

CLÁUDIA ISABEL COSTA FERREIRA DA SILVA

**A SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA EM ESTUDANTES DO 1º
ANO DO ENSINO SUPERIOR**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Porto, 2013

CLÁUDIA ISABEL COSTA FERREIRA DA SILVA

**A SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA EM ESTUDANTES DO 1º
ANO DO ENSINO SUPERIOR**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Porto, 2013

CLÁUDIA ISABEL COSTA FERREIRA DA SILVA

**A SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA EM ESTUDANTES DO 1º
ANO DO ENSINO SUPERIOR**

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, com a orientação da Professora Doutora Rute Meneses.

Resumo

Tem vindo a aumentar a atenção dada ao sono e às dificuldades a ele associadas no que diz respeito aos jovens, particularmente aos estudantes universitários. No caso específico dos alunos do 1º ano do Ensino Superior, e estando estes a vivenciar uma fase de transição e adaptação a um novo contexto que implica novos desafios e exigências aos mais diversos níveis, o sono poderá ser um dos aspectos a ressentir-se durante esse período, resultando numa pobre higiene do sono e conseqüente sonolência diurna excessiva (SDE).

O estudo realizado pretende averiguar a prevalência de SDE numa amostra de alunos do 1º ano e identificar alguns dos seus correlatos. Participaram 115 alunos (72,2% do sexo feminino, idade média de 18,7 anos) a frequentar o 1º ano de diferentes Cursos e Faculdades privadas no ano lectivo de 2006-2007. Foram administrados colectivamente um Questionário Sócio-Demográfico, os itens 1 e 2 do Questionário de Estado de Saúde (MOS SF-36) e a Escala de Sonolência de Epworth (ESE).

Os resultados revelaram índices de SDE considerados patológicos em cerca de um terço da amostra, confirmando os dados da literatura revista. Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre a SDE e o sexo, a idade, a saída ou não de casa para estudar e a percepção geral do estado de saúde dos participantes.

Os resultados sugerem que é necessário avaliar, rotineiramente, a SDE dos estudantes do 1º ano e identificar os seus preditores modificáveis, de modo a desenvolver estratégias de intervenção eficazes.

Palavras-chave: sono, estudantes universitários, transição, adaptação, sonolência diurna excessiva (SDE).

Abstract

The attention given to sleep and its difficulties has been increasing in regard to young people, particularly college students. In the specific case of 1st year college students, which are experiencing a phase of transition and adaptation to a new context which implies new challenges and demands at different levels, sleep may be one of the aspects affected during this period, resulting in poor sleep hygiene and, consequently, excessive daytime sleepiness (EDS).

This study aims to investigate the prevalence of EDS in a sample of 1st year students and to identify some of its correlates. A total of 115 students (72,2% female, mean age 18,7 years) attending the 1st year of different Courses and private Faculties in the academic year of 2006-2007 participated. A Socio-Demographic Questionnaire, items 1 and 2 of the Health Status Questionnaire (MOS SF-36) and the Epworth Sleepiness Scale (ESS) were administered collectively.

The results showed that about a third of the sample exhibited pathological levels of EDS, confirming the reviewed literature. There were no statistically significant relations between EDS and sex, age, leaving or not leaving home to study and the participants' general perception of health status.

The results suggest it is necessary to assess, routinely, 1st year students' EDS and to identify its modifiable predictors, in order to develop efficient intervention strategies.

Keywords: sleep, college students, transition, adaptation, excessive daytime sleepiness (EDS).

Agradecimentos

A concretização da presente dissertação de Mestrado contou com o apoio e o incentivo de muitos e importantes intervenientes, sem os quais não se teria transformado numa realidade e aos quais estarei eternamente grata.

À Professora Doutora Rute Meneses, pela sua preciosa orientação, acompanhamento e partilha de saber e de conhecimentos. Pela disponibilidade e compreensão sempre demonstradas, pela prontidão no solucionar das dúvidas que foram surgindo e por todas as palavras de estímulo e incentivo, particularmente nos momentos mais complicados, o meu muito obrigada.

À Universidade Fernando Pessoa e a todos os docentes pela aprendizagem proporcionada e pela oportunidade e qualidade de formação.

Aos meus avós, porque com os seus ensinamentos e o seu amor incondicional me tornaram numa pessoa melhor, e porque a saudade também pode e deve funcionar como motor impulsionador para que continuemos sempre em frente.

Aos meus pais um agradecimento especial pelo apoio constante, por terem sempre acreditado na minha capacidade de concretizar este projecto, não me deixando espaço para duvidar, e por me terem ajudado a encontrar a coragem e a motivação necessárias para chegar até aqui. A eles dedico este trabalho.

Ao Ricardo, pelo interesse e pela preocupação demonstrados ao longo do percurso, e também pela força, pelos sorrisos e palavras de conforto sempre presentes. Porque não importa se as pessoas estão na nossa vida desde sempre, ou se entraram ainda ontem, quando são importantes ao ponto de não imaginarmos um único amanhã sem elas.

À restante família e amigos, obrigada pelo carinho, atenção e pela compreensão nos (tantos) momentos de ausência e de maior afastamento.

A todos, o meu mais sincero agradecimento!

