não existe variação da qualidade do sono com a idade, é de referir a elevada heterogeneidade dos grupos de comparação, onde existe uma maior distribuição percentual no grupo de adultos jovens.

No que concerne ao estado civil, os resultados apontam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, é importante referir que o grupo dos Viúvos apresenta pior qualidade do sono em relação aos restantes. Neste sentido, Patel e colaboradores (2010) apresentam que estar viúvo pode-se associar ao sono pobre. Perante estes resultados, e para tentar compreender este facto, podemos-nos remeter para os sentimentos e manifestações corporais do enlutado que surgem diante da perda de alguém significativo, como a dor, tristeza, choro fácil e apatia. Além disso, o estado vigil é aumentado aquando da viuvez (Eizirik, Michels, & Gazal, 1998; Lira, 2005; Parkes, 1998), sendo comum o aparecimento de dificuldades com o sono (Parkes, 1998).

Para além disso é de ressaltar que os grupos dos Solteiros e Divorciados (grupos em que, normalmente, dormem sozinhos) apresentam melhor qualidade do sono comparativamente aos Casados e aos que vivem em União de facto, grupos em que, normalmente, dormem acompanhados. Sendo assim, estes resultados encontram-se em conformidade com a literatura existente, que refere que os sujeitos com companheiro

apresentam menor duração do sono relativamente aos que vivem sozinhos (Patel et al., 2006), facto que pode influenciar na qualidade do sono. Desta forma, estes resultados podem ser explicados pelo facto de as pessoas que dormem sozinhas apresentarem melhor flexibilidade no sono, pela menor probabilidade de partilhar a cama com outra pessoa (Umberson, 1987).

No que respeita à qualidade do sono em função do local de residência, os resultados obtidos não indicam diferenças quanto à qualidade do sono no que concerne aos habitantes em meio rural e urbano, apesar dos residentes em meio urbano apresentarem maior média. Desta forma, pressupõe-se que o local de residência não possui influência na qualidade do sono. Contudo, devido à diferença de médias e à literatura existente, onde os habitantes em meios rurais apresentam maior quantidade do sono (Ursin et al., 2005), será importante referir que viver em meios rurais está associado a maiores probabilidades de trabalho ao ar livre e, conseqüentemente, a maior actividade física (Horne, 1981) e a maior exposição à luz solar, factores que propiciam a uma melhor regulação do sono (Ursin et al., 2005).

Quanto à situação de emprego, os resultados não indicam diferenças estatisticamente significativas na qualidade do sono entre os participantes que possuem emprego e os que se encontram desempregados, apesar do grupo dos desempregados apresentar média superior. Assim, pressupõe-se que a situação de emprego não possui interferência na qualidade do sono. Contudo, estudos indicam que os desempregados apresentam maior duração do sono, devido ao maior tempo disponível para dormir (Patel et al., 2006).

Relacionada com a situação de emprego, encontra-se a variável Estatuto socioeconómico, onde os resultados obtidos indicam que os participantes com estatuto socioeconómico baixo apresentam pior qualidade do sono comparativamente aos restantes grupos, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Sendo assim, estes resultados parecem encontrar-se em conformidade com Meziak e colaboradores (2008), que apontam que o baixo estatuto socioeconómico se encontra associado a factores ambientais externos adversos e com efeitos negativos, que podem contribuir para a pobre qualidade do sono.

Relativamente às habilitações literárias, os resultados apontam não existir diferenças estatisticamente significativas quanto ao grau de ensino e a qualidade do sono. Deste modo, pode-se sugerir que o grau de ensino não possui influência na qualidade do sono. Contudo, as diferenças de médias indicam que os participantes com grau de ensino mais baixo (Sem grau de ensino e Ensino básico) apresentam sono mais pobre em relação aos restantes grupos. De acordo com a literatura, Stamatakis e colaboradores (2007) referem que os sujeitos que apresentam níveis educacionais mais baixos apresentam, de igual modo, menor duração do sono, que prejudica a qualidade do sono. Neste sentido, Mezick e colaboradores (2008) apontam que o baixo nível educacional está associado à pobre qualidade do sono.

Sendo assim, e pressupondo que apresentar um baixo grau de ensino está associado a baixo estatuto socioeconómico e à situação de emprego, pode-se inferir que existem vários factores adversos e prejudiciais para a qualidade do sono, como as preocupações excessiva com as despesas diárias e pelo estado económico actual do país.

De seguida, serão analisados os resultados obtidos da qualidade do sono e do efeito das variáveis relacionadas com o padrão de estilos de vida: hábitos tabágicos, consumo de álcool e prática de actividade física.

Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade do sono e os hábitos tabágicos, apesar da média dos fumadores ser superior à dos não fumadores. Todavia, estes resultados podem ser explicados pela heterogeneidade dos grupos, onde existe uma distribuição percentual discrepante. Deste modo, os resultados encontram-se em conformidade com o estudo de Conway e colaboradores (2008), que não encontram diferenças estatisticamente significativas para esta associação. No entanto, será importante reflectir as diferenças de médias apontadas, devido ao elevado número de estudos que indicam uma associação entre diversas componentes do sono e o consumo de tabaco. Como exemplo, pode-se indicar a dificuldade em adormecer (Patten et al., & Pierce, 2000; Phillips & Danner, 1995; Wetter & Young, 1994), os despertares nocturnos frequentes (Delasnerie-Laupetre et al., 1993), a menor eficiência habitual do sono (Phillips & Danner, 1995; Zhang et al., 2006), a maior latência e a menor duração do sono (Zhang et al., 2006).

De acordo com a literatura, esta influência do tabaco no sono pode-se dever aos efeitos da nicotina na regulação do ciclo sono-vigília (Maihalescu et al., 2001), à fragmentação do sono associada à abstinência de nicotina durante a noite (Wetter et al., 1995) e às condições clínicas provocadas por este consumo que podem influenciar a continuidade do sono e, conseqüentemente, ter um impacto negativo na estrutura do mesmo (Lewis, 2001).

De igual forma, os resultados não indicam diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade do sono e o consumo de álcool, o que pode pressupor que o consumo de álcool não influencia a qualidade do sono. Todavia é importante referir que, contrariamente ao referido na literatura, as diferenças de médias indicam que os consumidores de álcool apresentam melhor qualidade do sono relativamente aos que não consomem. Segundo alguns autores, o consumo de álcool está associado a uma melhor indução do sono (Mittler et al., 1988; Vitiello, 1997) e a uma maior duração do sono (Patel et al., 2006), factores que pode conduzir a uma percepção subjectiva de melhor qualidade do sono.

No que concerne à análise comparativa entre a prática de actividade física e a qualidade do sono, os resultados não apontam diferenças estatisticamente significativas, o que sugere que a prática de actividade física não influencia a qualidade do sono, apesar da diferença de médias indicarem que os que não praticam apresentam pior qualidade do sono em relação aos que praticam. É ainda importante considerar a influência da heterogeneidade dos grupos nos resultados obtidos, onde se verifica uma distribuição percentual divergente entre os que praticam actividade física (77,7%) e os que não praticam (22,3%).

Desta forma, e considerando a importância da influência da actividade física no sono indicada na literatura, é essencial considerar os efeitos benéficos da prática de actividade física na regulação do sono.

O exercício físico promove o aumento da temperatura corporal (Boulant, 2000; Driver & Taylor, 2000) que facilita o início do sono (Driver & Taylor, 2000; O'Connor & Youngstedt, 1995) e promove a produção de melatonina, que favorece a termorregulação e, conseqüentemente, proporciona uma melhor qualidade do sono (McLellan, et al., 1999; McLellan, et al., 2000). Além disso, o gasto energético durante a actividade física aumenta a necessidade de sono para restabelecer essa perda (Driver & Taylor, 2000).

Uma outra dimensão estudada no presente trabalho prende-se com a análise entre a saúde física e a qualidade de sono, avaliada através da presença ou ausência de doenças físicas, tanto para o portador como para a família, bem como pela presença ou ausência de excesso de peso.

Considerando a doença física no portador, os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas entre a presença de doença física e a qualidade de sono, ao sugerir que a pior qualidade do sono está associada à presença de tais doenças. A literatura citada neste trabalho corrobora os resultados obtidos, onde o sono pobre e insuficiente está associado à presença de condições médicas, como a diabetes, devido à diminuição da tolerância à glucose (Spiegel et al., 2005; Yaggi et al., 2006), e a hipertensão arterial (Lusardi et al., 1999). Paralelamente, a presença de doença crónica pode influenciar de forma negativa na qualidade do sono (Hyppa & Kronholm, 1989).

Apesar da dificuldade em estabelecer uma relação entre o sono e a saúde, devido à presença de diversos factores (Kripke et al., 2002; Tamakoshi & Ohno, 2004), o efeito do sono na saúde pode ser explicado através de perturbações no ritmo circadiano e da diminuição do metabolismo da glucose (Redwine et al., 2000). Além disso, e devido à causalidade bidireccionada (Kripke et al., 2002; Tamakoshi & Ohno, 2004), a prevalência para as dificuldades para o sono em doentes pode ser incrementada devido a vários factores inerentes à doença, como os factores psicológicos e sociais.

Contudo, se para a presença de doença no próprio as diferenças são significativas, o mesmo não acontece para a presença de doença em algum membro familiar, apesar de se poder verificar uma média superior para aqueles que apresentam um familiar doente. Tais diferenças de média podem ser explicadas a partir do processo de adaptação, onde a vivência de doença torna-se uma situação provocadora de *stress*, não só para o portador, mas também para a família (Dias, Manuel, Xavier, & Costa, 2002; Pereira & Lopes, 2002). Este processo de adaptação, específico e dinâmico, tem como principal objectivo o de reduzir o efeito nefasto provocado pela situação de ameaça, para manter ou restaurar o bem-estar e a qualidade de vida (Lazarus & Folkman, 1986). Desta forma, a crise familiar é desencadeada por vários factores que causam *stress*, tanto a nível emocional, ao lidarem com os tratamentos, por exemplo; como associado à necessidade de responsabilidade pelos cuidados físicos ao doente. Tais factores podem conduzir a implicações na rotina diária, quer familiar quer profissional (Yates, 1999), onde se pode incluir implicações e alterações nos padrões de sono.

Inerente à doença física, encontra-se especificado neste trabalho o excesso de peso, devido a ser considerado um problema de saúde pública, daí o seu interesse neste estudo.

Neste sentido, os resultados obtidos indicam uma diferença estatisticamente significativa entre a qualidade do sono e o peso, onde a presença de excesso de peso tem influência na qualidade do sono, piorando-a. Estes resultados encontram-se conformes à literatura existente, onde a pobre qualidade do sono está relacionada com IMC elevado (Cizza et al., 2005; Hasler et al., 2004) e com o aumento de peso (Patel e Hu, 2008).

A relação entre estas variáveis deve-se a mecanismos relacionados com a redução da produção da leptina aquando da pobre qualidade do sono, hormona responsável pela redução do apetite (Paiva, 2008; Patel & Hu, 2008; Taheri et al., 2004). Como consequência, aumenta a predisposição para o consumo de alimentos calóricos, com altos teores de gordura e ricos em hidratos de carbono, alimentos que contribuem significativamente para o aumento de peso (Patel & Hu, 2008). Além deste aspecto, a absorção de alimentos e o aumento de apetite são favorecidos pela produção de grelina aquando da privação do sono (Paiva, 2008; Taheri et al., 2004).

Em último lugar, proceder-se-á à análise e discussão dos resultados obtidos numa outra dimensão estudada: a saúde mental. Essencial à prática clínica e dado que os problemas associados ao sono estão incluídos nos critérios de diagnóstico de várias perturbações mentais (American Psychiatric Association, 2002), foi dada uma particular relevância a esta temática. Para tal, foram utilizados os questionários SCL-90-R, relativo à variável Saúde Mental; e o IACLIDE, que diz respeito à variável depressão. Este último foi utilizado com o intuito de especificar a depressão, dado ser uma perturbação muito comum na população adulta (Coutinho et al., 1999; Goldberg & Huxley, 1992).

Tendo em consideração a análise de frequências, pode-se verificar que 80 participantes (26,7%) apresentam indicadores de psicopatologia elevados, o que indica a presença de sintomas psicopatológicos. Esta análise encontra-se em conformidade com os estudos realizados em Portugal, onde os dados fornecidos pelo 4º Inquérito Nacional de Saúde em 2005/2006 indicam que 27,6% da população se encontra em risco de sofrer uma perturbação mental (Eurotrials, 2009). Adicionalmente, estudos europeus indicam que a prevalência para as perturbações mentais em Portugal é superior a 20% (EU-WMH, s.d.), sendo as perturbações mais frequentes a depressão e as perturbações da ansiedade (Coutinho et al., 1999; Golberg & Huxley, 1992; Kessler et al., 2005).

No que respeita à análise entre a qualidade do sono e o GSI (SCL-90-R), os resultados obtidos revelam-se estatisticamente significativos, onde a psicopatologia possui influência na qualidade do sono. Desta forma, a presença de sintomas psicopatológicos se encontra associada à má qualidade do sono. Além disso, mediante o obtido, verifica-se que a presença de sintomas psicopatológicos manifestam-se com mais frequência aquando da presença de má qualidade do sono e de perturbações do sono; e que os participantes com boa qualidade do sono manifestam indicadores de sintomas psicopatológicos mais baixos.

Assim, os resultados obtidos encontram-se em conformidade com a literatura consultada, onde os estudos epidemiológicos e clínicos têm demonstrado uma relação entre o sono e as perturbações mentais (Ford & Kamerow, 1989). A presença de perturbações do sono

está associada ao aumento da prevalência para as perturbações depressivas, ansiosas e uso de substâncias (Breslau et al., 1996). Além disso, as alterações do sono são comuns aquando da presença de perturbações mentais (Benca et al., 1992), onde existe uma elevada prevalência para sofrer de insónia ou hipersónia (Ford & Kamerow, 1989).

No que concerne a queixas específicas, verificou-se que os participantes com presença de sintomas psicopatológicos apresentam médias mais elevadas para todas as componentes que compõem o PSQI. Desta forma, os resultados apontam que a presença de perturbações mentais se encontra associada a uma menor qualidade subjectiva do sono, onde se sugere que a presença de perturbação mental influencia a percepção que os participantes têm sobre o seu próprio sono. De igual modo, quanto à latência e à duração do sono, os resultados sugerem que a presença de sintomas psicopatológicos está associada à maior latência do sono e a uma menor duração do sono. Associada a estas componentes do sono, encontra-se a eficiência habitual do sono, onde a presença de psicopatologia sugere uma menor eficiência habitual do sono. Além disso, parece que a existência de sintomas psicopatológicos está associada às alterações do sono (como a presença de pesadelos, despertares nocturnos frequentes, presença de dores e dificuldades respiratórias durante a noite), ao uso de medicamentos para o sono e à disfunção diurna, ou seja, ao aumento de dificuldades no funcionamento do dia-a-dia.

Estes resultados encontram-se conformes a literatura, onde Benca e colaboradores (1992) referem uma redução da latência e da duração do sono aquando da presença de perturbações mentais, onde estas alterações são explicadas pelo decréscimo do sono NREM. Dada a escassez de literatura que associa os sintomas específicos e as perturbações mentais em geral, serão apresentados estudos que especificam as perturbações mentais. Assim, a presença de GAD está associada à redução da eficiência habitual do sono, ao aumento da sonolência diurna excessiva e à dificuldade em manter-se entusiasmado nas tarefas diárias (Ramsawh et al., 2009); a presença de perturbação de pânico associa-se à maior latência e à redução da eficiência do sono (Sheikh et al., 2003; Uhde, 2000); na presença de perturbação de pós-stress traumático é comum a presença de pesadelos associados ao evento traumático e de despertares nocturnos frequentes (Aldrich, 1999); e na perturbação obsessivo-compulsiva são comuns os despertares nocturnos e a incapacidade para adormecer após tais despertares, o que contribui para a redução da eficiência habitual do sono (Aldrich, 1999). Quanto à esquizofrenia, são comuns o aparecimento de pesadelos (Benson & Zarcone, 2000), a redução da duração do sono e o aumento de despertares nocturnos e o aumento da dificuldade para adormecer (Aldrich, 1999).

Breslau e colaboradores (1996), afirmam que a prevalência para as perturbações depressivas e ansiógenas aumenta aquando da presença de perturbações do sono e ao considerar que as perturbações depressivas e ansiógenas constituem os grupos nosológicos mais prevalentes para a população adulta (Coutinho et al., 1992; Goldberg & Huxley, 1992; Kessler et al., 2005), tornou-se relevante uma análise mais específica e profunda acerca da

qualidade do sono e de diversos sintomas psicopatológicos, avaliados a partir das dimensões que constituem o SCL-90-R.

Os resultados indicam, para todas as dimensões avaliadas, que se encontraram resultados estatisticamente significativos, o que indica que a presença de algum sintoma psicopatológico influencia a qualidade do sono.

Sendo assim, considerando a dimensão Somatização, a maior vivência de percepção da disfunção corporal está associada a uma pior qualidade do sono. De acordo com a literatura, apenas um estudo indica que maiores níveis de somatização estão relacionados com a pior qualidade do sono (Frisoni et al., 1992).

No que respeita à dimensão Obsessão-compulsão, a presença de comportamentos, pensamentos, impulsos geradores de ansiedade estão associados à má qualidade do sono. Tendo em consideração a literatura existente, este estudo encontra-se em conformidade com o estudo de Breslau e colaboradores (1996), onde a presença de insónia aumenta o risco de sofrer perturbação obsessivo-compulsiva. Todavia, o estudo de Ramsawh e colaboradores (2009), não verifica qualquer associação entre esta perturbação e a qualidade do sono. A presença de alterações do sono aquando da perturbação obsessivo-compulsiva pode ser explicada através da presença de pensamentos obsessivos que ocorrem quando a pessoa se encontra na cama e que podem interferir com a capacidade para adormecer ou para voltar a adormecer após os despertares nocturnos. Além disso, o processo de preparação para dormir pode ser dificultado pelos rituais compulsivos realizados de forma repetida (Aldrich, 1999).

Quanto à sensibilidade interpessoal, os resultados sugerem que a pior qualidade do sono está relacionada com maiores sentimentos de timidez e vergonha, à maior tendência para se sentir inferior em relação aos demais, ao aumento da hipersensibilidade às opiniões e atitudes e, conseqüentemente, a uma maior inibição nos relacionamentos interpessoais. Contudo, não foram encontrados estudos específicos para esta análise.

No que diz respeito à dimensão ansiedade, os resultados apontam que a presença de manifestações clínicas da ansiedade, como os ataques de pânico ou sinais de tensão emocional, estão associadas à má qualidade do sono. Sendo assim, estes resultados encontram-se em conformidade com a literatura, onde o histórico de insónia aumenta o risco de sofrer GAD e perturbação de pânico (Breslau et al., 1996; Ramsawh et al., 2009). A presença de alterações no sono na GAD pode ser explicada através da dificuldade em cessar as preocupações quando os pacientes tentam adormecer (Culpepper, 2002). Além disso, tais alterações no sono estão incluídas nos critérios de diagnóstico da GAD (Ramsawh et al., 2009). Quanto à perturbação de pânico, a presença de ataques de pânico nocturnos e o medo de dormir podem propiciar ao aparecimento de dificuldades com o sono (Sheikh et al., 2000).

Os resultados obtidos indicam que a qualidade de sono também se encontra associado à dimensão Hostilidade, onde a má qualidade do sono relaciona-se com a presença de pensamentos, sentimentos e comportamentos próprios da agressividade, irritabilidade, raiva e ressentimento. Toavia, não foram encontrada literatura que relacionem estes aspectos.



Quanto à ansiedade fóbica, os resultados indicam que a má qualidade de sono associa-se a diversas experiências fóbicas (quer a fobia específica, quer a social), a comportamentos de evitamento e fuga, bem como à presença de agorafobia. Desta forma, os resultados encontram-se em conformidade com a literatura, onde a presença a qualidade do sono se associa com as fobias (Breslau et al., 1996; Ramsawh et al., 2009; Stein et al., 1993).

No que diz respeito às dimensões ideação paranóide e psicoticismo, estas estão incluídas nas perturbações psicóticas e, mais especificamente, no espectro da esquizofrenia (American Psychiatric Association, 2002). Tendo em conta a ideação paranóide, a presença de suspeitas, ideação delirante, hostilidade, grandiosidade e de outros sintomas característicos, encontram-se relacionados com a má qualidade do sono. Relativamente ao psicoticismo, a presença de sintomas característicos encontra-se, de igual modo, associada a uma pior qualidade do sono. Sendo assim, e considerando a literatura encontrada sobre a esquizofrenia, estes resultados encontram-se em conformidade com a literatura, onde se podem verificar alterações no ciclo sono-vigília (Benson & Zarcone, 2000) e perturbações do sono, especialmente da insónia, que se torna agravada com a exacerbação do quadro clínico. Os problemas do sono na esquizofrenia podem ser causados pela ansiedade que acompanha os delírios e alucinações e pela a desorganização comportamental, que pode conduzir à fraca higiene do sono (Aldrich, 1999).

No que respeita à análise de frequências tendo em consideração os diferentes graus de severidade no IACLIDE, verifica-se que 248 participantes (82,7%) não apresentam sintomas depressivos, contrariamente aos 50 participantes (16,7%) que apresentam depressão leve e moderada e aos 2 participantes (0,7%) que apresentam depressão grave. Os estudos direccionados para a perturbação depressiva major indicam 17% da população adulta apresentam depressão no seu histórico médico (Kessler et al., 1994), sendo um valor aproximado ao obtido no presente trabalho.

Quanto à análise comparativa entre a qualidade do sono e a depressão, os resultados obtidos indicam uma forte associação entre as variáveis, sendo que a depressão possui influência na qualidade do sono. Além disso, foi igualmente verificado que a presença de má qualidade do sono e de perturbações do sono é indicador da presença de depressão (leve, moderada e grave). Desta forma, mediante o obtido, a presença de depressão em diferentes graus de severidade encontra-se associada à má qualidade do sono e à presença de perturbações do sono.