Índice

Introdução	1
Parte I – Enquadramento conceptual	
Capítulo I – O sono: Aspectos definidores	4
1.1 – Definição, estrutura e funções do sono	4
1.2 – Perturbações do sono	14
1.3 – Avaliação do sono	19
Capítulo II – Sono no Ensino Superior: Transição e adaptação	24
2.1 – Transição e adaptação dos estudantes do 1º ano do Ensino Superior	24
2.2 – Sono em estudantes do 1º ano do Ensino Superior	42
2.3 – A sonolência diurna excessiva em estudantes do 1º ano do Ensino Superior e seus correlatos	50
Parte II – Estudo empírico	
Capítulo III – Objectivos e variáveis do estudo	62
Capítulo IV – Método	64
4.1 – Participantes	64
4.2 – Material	69
4.3 – Procedimento	72
Capítulo V – Apresentação e discussão dos resultados	74
Conclusão	83
Referências Bibliográficas	
Anexos	

Anexo A – Tabela A1 - Classificação das perturbações do sono (DSM-IV-TR)

Índice de Quadros

Quadro 1 - Hipnograma normal	11
Quadro 2 - Classificação internacional dos distúrbios do sono	19
Quadro 3 - Descrição da amostra por sexo	64
Quadro 4 - Descrição da amostra por curso frequentado	65
Quadro 5 - Descrição da amostra por situação de residência	65
Quadro 6 - Descrição da amostra por local de residência após saída de casa para estudar	66
Quadro 7 - Descrição da amostra em relação à condição laboral do pai	66
Quadro 8 - Descrição da amostra em relação à condição laboral da mãe	67
Quadro 9 - Descrição da amostra em função da profissão do pai	67
Quadro 10 - Descrição da amostra em função da profissão da mãe	68
Quadro 11 - Descrição da amostra em função da percepção geral do estado de saúde	68
Quadro 12 - Descrição da amostra em função da comparação do estado de saúde actual com o que acontecia há um ano atrás	69
Quadro 13 - Pontuação obtida na ESE	74
Quadro 14 - Distribuição da amostra em função da pontuação obtida na ESE	76
Quadro 15 - Diferenças entre o sexo feminino e o sexo masculino quanto à pontuação obtida na ESE	77
Quadro 16 - Diferenças entre os alunos que saíram de casa da família para estudar e os que não saíram quanto à pontuação obtida na ESE	79

Lista de Siglas

SDE – Sonolência diurna excessiva

NREM – Sono lento

REM – Sono paradoxal

EEG – Electroencefalograma

EOG – Electrooculografia

EMG – Electromiografia

SWS – Slow wave sleep

ICSD – International Classification of Sleep Disorders

DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

APA – American Psychiatric Association

ICD-10 – International Classification of Diseases

ESE – Escala de Sonolência de Epworth

PSQI – The Pittsburgh Sleep Quality Index

PSG – Polissonografia

TLMS – Teste de Latência Múltipla do Sono

TMV – Teste de Manutenção da Vigília

QVA-r – Questionário de Vivências Acadêmicas – versão reduzida

MOS SF-36 – Medical Outcomes Study Short Form

INTRODUÇÃO

É reconhecida actualmente a importância do sono como agente restaurador e homeostático, com um nítido e crucial impacto sobre o estado de vigília do sujeito, sendo que, devido a essa sua importante função, as perturbações do sono podem provocar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social dos indivíduos, comprometendo substancialmente a sua qualidade de vida (Cardoso et al., 2009). Não parecem existir dúvidas entre os profissionais de saúde acerca do papel fundamental de um sono suficiente e reparador para a manutenção da saúde física e mental dos indivíduos, sendo os distúrbios do sono considerados tanto um factor preditivo como um sintoma de variadas doenças (Lund, Reider, Whiting & Prichard, 2010). Dada a sua importância nas mais diversas áreas da vida dos sujeitos, não é por acaso que o ser humano passa em média dois terços da sua vida em vigília e um terço a dormir (Oliveira & Anastácio, 2011).

Hoje em dia, em Portugal, o sono e as dificuldades a ele associadas são vistos como um problema de saúde pública, com maior incidência na faixa etária dos jovens em idade escolar, incluindo os universitários (Paiva & Penzel, 2011).

Tendo em conta que o sono é um barómetro precioso do estado físico e mental dos sujeitos e que tende a responder rapidamente às situações de tensão e *stress* (Henriques, 2008), será legítimo pensar-se que este sofre alterações significativas e tem a sua qualidade comprometida em particular nos alunos do primeiro ano do Ensino Superior, que enfrentam o processo de transição e adaptação ao Ensino Superior, com todas as mudanças, muitas vezes causadoras de ansiedade, que essa fase acarreta em termos de novos desafios, novas tarefas e exigências a nível pessoal, social e académico (Seco, Pereira, Dias, Casimiro & Custódio, 2005).

Assim, as dificuldades do sono e as suas consequências (principalmente a sonolência diurna excessiva) têm vindo a ser alvo de cada vez mais atenção, com os estudantes universitários a serem considerados uma população homogénea e particularmente afectada pelos seus hábitos de sono (Taher, Samud, Ratimy & Seabe, 2012). É sabido que o uso das novas tecnologias e aparelhos electrónicos, o aumento das exigências académicas, os horários das aulas, bem como a necessidade de

integração num novo contexto e tudo o que daí advém alteram significativamente os comportamentos de sono dos jovens adultos (Oliveira & Anastácio, 2011). Como variadíssimos estudos documentam, uma pobre qualidade e quantidade de sono, bem como um padrão de sono irregular, estão presentes em níveis considerados preocupantes entre a população estudantil do Ensino Superior (Buboltz et al., 2009; Gaultney, 2010; Lund et al., 2010).

Desta forma, entende-se que, apesar da população universitária ser geralmente jovem e, em princípio, saudável, a vida académica nem sempre é acompanhada dos comportamentos de sono mais saudáveis, com todas as consequências que daí podem advir em termos de funcionamento durante o dia, nomeadamente a sonolência diurna excessiva (SDE) (Gomes, Tavares & Azevedo, 2009).

A SDE, que se reflecte no ter dificuldade em despertar de manhã, no acordar com sensação de cansaço e no ter problemas com a sonolência nas mais variadas situações durante o dia, afecta uma grande parte dos estudantes universitários e constitui uma das suas queixas mais comuns (Pagel & Kwiatkowski, 2010). Sendo um problema particularmente expressivo no seio dos jovens adultos, a SDE parece resultar essencialmente de um sono em quantidade insuficiente associado a mudanças intrínsecas no padrão sono-vigília, bem como a pressões extrínsecas no sentido de atrasar a hora de deitar e de, mesmo assim, acordar cedo (Millman, 2005).

É sabido que um sono adequado e sem interrupções parece otimizar o processo de aprendizagem e o funcionamento cognitivo, sendo que o oposto também se verifica, uma vez que, quando existem perturbações do sono que conduzem ao surgimento de sonolência diurna, o estado de alerta e a vigilância tornam-se instáveis e mais falíveis, resultando em níveis mais baixos de atenção e concentração, um maior risco de cometer erros, bem como em comprometimento da memória e da capacidade de tomada de decisão (Gaultney, 2010; Millman, 2005; Oliveira & Anastácio, 2011).

Estes factos constituem um sólido argumento para a realização do presente estudo, que tem como objectivos averiguar a prevalência de SDE numa amostra de alunos universitários do primeiro ano, e se a mesma varia em função do sexo, idade e situação de residência dos sujeitos, bem como explorar qual a sua relação com a percepção geral do estado de saúde dos mesmos, no sentido de alertar e consciencializar

os diferentes actores no contexto educativo e académico para a relevância da temática em questão e servir de ponto de partida para futuras investigações e intervenções.

Assim, a presente dissertação apresenta-se organizada por assuntos e áreas científicas abordadas, encontrando-se dividida em duas grandes partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento conceptual da temática estudada e aparece subdividida em dois capítulos, sendo que o primeiro capítulo diz respeito ao sono e aos seus aspectos definidores e o segundo capítulo incide sobre o sono e a SDE nos estudantes do Ensino Superior, essencialmente nos alunos do primeiro ano, uma vez que enfrentam uma fase particularmente sensível de transição e adaptação à Universidade. A segunda parte deste trabalho corresponde ao estudo empírico, estando dividida em três capítulos: um destinado à enumeração dos objectivos e variáveis do estudo (terceiro capítulo); outro que consiste na explicação do método utilizado, com a respectiva descrição dos participantes, material usado e procedimento adoptado (quarto capítulo) e, por último, a apresentação e discussão dos resultados (quinto capítulo). O presente trabalho termina com algumas considerações finais acerca da temática em questão e dos resultados obtidos, bem como sobre as limitações e dificuldades sentidas ao longo da sua realização, sugerindo-se possíveis pistas que permitam ultrapassá-las e continuar a desenvolver esta linha de investigação no futuro, possibilitando a descoberta de novas estratégias e esquemas de acção que constituam uma adequada e eficaz intervenção ao nível do sono dos estudantes universitários.

PARTE I – Enquadramento Conceptual

Capítulo I – O Sono: Aspectos definidores

1.1 – Definição, estrutura e funções do sono

“O sono é como uma outra casa que poderíamos ter, e onde, deixando a nossa, iríamos dormir.”

(Marcel Proust in Citador)

É já desde a Antiguidade que o processo do sono suscita curiosidade no seio dos homens, levando Hipócrates, por exemplo, a associar a insónia ao aborrecimento e à tristeza, enquanto Aristóteles defendia que o sono era fundamental para manter a percepção, que, se utilizada continuamente, acabaria por se esgotar (Cardoso et al., 2009).

Como diversos estudos científicos comprovam não seria possível sobreviver durante muito tempo a um estado de vigília continuado e imposto, uma vez que assim como não se pode persistir sem respirar, também não se pode viver sem dormir, tendo portanto o sono uma função absolutamente vital (Brunschwig, 2002/2008). Paradoxalmente, apesar de ser um fenómeno inato, o sono requer aprendizagem pois depende de diversos factores tais como o meio geográfico e a alternância dia/noite, o meio social e familiar dos sujeitos e ainda factores psicológicos e fisiológicos que divergem de indivíduo para indivíduo (Brunschwig, 2002/2008).

Segundo Soares (2010, p. 13), “o sono é um estado de “não acordado” fisiológico, com perda total mas transitória da vida de relação , sendo fundamental para o bem-estar físico e mental”. É também considerado uma forma de repouso natural e cíclico, caracterizada essencialmente pela suspensão da consciência, pelo relaxamento muscular e dos sentidos, pela diminuição do ritmo cardíaco e respiratório e pela presença de actividade onírica (Stores, 2001). Ao dormir e satisfazer esta necessidade física primordial, o indivíduo está a contribuir para a manutenção de uma vida saudável

com restauração e recuperação física e psicológica e protegendo-se do desgaste normal das horas que passa acordado (Stores, 2001).