Desta forma, os resultados obtidos encontram-se em conformidade com a literatura, onde Harvey (2001) refere que a maioria dos pacientes com depressão apresentam queixas e alterações nos padrões de sono. Paralelamente, a literatura refere que o risco de desenvolver depressão aumenta aquando da presença de insónia (Ford & Kamerow, 1989; Breslau et al., 1996) ou hipersónia (Breslau et al., 1996), ou outras perturbações do sono (Roberts, et al., 2000). É ainda importante ainda referir que a presença de queixas associadas ao sono podem funcionar como prodromo das perturbações depressivas (Perlis et al., 1997).

Tendo em conta as categorias que compõem o PSQI, é possível observar diferenças estatisticamente significativas para todas elas. Relativamente à qualidade subjectiva do sono, os resultados sugerem que a presença de depressão influencia a percepção que os participantes têm sobre o seu sono. Quanto à latência e a duração do sono, os mesmos apontam que a presença de depressão está associada ao maior tempo para adormecer e ao menor tempo total do sono. De igual modo, os resultados indicam que a presença de depressão está associada a uma menor eficiência habitual do sono, a maiores alterações com o sono (presença de pesadelos, despertares nocturnos e dores, por exemplo), ao uso de medicações para o sono e à disfunção diurna (aumento de dificuldades no funcionamento quotidiano).

Neste sentido, a literatura encontrada encontra-se em conformidade com alguns destes sintomas, onde os pacientes depressivos apresentam despertares nocturnos frequentes, despertares precoces (Bittencourt et al., 2005; Lucchesi et al., 2005; Kupfer et al., 1986) e aumento da latência do sono, factores que conduzem à menor eficiência do sono (Lucchesi et al., 2005; Kupfer et al., 1986). Além disso, é comum que os pacientes depressivos apresentem sonhos perturbadores, sonolência diurna e sono não reparador e menor duração do sono (Bittencourt et al., 2005).

De acordo com a literatura, a presença de alterações do sono na depressão pode ser explicada através do modelo de fase avançada (Wirz-Justice & Van den Hoofdakker, 1999), onde os processos de sono REM, temperatura corporal e secreção de cortisol, funções biológicas essenciais (Chellappa & Araújo, 2007) ocorrem precocemente na depressão, e estes pacientes apresentam um ciclo sono-vigília inadequado (Wirz-Justice & Van den Hoofdakker, 1999). Por outro lado, a perda do sono NREM nos pacientes depressivos incrementa o cansaço subjectivo e a sonolência excessiva. Adicionalmente, a instabilidade do humor pode ser explicada através da destabilização dos processos de regulação do sono (Knoblauch et al., 2002).

Paralelamente a esta situação, torna-se importante referir a prevenção da saúde mental, dada a associação forte entre a presença de perturbações mentais e a qualidade do sono. Atendendo às consequências das perturbações mentais, bem como à elevada prevalência das mesmas, é essencial dar prioridade à prevenção da saúde mental, como uma tentativa de reduzir a mortalidade, a carga e os custos que as perturbações mentais acarretam (Organización Mundial de la Salud, 2004), incluindo as dificuldades com o sono. Encontram-se três categorias ou classificações de intervenções para lidar com as perturbações mentais e comportamentais: a prevenção primária, secundária e terciária.

Em primeiro lugar, a prevenção primária refere-se à tomada de medidas aplicáveis com o objectivo de detectar ou interceptar para evitar que certa doença se desenvolva no indivíduo (Leavell & Clark, 1965). Sendo assim, devem-se incluir políticas e programas de promoção de determinantes positivos para a saúde (Alwan, 1997; Cordeiro, Oliveira, Melzer, Ribeiro, & Rigonatti, 2010). A promoção da saúde refere-se ao processo que facultava instrumentos às pessoas para ganhar controlo sobre a saúde e melhorá-la (Organización

Mundial de la Salud, 1986). Consequentemente, com a melhoria da qualidade de vida e com potencial para uma melhor saúde, os sintomas são diminuídos (Secker, 1998). Os factores psicológicos, sociais e comportamentais, como por exemplo, a alimentação adequada, a prática de actividade física regular, a moderação no consumo de álcool, entre outros, podem influenciar os efeitos da saúde, podendo protegê-la e dar apoio para uma saúde mental positiva. Iguamente, de acordo com Paiva (2008) e considerando os resultados do presente estudo, estas estratégias comportamentais, como a prática de actividade física, o baixo consumo de álcool e de tabaco, tornam-se benéficas para a promoção da boa qualidade do sono. Esta protecção facilita a resistência, minimiza o aparecimento de incapacidades e promove um restabelecimento mais rápido das doenças (Organización Mundial de la Salud, 2002). Ao considerar estes aspectos, a prevenção primária na saúde mental deve ser estabelecida através de uma abordagem educativa e reguladora, com o objectivo de serem evitados os hábitos e comportamentos que favorecem o aparecimento de algumas perturbações mentais (Cordeiro et al., 2010). Neste sentido, torna-se essencial a implementação de programas que procurem difundir entre a população geral que indiquem a importância do sono, as consequências da pobre qualidade do sono e que promovam os hábitos adequados para uma boa higiene do sono.

Por outro lado, a prevenção secundária refere-se ao tratamento (Leavell & Clark, 1965), ou seja, diz respeito às medidas tomadas para deter um processo patológico iniciado, com o objectivo de minimizar as complicações, limitar a incapacidade (Cordeiro et al., 2010; Leavell & Clark, 1965;) e redução dos custos sociais e económicos dos estados de doença (Almeida, 2005). Sendo assim, considera-se como processos fundamentais um correcto diagnóstico diferencial para se proporcionar a detecção precoce da perturbação, e para a promoção de um plano de tratamento adequado (Cordeiro et al., 2010). Para além disso, é essencial a intervenção precoce para o controlo dos sintomas e, consequentemente, um melhor prognóstico (Cordeiro et al., 2010; Organização Mundial da Saúde, 2001). Ao considerar os resultados obtidos e a literatura consultada, é importante referir a necessidade do tratamento das perturbações do sono (Ford & Kamerow, 1989) e a implementação de hábitos de boa qualidade do sono como prevenção das perturbações mentais.

Por fim, a prevenção terciária diz respeito ao processo de reabilitação (Leavell & Clark, 1965), que envolve as medidas orientadas para os indivíduos incapacitados, ao restaurar a sua situação anterior e ao maximizar o uso das capacidades restantes (Cordeiro et al., 2010; Leavell & Clark, 1965). Para além destes objectivos, a prevenção terciária pretende a promoção da adaptação do indivíduo às consequências inevitáveis e prevenir a recorrência da doença (Cordeiro et al., 2010).

## 6.2- Limitações e propostas futuras

Neste trabalho podem ser apontadas algumas limitações importantes na definição de propostas para estudos posteriores. Uma das primeiras limitações encontradas ao longo da

pesquisa bibliográfica, prende-se com o facto de muitos estudos se centrarem mais na quantidade do sono e não na sua qualidade, o que pode influenciar na compreensão dos resultados obtidos. Adicionalmente, encontram-se limitações a nível dos resultados dos questionários, uma vez que estes são apenas apreciações subjectivas dos participantes, pois a qualidade do sono, e os níveis de saúde mental são variáveis subjectivas e estão sujeitas a variações individuais.

Em segundo lugar, pode-se apontar a escassez de instrumentos validados para a população portuguesa que avaliem a qualidade do sono, factor que levou ao grupo de investigação a utilização de um instrumento validado para a população brasileira, o que poderá eventualmente enviesar os resultados.

Em terceiro lugar, destaca-se a heterogeneidade da amostra, em especial para algumas variáveis, como as faixas etárias e o consumo de tabaco, comprometendo, desta forma, a representatividade de alguns grupos.

Inerente ao conceito de saúde postulado pela WHO, onde a saúde não se trata apenas da ausência de doenças, pode ser apontada uma importante limitação, onde a abordagem da avaliação da saúde, quer a nível físico quer a nível mental apenas foi realizada através da avaliação destes parâmetros, ou seja, a presença ou ausência de doenças. Neste sentido, será essencial propor estudos futuros que objectivem a avaliação da qualidade do sono e outros aspectos da saúde, como o bem-estar, competência, autonomia, capacidades intelectuais e emocionais, prática de actividades positivas, e qualidade e satisfação com a vida.

Tendo em consideração o tamanho da amostra estudada, este poderá não ser representativo da população em estudo, caracterizando apenas uma pequena parte da população do distrito de Viseu, o que impossibilita a generalização de resultados.

Além disso, como já foi referido, neste trabalho foi apenas estudado um grupo restrito de uma região do país. Desta forma, seria importante propor estudos que incluam uma maior amostra à que foi utilizada, bem como a recolha de amostra de outras regiões do país, com o intuito de uma avaliação mais aproximada à realidade portuguesa e, quissá, para uma comparação entre essas regiões, dada a sua heterogeneidade.

## Capítulo 7 - Conclusão

A realização deste trabalho permite a formulação de algumas conclusões intrínsecas à importância de uma boa higiene do sono.

Ao considerar as variáveis sociodemográficas, é importante salientar que é o sexo feminino que apresenta pior qualidade do sono, talvez pela interferência de vários factores próprios ao ciclo de vida da mulher. Contudo, torna-se necessária uma reflexão e exploração de mais factores específicos que interferem na percepção de uma pior qualidade do sono na população feminina. Os resultados também suportam que o baixo estatuto socioeconómico se encontra associado à pobre qualidade do sono, onde vários factores económicos, como a crise actual do país e a crescente preocupação com as despesas, se associam às dificuldades com o sono.

Tendo em conta os estilos de vida que foram considerados neste trabalho, apesar dos resultados obtidos não se apresentarem estatisticamente significativos, pode-se concluir que o consumo de tabaco pode afectar a qualidade do sono de forma negativa. Além disso, a prática de actividade física pode ser benéfica para a melhoria da qualidade do sono e para uma melhor regulação do mesmo. Desta forma, como práticas comportamentais que beneficiam e promovem a qualidade do sono, podem-se apontar o baixo consumo ou ausência de consumo de tabaco, bem como a prática de actividade física.

De acordo com os resultados apurados, pode-se ainda concluir que a pobre qualidade do sono se encontra associada à presença de doenças a nível físico. Adicionalmente, pode-se inferir que o excesso de peso é um factor que se encontra associado à qualidade de sono dos sujeitos. Assim, a má qualidade do sono pode conduzir a consequências, tanto a nível da saúde física, e especificamente pode conduzir ao excesso de peso. Paralelamente, devido à causalidade bidireccionada, a presenças de doenças físicas e de excesso de peso podem, de igual modo, influenciar negativamente a qualidade do sono.

Por fim, a qualidade do sono também se encontra relacionada com as perturbações mentais, onde a má qualidade do sono está associada à presença de depressão, ansiedade e de outros sintomas psicopatológicos. Sendo assim, a promoção e prevenção da saúde mental, bem como o tratamento das perturbações mentais, tornam-se essenciais para uma melhor qualidade do sono. Por outro lado, a promoção de uma boa qualidade do sono pode ser benéfica para minimizar o risco do aparecimento de perturbações mentais e para uma melhor qualidade de vida.

Em jeito de conclusão, a implementação de programas e de regras básicas para uma melhor qualidade de sono para a população activa pode, de facto, minimizar as consequências que advêm da fraca qualidade do sono.



## Referências bibliográficas

- Akiskal, H. (2001). Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Krapelin. *Journal of Affective Disorders*, 62, 17-31.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16(5), 309-320.
- Aldrich, M. S. (1999). *Sleep Medicine*. London: Oxford University Press.
- Aldrich, M. S., Shipley, J. E., Tandon, R., Kroll, P. D., & Brower, K. J. (1993). Sleep-disordered breathing in alcoholics: Association with age. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(6), 1179-1183.
- Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 91-96.
- Alwan, A. (1997). Noncommunicable diseases : a major challenge for public health in the region. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 3(1), 6-16.
- American Academy of Sleep Medicine (2001). *The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and coding manual*. Rochester: AASM.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Texto Revisto*. Lisboa: Climepsi.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., & Page, A. (2003). *The treatment of anxiety disorders: Clinical guides and patient manuals (2ªEd.)*. New York: Cambridge University Press.
- Ayas, N. T., White, D. P., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Speizer, F. E., Malhotra, A., & Hu, F. B. (2003). A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. *Archives of Internal Medicine*, 163(2), 205-209.
- Balkin, T. J., Bliese, P. D., Belenky, G., Sing, H., Thorne, D. R., Thomas, M., Redmond, D. P., Russo, M., & Wesensten N. J. (2004). Comparative utility of instruments for monitoring sleepiness-related performance decrements in the operational environment. *Journal of Sleep Research*, 13, 219-227.
- Banks, S., & Dinges, D. (2007). Behavioral and physiological consequences of sleep restriction. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3(5), 519-528.
- Belenky, G., Wesensten, N. J., Thorne, D. R., Thomas, M. L., Sing, H. C., Redmond, D. P., & Balkin, T. J. (2003). Patterns of performance degradation and restoration during sleep restriction and subsequent recovery: A sleep dose-response study. *Journal of Sleep Research*, 12, 1-12.
- Benca, R. M., Obermayer, W. H., Thisted, R. A., & Gillin, J. C. (1992). Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 49(6), 651-668.
- Benington, J. H. (2000). Sleep homeostasis and the function of sleep. *Sleep*, 23(7), 959-966.

## Qualidade do sono, saúde e estilos de vida

Universidade da Beira Interior

- Benson, K. L., & Zarcone, V. P. (2000). Schizophrenia. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement, *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia: WB Saunders.
- Berlim, M. T., Lobato, M. I., & Manfro, G. G. (2005). Diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia. In A. V. Cordioli, *Psicofármacos: Consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed.
- Bertolazi, A. (2008). *Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de sonolência de Epworth e Índice de qualidade de sono de Pittsburgh*. Tese de Mestrado não publicada. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina.
- Bittencourt, L. R., Silva, R. S., & Santos, R. F. (2005). Sonolência excessiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 211-223.
- Bonino, S. (2007). *Mil amarras me prendem à vida: (Con)Viver com a doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Borbély, A. A., & Achermann, P. (1992). Concepts and models of sleep regulation: An overview. *Journal of Sleep Research*, 1, 63-79.
- Boulant, J. A. (2000). Role of the preoptic anterior hypothalamus in thermoregulation and fever. *Clinical Infectious Diseases*, 31, S157-161.
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biology and Psychiatry*, 39, 411-418.
- Buckworth, J., & Dishman, R. K. (2002). *Exercice psychology*. Champaign: Human Kinetics.
- Buela, G. (1990). Avaliação dos distúrbios de iniciar e manter o sono. In R. Reimão, *Sono: Aspectos actuais*. Rio de Janeiro: Atheneu Editora.
- Burgard, S. A., Ailshire, J. A., & Hughes, N. M. (2010). *Gender and sleep duration among adults*. Comunicação apresentada no ISA Research Committee 28 Meeting.
- Buxton, O. M., & Marcelli, E. (2010). Short and long sleep are positively associated with obesity, diabetes, hypertension, and cardiovascular disease among adults in the United States. *Social Science & Medicine*, 71, 1027-1036.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*, 28(2), 193-213.
- Chellappa, S. L., & Araújo, J. F. (2007). O sono e os transtornos de sono na depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(6), 285-289.
- Chervin, R. D. (2000). Use of clinical tools and tests in sleep medicine. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement, *Principles and practice of sleep medicine (3ª Ed.)*. Philadelphia: WB Saunders.
- Cizza, G., Skarullis, M., & Mignot, E. (2005). A link between short sleep and obesity: Building the evidence for causation. *Sleep*, 28(10), 1217-1220.
- Conway, S. G., Roizenbalt, S. S., Palombini, L., Castro, L. S., Bittencourt, L. R., Silva, R. S., & Tufik, S. (2008). Effect of smoking habits on sleep. *Journal of Medical and Biological Research*, 41(8), 722-727.



- Cordeiro, Q., Oliveira, A. M., Melzer, D., Ribeiro, R. B., & Rigonatti, S. P. (2010). Prevenção em saúde mental. *Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito*, 7(7), 39-53.
- Cotten, H. R., & Altevogt, B. M. (2006). *Sleep disorders and sleep deprivation*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Coutinho, E. S., Almeida-Filho, N., & Mari, J. J. (1999). Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(5), <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo%28246%29.htm>.
- Culpepper, L. (2002). Generalized anxiety disorder in primary care: Emerging issues in management and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl 8), 35-42.
- Danda, G. J., Ferreira, G. R., Azenha, M., Sousa, K., & Bastos, O. (2005). Padrão de ciclo sono-vigília e sonolência excessiva diurna em estudantes de medicina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 102-106.
- Davidson, K., & Joice, A. (2008). Cognitive-behavioural therapy for depression. In M. Donaghy, M. Nicol, & K. Davidson, *Cognitive-behavioural interventions in physiotherapy and occupational therapy*. Philadelphia: Elsevier.
- Davis, F. C., Frank, M. G., & Heller, H. C. (1999). Ontogeny of sleep and circadian rhythms. In F. W. Turek, & P. C. Zee, *Regulation of sleep and circadian rhythms*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Delasnerie-Laupetre, N., Patois, E., Valatx, J. L., Kauffmann, F., & Alperovitch, A. (1993). Sleep, snoring and smoking in high school students. *Journal of Sleep Research*, 2(3), 138-142.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R, Cuestionario de 90 Síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Dias, M. R., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2002). O cancro no "seio" da família. In M. R. Dias, & E. Durá, *Territórios da psicologia oncológica*. Lisboa: Climepsi .
- Driver, H. S., & Taylor, S. (2000). Exercise and sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 4(2), 387-402.
- Edwards, R. (2004). The problem of tobacco smoking. *British Medical Journal*, 328, 217-219.
- Eizirik, C. L., Michels, A. M., & Gazal, C. H. (1998). Psicoterapia do luto normal e patológico. In A. V. Cordioli, *Psicoterapias: Abordagens atuais (2ªEd.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Ellenbogen, J. M. (2005). Cognitive benefits of sleep and their loss due to sleep deprivation. *Neurology*, 64, E25-27.
- Eurotrials (2009). *Saúde em mapas e números*. Obtido em 30 de Agosto de 2012, de [http://www.eurotrials.com/contents/files/publicacao\\_ficheiro\\_115\\_1.pdf](http://www.eurotrials.com/contents/files/publicacao_ficheiro_115_1.pdf)
- EU-WMH (s.d.). *The burden of mental disorders in the European Union*. Obtido em 30 de Agosto de 2012, de [http://www.eu-wmh.org/PDF/FactSheet\\_Burden.pdf](http://www.eu-wmh.org/PDF/FactSheet_Burden.pdf)
- Ferrara, M., & Gennaro, L. (2001). How much sleep do we need? *Sleep Medicine Reviews*, 5 (2), 155-179.
- Ford, D. E., & Cooper-Patrick, L. (2001). Sleep disturbances and mood disorders: An epidemiologic perspective. *Depression and Anxiety*, 14(1), 3-6.

- Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention. *JAMA*, 262(11), 1479-1484.
- Frisoni, G. B., Leo, D., Rozzini, R., Bernardini, M., Buono, M. D., & Trabucchi, M. (1992). Psychic correlates of sleep symptoms in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7(12), 891-898.
- Gaillard, J. M. (1977). *Perturbações do Sono: Clínica e Terapêutica*. Lisboa: Roche Farmacêutica Química.
- Godbout, R. (2010). Sleep in schizophrenia. In S. R. Pandi-Perumal, & M. Kramer, *Sleep and mental illness*. New York: Cambridge University Press.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. London: Tavistock.
- Gorestein, C., Tavares, S., & Alóe, F. (2000). Questionários de auto-avaliação de sono. In C. Gorestein, L. H. Andrade, & A. W. Zuard, *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos.
- Gronfier, C., Simon, C., Piquard, F., Ehrhart, J., & Brandenberger, G. (1999). Neuroendocrine processes underlying ultradian sleep regulation in man. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84, 2686-2690.
- Guyton, M. D. (1997). Estudos da actividade cerebral-sono, ondas cerebrais, epilepsia e psicoses. In M. D. Guyton, *Tratado de Fisiologia Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA.
- Hale, L. (2005). Who has time to sleep? *Journal of public health*, 27(2), 205-211.
- Harvey, A. G. (2001). Insomnia: symptom or diagnosis? *Clinical Psychology Review*, 21(7), 1037-1059.
- Hasler, G., Buysse, D. J., Klaghofer, R., Gamma, A., Adjacic, V., Eich, D., Rossler, N., & Angst, J. (2004). The association between short sleep duration and obesity in young adults: a 13-year prospective study. *Sleep*, 27(4), 661-666.
- Higgins, M. W., Enright, P. L., Kronmal, R. A., Schenker, M. B., Anton-Culver, H., & Lyles, M. (1993). Smoking and long function in elderly men and women. The cardiovascular health study. *Journal of the American Medical Association*, 269(21), 2741-2748.
- Horne, J. A. (1981). The effects of exercise upon sleep: A critical review. *Biological Psychology*, 12, 241-290.
- Horne, J. A., & Balk, S. D. (2004). Awareness of sleepiness when driving. *Psychophysiology*, 41, 161-165.
- Horne, J. A., & Ostberg, O. (1976). A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *International Journal of Chronobiology*, 4(2), 97-100.
- Hyypa, M. T., & Kronholm, E. (1989). Quality of sleep and chronic illnesses. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(7), 633-638.
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness sleep. *Sleep*, 14(6), 540-545.

- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, M. A., & Watters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(2), 617-627.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Huges, M., Eshlema, S., Wittchen, H., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kleitman, N. (1987). *Sleep and wakefulness*. London: Midway Reprint.
- Knoblauch, V., Krauchi, K., Renz, C., Wirz-Justice, A., & Cajochen, C. (2002). Homeostatic control of slow-wave and spindle frequency activity during human sleep: Effect of differential sleep pressure and brain topography. *Cerebral Cortex*, 12(10), 1092-1100.
- Knutson, K. L., Ryden, A. M., Mander, B. A., & Van Cauter, E. (2006). Role of sleep duration and quality in the risk and severity of type 2 diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 166(16), 1768-1774.
- Kripke, D. F., Garfinkel, L., Wingard, D. L., Klauber, M. R., & Marler, M. R. (2002). Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 59, 131-136.
- Kuo, L. T., Lai, Y. H., Lee, C. N., & Tsai, S. Y. (2011). Factors associated with sleep quality in pregnant women: A prospective observational study. *Nursing Research*, 60(6), 405-412.
- Kupfer, D. J., Reynolds, C. F., Ulrich, R. F., & Grochocinski, V. J. (1986). Comparison of automated REM and slow-wave sleep analysis in young and middle-aged depressed subjects. *Biology and Psychiatry*, 21(2), 189-200.
- Laberge, L., Petit, D., Simard, C., Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Montplaisir, J. (2001). Development of sleep patterns in early adolescence. *Journal of Sleep Research*, 10(1), 59-67.
- Lavie, P. (1998). *O mundo Encantado do Sono*. Lisboa: Climepsi.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés e procesos cognitivos*. Spain: Ed. Martínez Roca.
- Leavell, H. R., & Clark, H. G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach (3ªEd.)*. New York: McGraw-Hill.
- Lewis, D. A. (2001). Sleep in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 7(2), 102-112.
- Lima, M. S., Knapp, P., Blaya, C., Quarantini, L. C., Oliveira, I. R., & Lima, P. A. (2004). Depressão. In P. Knapp, *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Lira, M. G. (2005). El apego. *Ars Medica: Revista de estudos médicos humanísticos*, 11(11), 107-117.
- Lobo, L. L., & Tufik, S. (1997). Effects of alcohol and sleep parameters of sleep-deprived healthy volunteers. *Sleep*, 20(1), 52-59.

## Qualidade do sono, saúde e estilos de vida

Universidade da Beira Interior

- Lu, J., Greco, M. A., Shiromani, P., & Saper, C. B. (2000). Effect of lesions of the ventrolateral preoptic nucleus on NREM and REM sleep. *The Journal of Neuroscience*, 20(10), 3830-3842.
- Lucchesi, L. M., Pradella-Hallinan, M., Lucchesi, M., & Moraes, W. A. (2005). O sono em transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 27-32.
- Lusardi, P., Zoppi, A., Preti, P., Pesce, R. M., Piazza, E., & Fogari, R. (1999). Effects of insufficient sleep on blood pressure in hypertensive patients: a 24-h study. *American Journal of Hypertension*, 12(1 pt 1), 63-68.
- Maia, A. C. (1999). Terapias cognitivo-comportamentais da depressão. *Psiquiatria e Praxis Psychiatrica*, 6(2), 19-28.
- Maihailescu, S., Guzman-Marin, R., & Drucker-Colín, R. (2001). Nicotine stimulation of dorsal raphe neurons: Effects on laterodorsal and pedunculopontine neurons. *European Neuropsychopharmacology*, 11(5), 359-366.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística - com utilização do SPSS (3ªEd.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, P. J., Mello, M. T., & Tufik, S. (2001). Exercício e sono. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 7(1), 28-36.
- McCall, W. V. (2001). A psychiatric perspective on insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl 10), 27-32.
- McCarley, R. W. (2007). Neurobiology of REM and NREM sleep. *Sleep Medicine*, 8, 302-330.
- McLellan, T. M., Gannon, G. A., & Zamecnik, J. (1999). Low doses of melatonin and diurnal effects on thermoregulation and tolerance to uncompensable heat stress. *Journal of Applied Psychology*, 87(1), 308-316.
- McLellan, T. M., Smith, I. F., Gannon, G. A., & Zamecnik, J. (2000). Melatonin has no effect on tolerance to uncompensable heat stress in man. *European Journal of Applied Psychology*, 83(4-5), 226-343.
- Meerding, W. J., Bonneux, L., Polder, J. J., Koopmanschap, M. A., & Van der Mass, P. J. (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study. *British Medical Journal*, 317, 111-115.
- Menezes, P. R. (1996). Princípios de epidemiologia psiquiátrica. In O. P. Almeida, L. Dractu, & R. Laranjeira, *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Mesquita, G., Ferreira, S., Rossini, S., Soares, E. A., & Reimão, R. (2011). Tabagismo, álcool e os efeitos na qualidade do sono em estudantes universitários. *Neurobiologia*, 74(1), 19-27.
- Mezick, E. J., Matthews, K. A., Hall, M., Strollo, P. J., Buysse, D. J., Kamarck, T. W., Owens, J. F. & Reis, S. E. (2008). Influence of race and socioeconomic status on sleep: Pittsburgh Sleep SCORE Project. *Psychosomatic Medicine*, 70, 410-416.
- Milheiro, J. (1999). *Loucos são os outros*. Porto: Laboratórios Bial.
- Mitler, M. M., Dawson, A., Henriksen, S. J., Sobers, M., & Bloom, F. E. (1988). Bedtime ethanol increases resistance of upper airways and produces sleep apneas in

- asymptomatic snorers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12(6), 801-805.
- Monk, T. H., Buysse, D. J., Kennedy, K. S., Pods, J. M., DeGrazia, J. M., & Miewald, J. M. (2003). Measuring sleep habits without using a diary: The sleep timing questionnaire. *Sleep*, 26(2), 208-212.
- Monti, J. M. (2000). Insônia primária: Diagnóstico diferencial e tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 31-34.
- Monti, J. M., & Monti, D. (2000). Sleep disturbance in generalized anxiety disorder and its treatment. *Sleep Medicine Reviews*, 4(3), 263-276.
- Monti, J. M., & Monti, D. (2004). Sleep in schizophrenia patients and the effects of antipsychotic drugs. *Sleep Medicine Reviews*, 8(2), 133-148.
- Moreno, C. R., Carvalho, F. A., Lorenzi, C., Matuzaki, L. S., Prezotti, S., Bighetti, P., Louzada, F. M. & Lorenzi-Filho, G. (2004). High risk for obstructive sleep apnea in truck drivers estimated by the Berlin questionnaire: Prevalence and associated factors. *Chronobiology International*, 21(6), 871-879.
- 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.
- Nordi, A. E., & Valença, A. M. (2005). *Transtornos de pânico: Diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- O'Connor, P. J., & Youngstedt, S. D. (1995). Influence of exercise on human sleep. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 23, 105-134.
- Ohayon, M. M., & Shapiro, C. M. (2000). Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with posttraumatic stress disorder in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 469-478.
- Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., & Vitiello, M. V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: Developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 27(7), 1255-1273.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Ottawa charter for the health promotion*. Ginebra.
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genève.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Fortalecimiento de la salud mental. Resolución del consejo ejecutivo de la OMS*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias.
- Paiva, P. (2008). *Bom Sono, Boa Vida*. Lisboa: Oficina do Livro.
- Parikh, S. V., & Lam, R. W. (2001). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders: definitions, prevalence and health burden. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 13-20.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.

- Parkes, J. D. (1985). Normal sleep, its variants and related states. In J. D. Parkes, *Sleep and its disorders*. Philadelphia: WB Saunders Company.
- Partinan, M., & Gislason, T. (1995). Basic Nordic Sleep Questionnaire (BNSQ): A quantified measure of subjective sleep complaints. *Journal Sleep Research*, 4(S 1), 150-155.
- Patel, A., & Knapp, M. R. (1988). Costs of mental illness in England. *Mental Health Research Review*, 5, 410.
- Patel, N. P., Grandner, M. A., Xie, D., Branas, C. C., & Gooneratne, N. (2010). Sleep "disparity" in population: Poor sleep quality is strongly associated with poverty and ethnicity. *Bio Med Central Public Health*, 10, 475.
- Patel, S. R. (2007). Social and demographic factors related to sleep duration. *Sleep*, 30(9), 1077-1078.
- Patel, S. R., & Hu, F. B. (2008). Short sleep duration and weight gain: A systematic review. *Sleep*, 16(3), 643-653.
- Patel, S. R., Malhotra, A., Gottlieb, D. J., White, D. P., & Hu, F. B. (2006). Correlates of long sleep duration. *Sleep*, 29(7), 881-889.
- Patten, C. A., Choi, W. S., Gillin, J. C., & Pierce, J. P. (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking predict development and persistence of sleep problems in US adolescents. *Pediatrics*, 106(2), e23.
- Pereira, M. G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Perlis, M. L., Giles, D. E., Buysse, D. J., Tu, X., & Kupfer, D. J. (1997). Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 42(2-3), 209-212.
- Philip, P., Ghorayeb, I., Stoohs, R., Menny, J. C., Dabadie, P., Bioulac, B., & Guilleminault, C. (1996). Determinants of sleepiness in automobile drivers. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(3), 279-288.
- Philip, P., Taillard, J., Guilleminault, C., Quera Salva, M. A., Bioulac, B., & Ohayon, M. (1999). Long distance driving and self-induced sleep deprivation among automobile drivers. *Sleep*, 22(4), 475-480.
- Phillips, B. A., & Danner, F. J. (1995). Cigarette smoking and sleep disturbance. *Archives of Internal Medicine*, 155(7), 734-737.
- Pien, G. W., Sammel, M. D., Freeman, E. W., Lin, H., & DeBlasis, T. L. (2008). Predictors of sleep quality in women in the menopausal transition. *Sleep*, 31(7), 991-999.
- Ramsawh, H. J., Stein, M. B., Belik, S., Jacobi, F., & Sareen, J. (2009). Relationship of anxiety disorders, sleep quality, and functional impairment in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 926-933.
- Redwine, L., Hauger, R. L., Gillin, J. C., & Irwin, M. (2000). Effects of sleep and sleep deprivation on interleukin-6, growth hormone, cortisol, and melatonin levels in humans. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85(10), 3597-3603.
- Rente, P., & Pimentel, T. (2004). *A patologia do sono*. Lisboa: Lidel.