No entanto, a tarefa de definir o que é o sono normal e quais os seus parâmetros caracterizadores, revela-se bastante complicada e muito subjectiva na medida em que existe uma grande variabilidade individual e, no mesmo indivíduo, variabilidade entre noites (Rente & Pimentel, 2004). Desta forma, pode considerar-se um sono normal aquele que propicia ao sujeito uma sensação de bem-estar ou descanso físico e mental, permitindo-lhe a recuperação de energias e a realização em boas condições físicas e mentais das tarefas do dia seguinte, com ausência de sonolência diurna, tendo sempre em conta a grande variabilidade existente (Rente & Pimentel, 2004).

Assim sendo, a capacidade do indivíduo resistir à privação do sono é bastante baixa, principalmente quando comparada com outras funções fisiológicas como o satisfazer da fome, da sede ou do impulso sexual (Paiva & Penzel, 2011). A privação do sono, ainda que parcial, ou a persistência de noites consecutivas sem um sono reparador, conduz a situações clínicas graves e com consequências perigosas para o sujeito tais como a diminuição do desempenho psicomotor, problemas de atenção e/ou concentração, problemas de memória, tempos de reacção prolongados, mau humor e irritabilidade, pouca resistência ao *stress* e até estados confusionais (Albernaz, 2007; Paiva, 2008; Soares, 2010). Este aspecto da privação do sono deve ser tido em conta, uma vez que é actualmente uma condição comum e preocupante na sociedade moderna, com cerca de 63% das pessoas a declarar dormir menos de sete horas por noite nos dias de semana, tentando depois compensar com mais horas de sono aos fins de semana (Tavares, 2007).

Ao contrário do que se pensou durante algum tempo, o sono não é um fenómeno puramente passivo, não correspondendo apenas e só ao desaparecimento da vigilância e alerta, mas sim a um estado bastante complexo que activamente reorganiza todas as nossas funções (Brunschwig, 2002/2008). Variadíssimos estudos confirmaram que o sono é um estado activo provocado pela estimulação das zonas hipnógenas anteriores do tronco cerebral (cf. Madalena, 1979). Parece haver um trabalho árduo do cérebro durante o sono, essencialmente no que diz respeito à memória, tornando possível e facilitando a aprendizagem através das diferentes fases de registo, codificação,

armazenamento e evocação da memória (Soares, 2010). Outro factor que contraria a ideia de passividade associada ao sono é a importância do seu desempenho significativo nos processos metabólicos regenerativos, cooperando activamente com os sistemas imunitário, digestivo e cardiovascular (numa relação bidireccional), e contribuindo para a recuperação de lesões orgânicas e para a defesa contra agentes patogénicos (Soares, 2010; Taher et al., 2012). É sabido que uma crónica redução do sono pode enfraquecer a resposta imunitária do organismo às infecções (Buboltz et al., 2009).

Só com o advento da electroencefalografia, em 1930 através de Hans Berger, foi possível constatar as alterações na actividade eléctrica cerebral que se dão durante o sono, definindo-se posteriormente diferentes padrões electroencefalográficos e relacionando-os directamente com diferentes níveis de profundidade do sono (Rente & Pimentel, 2004). Ainda mais tarde, na década de 50, Kleitman e Dement introduzem o conceito de sono REM e falam dos movimentos rápidos oculares que o caracterizam, surgindo então nessa altura a ideia de que o sono é um processo activo e constituído por uma sequência organizada de estados (Rente & Pimentel, 2004). Ficou assim claro que o sono apresenta duas fases distintas, com mecanismos fisiológicos diferentes, que alternam e se sucedem durante a noite por ciclos e de forma previsível, sendo estas a fase do sono lento (Não-REM ou NREM) e a fase do sono paradoxal (REM – *Rapid-Eye-Movements* ou movimentos rápidos oculares) (Rente & Pimentel, 2004; Soares, 2010).

Pode então caracterizar-se o sono lento (NREM) como sendo um sono de ondas lentas ou sincronizadas, observando-se um aprofundamento gradual à medida que as ondas cerebrais se vão tornando progressivamente mais lentas (Rios, Peixoto & Senra, 2008). Para Rente e Pimentel (2004) o sono lento (NREM) é assim designado devido à lentificação gradual visível no traçado encefalográfico, que aumenta à medida que o sono se torna mais profundo, havendo um domínio da actividade parassimpática com consequente diminuição da frequência cardíaca, da tensão arterial, da temperatura e do tónus muscular.

Já no sono paradoxal (REM) o electroencefalograma apresenta um traçado semelhante ao das ondas do estado de alerta, a pulsação e a respiração são tão rápidas como na fase de vigília, mas mais irregulares, há vários movimentos dos olhos e o tónus

muscular reduz-se a zero, podendo, no homem, ocorrer erecção peniana (Brunschwig, 2002/2008; Junior, 2007). Segundo Rente e Pimentel (2004) e Paiva e Penzel (2011) esta fase do sono deve a sua designação de paradoxal ao facto dos movimentos rápidos oculares coexistirem e contrastarem com uma atonia muscular generalizada, havendo um domínio da actividade simpática e denotando-se uma marcada variabilidade ao nível da frequência cardíaca e respiratória e da tensão arterial.

Tipicamente, o sono começa com o tipo NREM, englobando este quatro fases distintas de acordo com as alterações verificadas no electroencefalograma (EEG) que consiste num registo da actividade eléctrica da superfície do cérebro, na electrooculografia (EOG) que regista os movimentos dos olhos e na electromiografia (EMG) que faz o registo da actividade eléctrica a nível muscular (Junior, 2007).