- Roberts, R. E., Shema, S. J., Kaplan, G. A., & Strawbridge, W. J. (2000). Sleep Complaints and depression in an aging cohort: A prospective perspective. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 81-88.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., & Weismann, M. M. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 958-967.
- Roehrs, T., & Roth, T. (2001). Sleep, sleepiness, and alcohol use. *Alcohol Research & Health*, 25(2), 101-109.
- Roth, T., & Roehrs, T. (2000). Sleep organization and regulation. *Neurology*, 54(5 Suppl 1), S2-7.
- Russo, A., Thomas, A., Thorne, D., Sing, H., Redmond, D., Rowland, L., Johnson, D., Hall, S., Krichmar, J., & Balkin, T. (2003). Oculomotor impairment during chronic partial sleep deprivation. *Clinical Neurophysiology*, 114(4), 723-736.
- Sá, O. L. (2010). *Saúde mental versus doença mental*. Comunicação apresentada no II Congresso Internacional da SPESM: Do diagnóstico à intervenção em saúde mental.
- Sadeh, A., Hauri, P. J., Kripke, D. F., & Lavie, P. (1995). The role of actigraphy in the evaluation of sleep disorders. *Sleep*, 18(4), 288-302.
- Sadeh, A., Raviv, A., & Gruber, R. (2000). Sleep patterns and sleep disruptions in school-age children. *Developmental Psychology*, 36(3), 291-301.
- Saper, C. B., Chou, T. C., & Scammell, T. E. (2001). The sleep switch: Hypothalamic control of sleep and wakefulness. *Trends in Neurosciences*, 24(12), 726-731.
- Secker, J. (1998). Current conceptualizations of mental health and mental health promotion. *Health Educational Research*, 13(1), 57-66.
- Sheikh, J. I., Woodward, S. H., & Leskin, G. A. (2003). Sleep in post-traumatic stress disorder and panic: Convergence and divergence. *Depression and Anxiety*, 18(4), 187-197.
- Shephard, R. J., & Shek, P. N. (1997). Interactions between sleep, other body rhythms, immune responses, and exercise. *Canadian Journal of Applied Psychology*, 22(2), 95-116.
- Soldatos, C. R., Kales, J. D., Scharf, M. B., Bixler, E. O., & Kales, A. (1980). Cigarette smoking associated with sleep difficulty. *Science*, 207(4430), 551-553.
- Spiegel, K., Knutson, K., Leproult, R., Tasali, E., & Van Cauter, E. (2005). Sleep loss: A novel risk factor for insulin resistance and type 2 diabetes. *Journal of Applied Psychology*, 99, 2008-2019.
- Spiegel, K., Leproult, R., & Van Couter, E. (1999). Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *Lancet*, 354(9188), 1435-1439.
- Spiegel, K., Leproult, R., Colecchia, E. F., L'Hermite-Belériaux, M., Nie, Z., Copinschi, G., & Van Cauter, E. (2000). Adaptation of the 24-h growth hormone profile to a state of sleep debt. *American Journal of Physiology - Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 279, R874-R883.

- Stamatakis, K. A., Kaplan, G. A., & Roberts, R. E. (2007). Short sleep duration across income, education, and race/ethnic groups: Population prevalence and growing disparities during 34 years of follow-up. *Annals of Epidemiology*, 17(12), 948-955.
- Starcevic, V. (2010). *Anxiety disorders in adults: A clinical guide*. New York: Oxford University Press.
- Stein, M. B., Kroft, C. D., & Walker, J. R. (1993). Sleep impairment in patients with social phobia. *Psychiatry Research*, 49(3), 251-256.
- Stutts, J. C., Wilkins, J. W., Osberg, J. S., & Vaughn, B. V. (2003). Driver risk factors for sleep-related crashes. *Accident Analysis & Prevention*, 35(3), 321-331.
- Taheri, S., Lin, L., Austin, D., Young, T., & Mignot, E. (2004). Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *PLoS Medicine*, 1(3), 210-217.
- Tamakoshi, A., & Ohno, Y. (2004). Self-reported sleep duration as a predictor of all-cause mortality: Results from the JACC study, Japan. *Sleep*, 27(1), 51-54.
- Togeiro, S. M., & Smith, A. K. (2005). Métodos diagnósticos nos distúrbios do sono. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(Supl 1), 8-15.
- Trindade-Filho, E. M., Carvalho, L., & Gomes, E. O. (2010). Estudo da Qualidade do Sono na população adulta de Maceió. *Neurobiologia*, 71(1), 93-97.
- Uhde, T. W. (2000). Anxiety disorders. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement, *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia: WB Saunders.
- Umberson, D. (1987). Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration. *Journal of Health and Social Behavior*, 28(3), 306-319.
- Ursin, R., Bjorvatn, B., & Holsten, F. (2005). Sleep duration, subjective sleep need, and sleep habits of 40- to 45-year-olds. *Sleep*, 28(10), 1260-1269.
- Van Dongen, H. P., Maislin, G., Mullington, J. M., & Dinges, D. F. (2003). The cumulative cost of additional wakefulness: Dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. *Sleep*, 26(2), 117-126.
- Vaz Serra, A. (1995). IACLIDE (Inventário de Avaliação Clínica da Depressão). In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves, *Provas Psicológicas em Portugal*. Braga: APPORT.
- Vitiello, M. V. (1997). Sleep, alcohol and alcohol abuse. *Addiction Biology*, 2(2), 151-158.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. England: John Wiley & Sons.
- Wetter, D. W., & Young, T. B. (1994). The relation between cigarette smoking and sleep disturbance. *Preventive Medicine*, 23(3), 328-334.
- Wetter, D. W., Fiore, M. C., Baker, T. B., & Young, T. B. (1995). Tobacco withdrawal and nicotine replacement influence objective measures of sleep. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 658-667.



- Wetter, D. W., Young, T. B., Bidwell, T. R., Badr, M. S., & Palta, M. (1994). Smoking as a risk factor for sleep-disordered breathing. *Archives of Internal Medicine*, *159*(19), 2219-2224.
- Williams, H. L., Hammack, J. T., Daly, R. L., Dement, W. C., & Lubin, A. (1964). Responses to auditory stimulation, sleep loss and the EEG stages of sleep. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, *16*, 269-279.
- Willmose, B. W., ten Hacken, N. H., Rutgers, B., Postma, D. S., & Timens, W. (2005). Associations of current smoking with airway inflammation in chronic obstructive pulmonary disease and asymptomatic smokers. *Respiratory Research*, *6*, 38.
- Wingard, D. L., & Berkman, L. F. (1983). Mortality risk associated with sleeping patterns among adults. *Sleep*, *6*(2), 102-107.
- Wirz-Justice, A., & Van den Hoofdakker, R. H. (1999). Sleep deprivation in depression: What do we know, where do we go? *Biology and Psychiatry*, *46*, 445-453.
- Woodward, S. H., Arsenault, N. J., Murray, C., & Bliwise, D. L. (2000). Laboratory sleep correlates of nightmare complaint in PTSD inpatients. *Biological Psychiatry*, *48*, 1081-1087.
- Wooten, V. D., & Buysse, D. J. (1999). Sleep in psychiatric disorders. In S. Chokroverty, *Sleep disorders medicine: Basic science, technical considerations and clinical aspects*. New York: Butterworth-Heinemann.
- World Health Organization (2012). *What is mental health?* Obtido em 19 de Julho de 2012, de <http://www.who.int/en/>
- Yaggi, H. K., Araujo, A. B., & McKinlay, J. B. (2006). Sleep duration as a risk factor for the development of type 2 diabetes. *Diabetes Care*, *29*(3), 657-661.
- Yates, P. (1999). Family coping: Issues and challenges for cancer nursing. *Cancer Nursing*, *22*(1), 63-71.
- Zhang, L., Samet, J., Caffo, B., & Punjabi, N. M. (2006). Cigarette smoking and nocturnal sleep architecture. *American Journal of Epidemiology*, *164*(6), 529-537.



# Anexos

---



# Anexo 1

---





		Doença do Nódulo Sinusal em REM	
		Perturbação em Comportamento em REM	
	Outras Parassónias	Bruxismo	
		Enurese	
		Deglutição Anormal do Sono	
		Distonia Paroxística Nocturna	
		Apneia do Sono Infantil	
		Outras	
			Psicose
	Associadas a Perturbações Mentais	Perturbações do Humor	
		Perturbações da Ansiedade	
		Alcoolismo	
Perturbações do Sono Associadas a Perturbações mentais, neurológicas ou outras condições médicas	Associadas a Perturbações Neurológicas	Doenças Degenerativas	
		Demência	
		Parkinson	
		Insónia Familiar Fatal	
		Epilepsia Relacionada com o Sono	
			Cefaleias Relacionadas com o Sono
	Associadas a outras condições médicas	Arritmias Cardíacas	
		Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	
		Asma Nocturna	
		Refluxo Gastroesofágico	
Úlcera Péptica			
		Fribromialgia	
Perturbações do Sono a Propor		<i>Short Sleeper</i>	
		Long Sleeper	
		Mioclonia Fragmentária	
		Perturbação do Sono Associada à Menstruação	
		Perturbação do Sono Associada à Gravidez	
		Outras Perturbações	



## Anexo 2

---





## UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a Orientação do Professor Doutor Luís Maia, pretende-se levar a cabo uma investigação cujo principal objectivo é avaliar a qualidade do sono em função da saúde mental e dos estilos de vida da população activa portuguesa. O preenchimento deste questionário será feito de forma voluntária e anónima, pelo que todos os dados obtidos serão confidenciais e unicamente utilizados para efeitos de investigação/pesquisa. Pedimos-lhe que responda atenta e sinceramente, dando a sua verdadeira opinião em todas as questões colocadas. Desde já muito obrigado pela sua colaboração.

### 1- Questionário Sócio-demográfico

**Género:**

Masculino  Feminino

**Idade:**

Anos

**Altura (cm):** \_\_\_\_\_

**Peso (kg):** \_\_\_\_\_

**Local de Residência:**

Rural  Urbano

**Estado Civil:** (assinale apenas uma resposta)

Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

**Qual o grau de ensino que possui?** (Por favor, assinale apenas uma resposta)

Analfabeto	<input type="checkbox"/>
Sabe ler ou escrever, mas sem qualquer grau	<input type="checkbox"/>
Não completou o ensino básico	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico (1º Ciclo)	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico (2º Ciclo)	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico (3º Ciclo)	<input type="checkbox"/>
Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>
Ensino Superior	<input type="checkbox"/>

**Qual é (foi) a sua Profissão principal?**

\_\_\_\_\_

**Actualmente encontra-se desempregado(a)?**

Sim  Não

**Qual o montante mensal dos rendimentos (em Euros) do seu agregado familiar (inclui rendimentos por conta própria/salários/pensões de reforma/subsídios de desemprego)? (assinale apenas uma resposta)**

< 250	<input type="checkbox"/>
251-500	<input type="checkbox"/>
501-750	<input type="checkbox"/>
751-1000	<input type="checkbox"/>
1001-2000	<input type="checkbox"/>
2001-3000	<input type="checkbox"/>
>3001	<input type="checkbox"/>

## 2- Estilo de vida

As seguintes questões dizem respeito ao seu padrão de consumo, hábitos ou forma de vida.

**Actualmente Fuma?**

Sim  Não

**Relativamente ao consumo de álcool, bebe bebidas alcoólicas (como, por exemplo, cerveja, vinho, vodka, entre outras)?**

Sim  Não

**Relativamente à prática de actividade física (como, por exemplo, caminhar, correr, andar de bicicleta, limpar a casa, entre outras actividades), em quantos dias de uma semana normal praticou actividade física durante 30 ou mais minutos?**

Nenhum	<input type="checkbox"/>
1 dia	<input type="checkbox"/>
2 dias	<input type="checkbox"/>
3 dias	<input type="checkbox"/>
4 dias	<input type="checkbox"/>
5 dias	<input type="checkbox"/>
6 dias	<input type="checkbox"/>
Todos os dias	<input type="checkbox"/>

## 3- Doenças físicas/Estado físico

As seguintes questões referem-se a doenças que possa sofrer, bem como a doenças que os membros da sua família possam sofrer.

**Actualmente, tem alguma doença que o obrigue a cuidados médicos regulares (tratamentos, análises, medicamentos)?**

Sim  Não

**Actualmente, algum membro do seu agregado familiar tem alguma doença que o obrigue a cuidados médicos regulares (tratamentos, análises, medicamentos)?**

Sim  Não

#### 4- IACLIDE (A. Vaz Serra, 1994)

##### Instruções:

**Cada um dos sintomas que a seguir é apresentado não se refere à sua maneira de ser habitual mas sim a um estado em que sente pelo menos desde há duas semanas para cá. Não há respostas certas nem erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Se lhe parecer que duas respostas diferentes já foram experimentadas por si, assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo aquela que se aproxime mais do seu estado actual.**

1. - O interesse pelo meu trabalho é o mesmo de sempre  
- Ultimamente ando a sentir um interesse menor pelo meu trabalho  
- Presentemente sinto, com bastante frequência, desinteresse pelo que tenho que fazer  
- Actualmente ando a sentir, muitíssimas vezes, um grande desinteresse pelo meu trabalho  
- Perdi por completo todo o interesse que tinha pelo meu trabalho

---

2. - No meu dia a dia não preciso de recorrer à ajuda das outras pessoas mais do que o costume  
- Presentemente recorro mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer  
- No momento actual recorro mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer  
- Agora recorro muitíssimo mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer  
- Actualmente sinto-me completamente incapaz de fazer seja o que for sem a ajuda dos outros

---

3. - Ando-me a sentir tão sossegado como de costume  
- Ando-me a sentir interiormente mais desassossegado do que o habitual  
- Sinto-me interiormente bastante mais desassossegado do que o costume  
- Sinto-me interiormente muitíssimo mais desassossegado do que habitual  
- Sinto-me interiormente num estado permanente de agitação

---

4. - Presentemente, no contacto com os outros (familiares, amigos ou conhecidos) sou capaz de falar sobre os temas habituais das conversas comuns  
- No momento actual tenho tendência, no contacto com os outros, a falar mais do que o habitual daquilo que sinto ou me preocupa, embora consiga conversar também sobre outros assuntos

- Reconheço que agora passo bastante tempo a falar aos outros daquilo que me anda a preocupar e estou a sentir, embora também possa abordar outros assuntos
  - No momento presente, no contacto com os outros, falo muitíssimo mais do que o costume daquilo que me preocupa e ando a sentir, evitando abordar assuntos diferentes
  - Actualmente, no contacto com os outros, só sei falar daquilo que me preocupa e ando a sentir, mostrando-me incapaz de conversar de outros assuntos
- 

- 5.
- A minha consciência não me acusa de nada em particular que tenha feito
  - Ando-me a sentir um fardo para a minha família, amigos e colegas
  - Sinto actualmente que há faltas no meu passado que não devia ter cometido
  - Penso, muitas vezes, que cometi certas faltas graves no meu passado
  - Passo o tempo a pensar que o estado em que me sinto é consequência das faltas graves que cometi na minha vida
- 

- 6.
- A minha capacidade de fixação é a mesma que sempre tive
  - Às vezes custa-me fixar aquilo que preciso
  - Sinto, bastantes vezes, que ando a fixar pior aquilo que preciso
  - Sinto, muitíssimas vezes, que me esquecem facilmente as coisas
  - Sinto-me incapaz de fixar seja o que for
- 

- 7.
- Não me sinto mais infeliz do que o costume
  - Tenho períodos em que me sinto mais infeliz do que habitualmente
  - Ando-me a sentir bastante mais infeliz do que o costume, embora tenha ocasiões onde me sinta tão infeliz como dantes
  - Só em raros momentos é que me consigo sentir feliz
  - Actualmente não tenho um único momento em que me sinta feliz
- 

- 8.
- No momento presente não tenho qualquer dificuldade em começar a dormir
  - Quando me deito passo cerca de meia hora sem conseguir adormecer
  - Actualmente, quando me deito, demoro cerca de uma-duas horas antes de conseguir adormecer
  - Quando me deito nalgumas noites não consigo dormir nada
  - Se não tomar nada para adormecer as minhas noites são de insónia completa
- 

- 9.
- O valor que dou às coisas que faço e a mim próprio não é maior nem é menor do

que o costume

- Actualmente penso por vezes que, como indivíduo, tenho pouco mérito naquilo que faço
  - Ultimamente apanho-me a pensar, bastantes vezes, que não valho nada
  - Penso, com muita frequência, que não tenho qualquer valor como pessoa
  - No momento actual, sinto constantemente que não valho nada como pessoa
- 

- 10.
- A minha confiança em relação ao futuro é a mesma de sempre
  - Ao contrário de antigamente sinto-me por vezes inseguro em relação ao futuro
  - No momento actual sinto, bastantes vezes, falta de confiança no futuro
  - Sinto agora, muitíssimas vezes, falta de confiança no futuro
  - Presentemente perdi por completo a esperança que tinha no futuro
- 

- 11.
- Depois de conseguir adormecer não tenho tendência a acordar durante a noite
  - Actualmente acordo uma hora antes do habitual e depois não consigo voltar a dormir
  - Presentemente ando a acordar ao fim de 4-5 horas de sono e depois não consigo voltar a dormir
  - Após ter adormecido, acordo ao fim de uma ou duas horas e não sou capaz de voltar a dormir
  - Se não tomar nada para dormir, a minha noite é de completa insónia
- 

- 12.
- Considerando a minha vida passada não sinto que tenha sido um fracassado
  - No momento presente, observando o meu passado, acho que tive alguns fracassos
  - Penso que no meu passado existiu um número bastante grande de fracassos
  - Actualmente considero que tive, no meu passado, um número muitíssimo grande de fracassos
  - Quando observo a minha vida passada considero-a como um acumular constante de fracassos
- 

- 13.
- Quando acordo de manhã sinto-me renovado para enfrentar o meu dia
  - Apesar de ir fazendo o que necessito de fazer, quando acordo de manhã tenho a sensação de estar sem energia para o que preciso de efectuar
  - Logo que acordo de manhã e posteriormente ao longo do dia sinto-me bastante fatigado e é com dificuldade que vou realizando o que preciso de fazer
  - Desde que acordo de manhã e depois durante o dia sinto-me tão fatigado que já

---

não consigo fazer tudo o que tenho a fazer

- Quando acordo de manhã o meu cansaço é tão grande que me sinto incapaz de fazer o seja o que for

---

14. - O meu convívio com as outras pessoas é o mesmo de sempre  
- O meu estado de espírito actual leva-me, por vezes, e mais do que o costume, a evitar conviver com as outras pessoas  
- No momento presente fujo bastante do convívio com as outras pessoas  
- Devido à maneira como me ando a sentir, raramente me sinto capaz de conviver com as outras pessoas  
- Presentemente não me sinto capaz de conviver seja com quem for
- 

15. - No momento presente não noto quaisquer dificuldades na minha capacidade de concentração  
- Sinto por vezes dificuldade em me concentrar no que estou a fazer  
- Sinto com frequência dificuldade em me concentrar naquilo que executo  
- Sinto, muitíssimas vezes dificuldade em me concentrar naquilo que faço  
- Sinto-me actualmente incapaz de me concentrar naquilo que for
- 

16. - Não penso que os meus problemas sejam mais graves do que o habitual  
- Ando com medo de não ser capaz de resolver alguns dos problemas que tenho  
- Penso com frequência que não é fácil encontrar solução para alguns dos meus problemas  
- Passo o tempo preocupado com os meus problemas pois sinto que são de solução muitíssimo difícil  
- Considero que os meus problemas não têm qualquer solução possível
- 

17. - Quando é necessário sou capaz de tomar decisões tão bem como dantes  
- Agora sinto-me mais excitante do que o costume para tomar qualquer decisão  
- No momento actual demoro bastante mais tempo do que dantes para tomar qualquer decisão  
- Presentemente custa-me tanto tomar decisões que passo o tempo a adiá-las  
- Actualmente sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão sem a ajuda das outras pessoas
- 

18. - A satisfação que sinto com a vida é a mesma de sempre



- 
- Actualmente sinto-me mais aborrecido do que o costume com a vida que tenho
  - Sinto, com frequência, que a minha vida não me dá o prazer de antigamente
  - Sinto, com muitíssima frequência, que a minha vida não me traz qualquer satisfação
  - Perdi por completo a alegria de viver
- 
19. - No momento presente acho que a vida vale a pena ser vivida e não sinto qualquer desejo de fazer mal a mm mesmo
- Actualmente sinto que a vida não vale a pena ser vivida
  - No momento presente não me importaria de morrer
  - Tenho com muita frequência desejos de que a morte venha
  - Ultimamente tenho feito planos para por termo à vida
- 
20. - Ao executar as minhas tarefas diárias usuais não sinto maior fadiga do que o costume
- No cumprimento das minhas tarefas ando a sentir-me mais fatigado do que o habitual sem razão para isso
  - Naquilo que tenho que fazer ao longo do dia, embora sem motivo para isso, sinto-me bastante mais fatigado do que o costume
  - Sinto-me, sem motivo justificativo, muitíssimo fatigado naquilo que tenho que fazer, deixando de executar algumas tarefas usuais
  - Sinto-me exausto, ao menor esforço, deixando de cumprir a maior parte das tarefas que antigamente fazia
- 
21. - Quando me comparo com os outros sei que sou capaz de me sair tão bem como eles a fazer o que é preciso
- Actualmente, ao comparar-me com os outros, acho por vezes que não me desempenho tão bem como eles nas tarefas que precisam de ser feitas
  - Presentemente considero que as outras pessoas fazem as coisas bastante melhor do que eu
  - Acho que me saio muitíssimo pior do que os outros a fazer o que é necessário ser feito
  - Considero que os outros são sempre capazes de fazer melhor do que eu as coisas que precisam de ser feitas
- 
22. - Quando executo qualquer tarefa faço-a com a rapidez do costume

- 
- No momento presente sinto-me mais lento a fazer o que tenho para fazer
  - Actualmente demoro bastante mais tempo do que o habitual a fazer o que tenho para fazer
  - Sinto-me muitíssimo mais lento a fazer tudo quanto tenho para fazer
  
  - Presentemente de moro uma enormidade de tempo a fazer seja o que for
- 

23. - A capacidade de me manter activo é a mesma de costume
- Não me sinto capaz de me manter tão activo como o habitual
  - Actualmente dá-me para passar largos momentos sem fazer absolutamente nada
  - No momento actual raramente faço o que preciso de fazer
  - Só me dá vontade de estar todo o tempo sentado ou deitado na cama, sem fazer nada
-

#### 4- SCL-90-R (Questionário de 90 sintomas)

##### Instruções:

Leia atentamente a lista que apresentamos nas páginas seguintes. São problemas e incómodos que quase toda a gente sofre alguma vez. Pense se sentiu algum destes sintomas nas últimas semanas, incluindo o dia de hoje.