A fase 1 do sono NREM pode ser considerada a fase de sonolência e adormecimento, podendo durar de alguns minutos até cerca de uma hora, e na qual são suficientes ruídos ligeiros ou outras perturbações ambientais para despertar o indivíduo e fazê-lo rapidamente voltar ao estado de vigília. Nesta fase os movimentos oculares são lentos e a actividade muscular também diminui conforme se verifica na amplitude da EMG em comparação com o estado de vigília (Brunschwig, 2002/2008; Rente & Pimentel, 2004; Soares, 2010).

Na fase 2 do sono NREM o sono mantém-se leve, podendo ainda o sujeito ser facilmente acordado, verificando-se o desaparecimento dos movimentos dos olhos e sendo visível no EEG uma estruturação diferente da vigília, com ondas lentas, apesar de alguns surtos ocasionais de ondas rápidas (Brunschwig, 2002/2008; Soares, 2010). É nesta fase que surgem os fusos de sono, que são descritos por Rente e Pimentel (2004, p. 6) como “surtos breves de ondas de frequência rápida, de 12 a 14 Hz, podendo ir até 16 Hz, com duração entre 0,5 e 3 ou mais segundos”, sendo de notar que o período de tempo que decorre entre o indivíduo se deitar e o surgimento do primeiro fuso é denominado latência do sono.

Ao avançar para a fase 3 do sono NREM as ondas do EEG tornam-se progressivamente ainda mais lentas, sendo este já considerado um sono profundo

(Brunschwig, 2002/2008; Soares, 2010). Verifica-se uma diminuição do ritmo respiratório e da frequência cardíaca, com baixa da tensão arterial (Madalena, 1979).

Na fase 4, as ondas produzidas pelo cérebro são em grande maioria extremamente lentas (Soares, 2010), levando o indivíduo a mergulhar num sono muito profundo que se caracteriza pela imobilidade e pela insensibilidade ao ruído e à luz, com a respiração, o ritmo cardíaco e a tensão arterial muito diminuídos, mas mantendo o tônus muscular (Brunschwig, 2002/2008).

As fases 3 e 4 são, devido às suas semelhanças, frequentemente consideradas em conjunto como sendo de sono profundo e durante o qual é bastante difícil ser-se acordado, sendo nestas fases que podem ocorrer situações de sonambulismo e de enurese nocturna (Soares, 2010). Assim, é actualmente comum estas duas fases serem denominadas em conjunto de sono lento profundo (SWS: *slow-wave-sleep*), enquanto que as fases 1 e 2 são normalmente designadas de sono superficial (Paiva & Penzel, 2011; Rente & Pimentel, 2004).

Após estes quatro estados de sono NREM o sujeito entra no sono REM, observando-se os primeiros movimentos oculares rápidos (REMs) em várias direcções e uma acentuada diminuição do tônus muscular bem visível na EMG, essencialmente ao nível dos músculos da face, pescoço e tronco (Rente & Pimentel, 2004). A respiração acelera, tornando-se mais irregular e profunda, o ritmo cardíaco e a tensão arterial aumentam e usualmente esta é a fase associada à ocorrência de sonhos, não podendo, no entanto, o indivíduo movimentar-se de forma a interferir com os mesmos (Madalena, 1979; Soares, 2010). Nesta fase, de actividade onírica intensa, ocorrem essencialmente sonhos coloridos que envolvem situações emocionalmente mais fortes e, é no decorrer dela, que é integrada a actividade quotidiana, ou seja, é feita a separação entre o acessório e o essencial (Paiva, 2008).

Sabe-se que durante o sono NREM a exigência metabólica do cérebro diminui, sendo que no sono REM essa exigência pode aumentar até 80%, o que se traduz num aumento significativo na oferta de oxigénio ao metabolismo cerebral (Junior, 2007). O sono REM parece estimular as regiões cerebrais mais utilizadas na aprendizagem e no

armazenamento das memórias, surgindo associado a áreas do cérebro responsáveis pela aprendizagem, o pensamento e a informação organizativa (Soares, 2010).

Tendo como referência o sono de jovens adultos saudáveis, pode constatar-se que, ao longo de uma noite, existe uma constante alternância entre sono NREM e sono REM, pelo que se pode designar cada emparelhamento NREM/REM de ciclo de sono. O primeiro período de sono NREM seguido do primeiro REM denomina-se o primeiro ciclo de sono (Rente & Pimentel, 2004), sendo este considerado “o mais estável e reprodutível de noite para noite” (Paiva & Penzel, 2011, p. 11). A duração média estimada de um ciclo de sono situa-se perto dos 90 minutos, podendo variar entre 70 a 120 minutos, pelo que é normal a formação de 3 a 5 ciclos por noite (Madalena, 1979; Paiva & Penzel, 2011; Rente & Pimentel, 2004; Soares, 2010). Desta forma, no adulto o sono tem o seu início na fase 1 (NREM), que ocupa 5% do tempo total de sono, à qual se segue a fase 2 que se estende por 45% do tempo e as fases 3 e 4 tomando 25% da totalidade do período de sono. Já o sono REM prolonga-se por uma a duas horas do tempo total de sono, o que equivale a uma percentagem de 20 a 25% da totalidade (Rios et al., 2008).

Geralmente, na primeira metade da noite, acontece a maior percentagem de sono lento profundo (SWS) e os períodos de REM são mais curtos, ou seja, o sono é mais profundo, predominando o tipo NREM (Paiva & Penzel, 2011). À medida que a noite vai avançando, verifica-se um aumento dos períodos de REM, bem como das fases NREM mais superficiais (1 e 2), sendo usual que os dois últimos ciclos de sono sejam formados apenas por sono superficial e sono REM, interrompidos por despertares em maior quantidade que no início da noite (Rente & Pimentel, 2004; Rios et al., 2008).

A sobrevivência exige uma alternância entre as fases de sono (economia) e de vigília (gasto) no ciclo das 24 horas do dia, daí que o equilíbrio entre estes dois estados seja essencial para a integração das funções vitais (Madalena, 1979). Assim, os seres humanos adaptam-se a esse ciclo de luz/escuridão ou dia/noite através dos seus relógios internos, designados de ciclos circadianos (Brunschwig, 2002/2008; Junior, 2007). São conhecidos dois padrões de ritmo circadiano endógenos na população em geral, sendo um de alerta e outro de sonolência, de acordo com os quais os indivíduos podem ser classificados como “*morning type*” ou “*evening type*”, tendo em conta a fase do dia em

que se encontram mais funcionais e produtivos (Kang & Chen, 2009). Os primeiros têm uma preferência por deitar-se e levantar-se cedo, enquanto que os segundos preferem deitar-se e levantar-se tarde (Fernández-Mendoza et al., 2010). O padrão sono-vigília difere entre os dois tipos, estando o “*evening type*” associado a hábitos de sono irregulares e a uma maior necessidade de dormir (Kang & Chen, 2009).

De acordo com Jouvét (2001, p. 103), “cada um de nós possui uma duração de sono que lhe é pessoal, porque depende muito de factores genéticos”, sendo que essa duração pode oscilar entre um mínimo de 3 e um máximo de 16 horas de sono, sabendo o indivíduo que dormiu o suficiente se acordar sentindo-se descansado e se não tiver vontade de dormir durante todo o dia, permanecendo alerta (Jouvét, 2001; Junior, 2007).

Assim, no que concerne à duração do sono, diversos autores (Paiva, 2008; Rente & Pimentel, 2004; Soares, 2010) afirmam que é visível uma variabilidade tanto do número médio de horas necessárias de sono, como da arquitectura do próprio sono ao longo da vida, facto que se prende essencialmente com a idade, mas também com a grande variedade de diferenças individuais. Este aspecto confirma-se na medida em que a duração do tempo de sono vai diminuindo gradualmente desde o recém-nascido que deve dormir cerca de 20 horas por dia, passando para 10 horas até aos 10 anos de idade, 8 horas na adolescência, 7 a 8 horas no adulto e 6 horas a partir dos 60 anos de idade (National Sleep Foundation, s.d.; Rios et al., 2008).

No entanto, e apesar da maioria dos sujeitos parecer “encaixar” nestes números, há alguns casos de pessoas que são capazes de manter a sua rotina habitual dormindo apenas 4 a 5 horas (os chamados *short-sleepers*), assim como existem indivíduos que necessitam de dormir pelo menos 9 horas para fazerem a sua vida normal (os chamados *long-sleepers*) (Rente & Pimentel, 2004). Não obstante a existência de alguns estudos que tencionam relacionar aspectos concretos da personalidade com a necessidade de mais ou menos tempo de sono, estes revelam-se no geral pouco conclusivos, ficando a ideia de que a hereditariedade poderá ser um factor significativo (Rente & Pimentel, 2004).

Também no que diz respeito à arquitectura do sono se denota uma evolução ao longo da vida, uma vez que nos recém-nascidos o sono é composto por 50% de sono REM e, conforme vai crescendo em idade, a estrutura do seu sono se vai assemelhando cada vez mais à do adulto com uma diminuição da percentagem de sono REM até atingir os 20% por volta dos 5 anos. O sono lento profundo vai também diminuindo, passando de 30% no adulto jovem para 15-20% cerca dos 70 anos e quase desaparecendo a partir dos 80 anos (Rente & Pimentel, 2004; Soares, 2010).

Segundo Rente e Pimentel (2004, p. 10), pode então falar-se no conceito de eficiência do sono, que se define “como a relação entre o tempo total de sono e o tempo de registo, e, no indivíduo normal, deverá ser superior a 10%. Ou seja, considera-se normal permanecer acordado cerca de 10% do tempo de permanência no leito.” Assim, o hipnograma (registo da sequência de fases de sono) normal no adulto jovem deve ser conforme esquematizado no Quadro 1:

Quadro 1 - *Hipnograma Normal* (Rente & Pimentel, 2004)

3 a 5 ciclos de sono
Redução progressiva do sono lento profundo
Aumento progressivo do sono REM
Latência do sono inferior a 30 minutos
Eficiência de sono superior a 90%
Número de despertares inferior a 20

Apesar do desenvolvimento das técnicas de registo do sono, da investigação bioquímica e fisiológica do sono e de actualmente se conhecer bastante bem a maior parte dos mecanismos inerentes ao sono, isso ainda não nos permite definir de forma conclusiva e exacta quais são as suas funções (Jouvet, 2001; Rente & Pimentel, 2004). Sendo o cérebro um órgão tão complexo, mesmo havendo o conhecimento de muitos dos seus mecanismos internos, isso não nos torna possível compreender e concluir por que razão tem necessidade de dormir, o que resulta na existência de diversas teorias e opiniões sobre as funções do sono (umas encontrando a causa ou a função do sono no

interior do organismo e outras no meio ambiente) (Jouvet, 2001). Ora, sendo o sono um processo multifuncional, será lógico pensar-se que este exerce variadas e diferentes funções não mutuamente exclusivas, mas antes convergentes e complementares (Paiva & Penzel, 2011).