Faça um círculo no (0) se não sofreu desse incomodo em absoluto; no (1) se o sentiu um pouco presente; no (2) se o sentiu moderadamente; no (3) se o sentiu muito e no (4) se o sentiu extremamente.

Até que ponto se sentiu incomodado(a) pelo sintoma

0 Nada em absoluto	1 Um pouco	2 Moderadamente	3 Muito	4 Extremamente
--------------------------	---------------	--------------------	------------	-------------------

Faça um círculo na alternativa eleita

1	Dores de cabeça	0	1	2	3	4
2	Nervosismo ou agitação interior	0	1	2	3	4
3	Pensamentos, palavras ou ideias não desejáveis que não saem da mente	0	1	2	3	4
4	Sensações de desmaio ou enjoo	0	1	2	3	4
5	Perda do desejo ou prazer sexual	0	1	2	3	4
6	Ver as pessoas de maneira negativa, encontrando nelas sempre defeitos	0	1	2	3	4
7	Ideia que outra pessoa possa controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
8	Impressão de que a maioria dos seus problemas são culpa dos outros	0	1	2	3	4
9	Dificuldade de recordar as coisas	0	1	2	3	4
10	Preocupação com a higiene, o descuido ou a desorganização	0	1	2	3	4
11	Sentir-se facilmente molestado, irritado ou enfadado	0	1	2	3	4
12	Dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4
13	Sentir medo de espaços abertos ou de estar na rua	0	1	2	3	4
14	Sentir-se sem energia ou desanimado	0	1	2	3	4
15	Pensamentos suicidas, ou ideias de acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
16	Ouvir vozes que mais ninguém ouve	0	1	2	3	4
17	Temores	0	1	2	3	4
18	A ideia de que não se pode confiar em ninguém	0	1	2	3	4
19	Falta de apetite	0	1	2	3	4
20	Chorar facilmente	0	1	2	3	4
21	Timidez ou incómodo perante o sexo oposto	0	1	2	3	4
22	Sensação de estar preso ou fechado	0	1	2	3	4
23	Ter medo de repente sem razão aparente	0	1	2	3	4
24	Ataques de cólera ou ataques de fúria que não consegue controlar	0	1	2	3	4
25	Medo de sair de casa sozinho	0	1	2	3	4
26	Culpar-se a si mesmo de tudo o que passa	0	1	2	3	4
27	Dores no fundo das costas	0	1	2	3	4

**Qualidade do sono, saúde e estilos de vida**  
 Universidade da Beira Interior

28	Sentir-se incapaz de fazer as coisas ou de terminar as tarefas	0	1	2	3	4
29	Sentir-se só	0	1	2	3	4
30	Sentir-se triste	0	1	2	3	4
31	Preocupar-se demasiado com tudo	0	1	2	3	4
32	Não sentir interesse por nada	0	1	2	3	4
33	Sentir-se temeroso	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensível ou sentir-se ferido com facilidade	0	1	2	3	4
35	A impressão que os outros se apercebem do que está a pensar	0	1	2	3	4
36	Ter a sensação que os outros não o compreendem ou não fazem caso de si	0	1	2	3	4
37	Ter a impressão que as outras pessoas são pouco amistosas ou que não gostam de si	0	1	2	3	4
38	Ter que fazer as coisas muito devagar para se assegurar que estão bem	0	1	2	3	4
39	O seu coração palpita ou bate muito depressa	0	1	2	3	4
40	Náuseas ou mal-estar no estômago	0	1	2	3	4
41	Sentir-se inferior em relação aos outros	0	1	2	3	4
42	Dores musculares	0	1	2	3	4
43	Sensação que as outras pessoas estão a olhar para si ou falam de si	0	1	2	3	4
44	Dificuldade em conciliar o sono	0	1	2	3	4
45	Ter que verificar uma e outra vez tudo o que faz	0	1	2	3	4
46	Dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
47	Sentir medo ao viajar de carro, autocarro, metro ou comboio	0	1	2	3	4
48	Aflicção ou dificuldades em respirar	0	1	2	3	4
49	Arrepios, sentir calor ou frio de repente	0	1	2	3	4
50	Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades, porque lhe provocam medo	0	1	2	3	4
51	Ficar com a mente em branco	0	1	2	3	4
52	Adormecimento ou formigueiro em alguma parte do corpo	0	1	2	3	4
53	Sentir um nó na garganta	0	1	2	3	4
54	Sentir-se desesperado em relação ao futuro	0	1	2	3	4
55	Ter dificuldades para concentrar-se	0	1	2	3	4
56	Sentir-se débil relativamente a alguma parte do corpo	0	1	2	3	4
57	Sentir-se tenso ou com os nervos em franja	0	1	2	3	4
58	Sentir os braços e as pernas pesadas	0	1	2	3	4
59	Ideias sobre a morte ou o facto de morrer	0	1	2	3	4
60	Comer demasiado	0	1	2	3	4
61	Sentir-se incomodado quando as pessoas o olham ou falam acerca de si	0	1	2	3	4
62	Ter pensamentos que não são seus	0	1	2	3	4
63	Sentir o impulso para bater, golpear ou fazer mal a alguém	0	1	2	3	4
64	Acordar de madrugada	0	1	2	3	4
65	Impulsos que o levam a fazer coisas de maneira repetida (mexer em algo, lavar-se...)	0	1	2	3	4
66	Sono inquieto ou perturbado	0	1	2	3	4
67	Ter vontade de partir ou destruir algo	0	1	2	3	4
68	Ter ideias ou crenças que não são partilhadas pelos outros	0	1	2	3	4

69	Sentir-se inibido ou envergonhado entre as outras pessoas	0	1	2	3	4
70	Sentir-se incomodado entre muita gente, por exemplo no cinema, em lojas, etc	0	1	2	3	4
71	Sentir que tudo requer um grande esforço	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror ou pânico	0	1	2	3	4
73	Sentir-se incomodado quando come ou bebe em público	0	1	2	3	4
74	Ter discussões frequentes	0	1	2	3	4
75	Sentir-se nervoso quando fica só	0	1	2	3	4
76	Os outros não o recompensam adequadamente pelos seus méritos	0	1	2	3	4
77	Sentir-se só apesar de estar com mais gente	0	1	2	3	4
78	Sentir-se tão inquieto que não consegue estar sentado tranquilamente	0	1	2	3	4
79	Sensação de ser inútil ou não valer nada	0	1	2	3	4
80	Pressentimentos de que algo vai correr mal	0	1	2	3	4
81	Gritar ou atirar coisas	0	1	2	3	4
82	Ter medo de desmaiar em público	0	1	2	3	4
83	Impressão de que as pessoas tentariam aproveitar-se de si se o permitisse	0	1	2	3	4
84	Ter pensamentos relativos ao sexo que o inquietam bastante	0	1	2	3	4
85	A ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados ou erros	0	1	2	3	4
86	Pensamentos ou imagens assustadoras que lhe provocam medo	0	1	2	3	4
87	A ideia de que algo sério anda mal no seu corpo	0	1	2	3	4
88	Sentir-se sempre distante, tendo a sensação que não tem intimidade com ninguém	0	1	2	3	4
89	Sentimentos de culpabilidade	0	1	2	3	4
90	Ideia de que algo está mal na sua mente	0	1	2	3	4

## 5- Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI)

---

### Instruções:

As seguintes questões dizem respeito aos seus hábitos de sono durante o **último mês**. As suas respostas devem indicar a ideia mais aproximada da **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as questões.

---

1. Durante o último mês, a que horas normalmente se deitou à noite?

Hora normal de se deitar \_\_\_\_\_

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) demorou a adormecer à noite?

Número de minutos \_\_\_\_\_

3. Durante o último mês, a que horas normalmente se levantou de manhã?

Hora normal de se levantar \_\_\_\_\_

4. Durante o último mês, quantas horas de sono teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que passou na cama).

Horas de sono por noite \_\_\_\_\_

Para cada uma das questões que se seguem, marque a melhor resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência teve dificuldade em dormir porque...

a) Não conseguiu adormecer em 30 minutos

Nenhuma durante o último mês

Menos de 1 vez por semana

1 ou 2 vezes por semana

3 ou mais vezes por semana

b) Acordou a meio da noite ou de manhã cedo

Nenhuma durante o último mês

Menos de 1 vez por semana

1 ou 2 vezes por semana

3 ou mais vezes por semana

c) Precisou de se levantar para ir à casa-de-banho

Nenhuma durante o último mês

Menos de 1 vez por semana

1 ou 2 vezes por semana

3 ou mais vezes por semana

d) Não conseguiu respirar confortavelmente

Nenhuma durante o último mês

Menos de 1 vez por semana

- 1 ou 2 vezes por semana   
3 ou mais vezes por semana
- e) Tossiu ou ressonou fortemente
- Nenhuma durante o último mês   
Menos de 1 vez por semana   
1 ou 2 vezes por semana   
3 ou mais vezes por semana
- f) Sentiu demasiado frio
- Nenhuma durante o último mês   
Menos de 1 vez por semana   
1 ou 2 vezes por semana   
3 ou mais vezes por semana
- g) Sentiu demasiado calor
- Nenhuma durante o último mês   
Menos de 1 vez por semana   
1 ou 2 vezes por semana   
3 ou mais vezes por semana
- h) Teve maus sonhos
- Nenhuma durante o último mês   
Menos de 1 vez por semana   
1 ou 2 vezes por semana   
3 ou mais vezes por semana
- i) Teve dor
- Nenhuma durante o último mês   
Menos de 1 vez por semana   
1 ou 2 vezes por semana   
3 ou mais vezes por semana
- j) Outra(s) razão(ões) para além das anteriores, por favor descreva
- 

Com que frequência, durante o último mês, teve dificuldade em dormir devido a essa razão?

- Nenhuma durante o último mês   
Menos de 1 vez por semana   
1 ou 2 vezes por semana   
3 ou mais vezes por semana

6. Durante o último mês, como classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

- Muito boa   
Boa

**Qualidade do sono, saúde e estilos de vida**  
Universidade da Beira Interior

Má   
Muito má

7. Durante o último mês, com que frequência tomou medicamentos (prescritos ou “por conta própria”) para o ajudar a dormir?

Nenhuma durante o último mês   
Menos de 1 vez por semana   
1 ou 2 vezes por semana   
3 ou mais vezes por semana

8. Durante o último mês, com que frequência teve dificuldade em permanecer acordado enquanto conduzia, comia ou participava numa actividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

Nenhuma durante o último mês   
Menos de 1 vez por semana   
1 ou 2 vezes por semana   
3 ou mais vezes por semana

9. Durante o último mês, quão problemático foi para si manter o entusiasmo suficiente para fazer as coisas (as suas actividades habituais)?

Nenhuma dificuldade   
Um problema leve   
Um problema razoável   
Um grande problema

Certifique-se de que não se esqueceu de responder a nenhuma das questões.

O nosso muito obrigado pela sua colaboração e sinceridade.

**FIM**