A maioria das teorias que tentam explicar a função do sono, sejam elas evolutivas, adaptativas ou protectoras concordam ao considerar que o sono tem uma função restauradora a nível físico e mental, desempenhando o sono NREM um papel mais importante na restauração da energia física e o sono REM na recuperação da energia intelectual ou cognitiva (Rios et al., 2008).

Para Soares (2010), o sono NREM contribui essencialmente para a conservação de energia, para o restauro do Sistema Nervoso Central, para manter o corpo e o cérebro a uma temperatura estável e para promover a função imunitária. Já o sono REM parece ter um papel mais preponderante na adaptação psicoemocional (através dos sonhos), facilita o desenvolvimento do Sistema Nervoso Central por estimulação endógena e funciona como vigia, provocando o despertar para explorar o ambiente (Soares, 2010).

Também para Brunshwig (2002/2008) é o sono NREM que mais colabora na recuperação da fadiga corporal, sendo por esta razão que se verifica um aumento da sua duração quando existe um esforço físico extra. Para além disso, é nesta fase que o organismo produz anticorpos e hormonas, permitindo a renovação das células, a cicatrização de órgãos e tecidos e a síntese das proteínas. O sono REM surge mais uma vez associado à recuperação da fadiga psíquica e afectiva (Brunshwig, 2002/2008).

Sabendo-se que existe uma quantidade significativa de sono REM nas primeiras fases de desenvolvimento de várias espécies animais, incluindo o homem, e que esta fase do sono se caracteriza por intensa actividade neuronal a nível cortical, parece lógico pensar-se que o sono REM influencia o desenvolvimento e a maturação de redes neuronais e contribui para a estabilização do sistema nervoso central, colaborando na formação ou solidificação de memórias (Paiva & Penzel, 2011). Assim, a informação que é assimilada durante a vigília é depois alterada, reestruturada e consolidada durante o período de sono seguinte (Paiva & Penzel, 2011, p. 22).

De acordo com Rente e Pimentel (2004), das diversas teorias existentes para tentar explicar as funções do sono, as mais conhecidas e divulgadas são a Teoria da Restauração do Organismo e a Teoria da Conservação de Energia.

A Teoria da Restauração do Organismo defende que o sono é fundamental para recompor a totalidade do organismo, tanto a nível físico como mental e sustenta-se no facto de, durante o sono NREM, se verificar um acréscimo do anabolismo proteico e de determinadas hormonas, como a do crescimento e da testosterona (Rente & Pimentel, 2004). O sono REM aparece como principalmente responsável pela reparação de funções cognitivas, daí o seu aumento durante a infância devido ao grande desenvolvimento do cérebro nessa fase. Assim, seria possível explicar através desta teoria porque é que a privação do sono causa sintomas simultaneamente físicos e intelectuais.

A Teoria da Conservação de Energia postula que ambas as energias, física e mental, gastas durante o dia seriam compensadas por um decréscimo significativo do consumo de energia durante a noite, apontando assim uma das funções do sono como sendo a preservação da energia (Rente & Pimentel, 2004). Desta forma, o sono ajudaria a criar as condições para a realização de um ritmo circadiano necessário e importante para otimizar o metabolismo do organismo, sendo que quando as reservas de energia existente diminuem, esta é preservada ou recuperada através de um período de sono (Paiva & Penzel, 2011).

Em suma, pode afirmar-se que o sono afecta a nossa aparência, a forma como sentimos e como desempenhamos as nossas tarefas no dia a dia, tendo um enorme impacto na nossa qualidade de vida global. Por isso, o terço das nossas vidas que se estima que passamos a dormir, longe de ser inútil e improdutivo, desempenha um papel directo na forma como podem ser plenos, energéticos e de sucesso os outros dois terços em que vivemos acordados (National Sleep Foundation, s.d.).

1.2 – Perturbações do sono

Nos últimos anos, seja porque as pessoas estão mais informadas e atentas à problemática do sono ou porque sentem mais dificuldades a vários níveis após noites mal dormidas, tem vindo a aumentar o número de queixas directamente relacionadas com o sono ou com a falta deste. Torna-se assim visível, de uma forma mais clara, a relação estreita que existe entre o sono e inúmeras funções mais cognitivas ou mais emocionais dos sujeitos e até a sua saúde em geral (Soares, 2010).

Estima-se que os mais diversos distúrbios do sono afectem até um terço da população adulta a nível mundial, sendo a prevalência destas perturbações prevista entre 15% a 27% e havendo cerca de 70 milhões de pessoas que sofrem com algum tipo de perturbação do sono só nos Estados Unidos da América. A insónia e a síndrome da apneia obstrutiva do sono surgem como sendo as perturbações mais frequentes na população em geral, tendo como principal consequência directa o aparecimento de SDE (Rios et al., 2008), fazendo com que a insónia e a sonolência excessiva (apesar desta última não ser considerada uma perturbação do sono, mas sim uma possível consequência destas) sejam as queixas mais comumente ouvidas (Cardoso et al., 2009).

Em Portugal são os idosos e as mulheres os mais afectados, estimando-se no entanto que 30% da população seja atingida por distúrbios do sono. Só no ano de 2007 foram gastos pelos portugueses cerca de 80 milhões de euros em fármacos para ajudar a dormir e outros dados indicam que um terço dos portugueses, cerca de 3 milhões de indivíduos, vive com SDE (Paiva, 2008). Num estudo levado a cabo pela DECO (2009) fica demonstrada a redução de horas de sono dos portugueses, sendo também clara a baixa satisfação dos mesmos em relação ao seu sono em geral (Paiva & Penzel, 2011).

Não sendo um distúrbio do sono, a sonolência diurna é geralmente um dos primeiros e principais sintomas a surgir quando se verifica a presença de uma qualquer perturbação do sono, daí a sua importância como indicador válido da qualidade do sono dos indivíduos. A SDE pode influenciar a saúde do sujeito em geral e, mais especificamente, as suas funções cognitivas (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001, p. 10).

As diversas perturbações do sono são definidas e qualificadas na literatura por três principais diferentes sistemas de classificação, independentes uns dos outros, e que utilizam diferentes critérios de inclusão (Muller & Guimarães, 2007). São estes:

i) A International Classification of Sleep Disorders – ICSD (Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono) (*American Sleep Disorders Association, 1997*): apresenta uma taxonomia mais detalhada e pormenorizada, sendo por isso a mais utilizada pelos profissionais da área da medicina do sono (Muller & Guimarães, 2007).

ii) O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais) (*American Psychiatric Association, 2000/2002*): apresenta uma classificação psiquiátrica que se assemelha bastante à Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono e que divide as perturbações do sono em três grupos de acordo com a etiologia (anexo A). A divisão é feita em (a) perturbações primárias do sono; (b) perturbações do sono relacionadas com outra perturbação mental; (c) outras perturbações do sono (devidas a um estado físico geral ou induzidas por substâncias) (Rios et al., 2008).

iii) A International Classification of Diseases – ICD-10 (Classificação Internacional de Doenças) (Organização Mundial da Saúde, 1997): esta classificação é usada pelos médicos em geral e agrupa os transtornos em (a) perturbações do início e da manutenção do sono; (b) sonolência excessiva ou hipersónia; (c) perturbações do ciclo vigília-sono; (d) apnéia do sono; (e) narcolepsia e cataplexia; (f) outras perturbações do sono e (g) perturbações do sono não especificadas (Rios et al., 2008).

Os três sistemas de classificação são manuais úteis e de referência no que diz respeito ao diagnóstico e codificação das perturbações do sono, auxiliando a posterior planificação de tratamentos e sendo visível uma convergência parcial nas suas respectivas classificações (Muller & Guimarães, 2007).

Sendo a DSM-IV a classificação mais relevante no âmbito da Psicologia torna-se importante ressaltar que, para cada uma das perturbações do sono referidas na DSM-IV (anexo A), existe uma secção específica que tem como finalidade descrever a sua relação com as perturbações que lhe correspondem na ICSD, sendo também sempre contemplados os respectivos códigos de classificação da ICD-10 (*American Psychiatric Association, 2000/2002*). Analisando os referidos sistemas de classificação, observa-se

a existência de pontos comuns e de pontos divergentes quer ao nível dos quadros clínicos presentes, quer ao nível da sua distribuição por grupos, ainda que, no âmbito geral a DSM-IV e a ICSD se assemelhem mais entre si.

Por ser um dos sistemas classificatórios mais completo e dos mais utilizados na literatura especializada e pelos clínicos da área, será aqui referida a disposição dos transtornos do sono feita pela Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ICSD) (*American Sleep Disorders Association, 1997*), que os divide em quatro grupos organizados em subgrupos: dissónias, parassónias, distúrbios do sono associados a doenças médicas e psiquiátricas e distúrbios do sono propostos (Muller & Guimarães, 2007).

As dissónias podem ser definidas como transtornos primários relacionados com o início ou a manutenção do sono ou com a sonolência excessiva, com distúrbios na qualidade, quantidade ou na regulação do ritmo de sono (Muller & Guimarães, 2007), sendo que, para Caballo, Navarro e Sierra (2002, citado por Rios et al., 2008, p. 23) “constituem os transtornos do sono mais importantes associados com o sono nocturno perturbado ou com a vigília transtornada.”

Podem dividir-se as dissónias em três subgrupos (Rente & Pimentel, 2004):

i) distúrbios intrínsecos do sono, provocados essencialmente por factores directamente ligados ao organismo que causam uma perturbação dos mecanismos primários de controlo do sono;

ii) distúrbios extrínsecos do sono, em que a perturbação do sono é consequência de factores externos ao organismo;

iii) distúrbios do ritmo sono-vigília, que resultam sobretudo de uma dessincronização entre o padrão de sono do indivíduo e o que é socialmente tido como normal.

As parassónias são descritas como alterações fisiológicas ou a nível do comportamento que podem ocorrer em diferentes momentos do sono (Muller & Guimarães, 2007), e englobam usualmente um acordar confuso, episódios de falar ou andar durante a noite, terrores nocturnos, paralisias do sono e sonhos movimentados

(Soares, 2010). É comum a presença de movimentos complexos e coordenados, podendo estes ser potencialmente auto ou hetero-agressivos (Paiva & Penzel, 2011). Segundo Rios, Peixoto e Senra (2008), na maioria das vezes as parassónias não têm como consequência perturbações do tipo sonolência diurna ou sono não reparador, e não constituem anormalidade nem requerem tratamento.

As parassónias podem encontrar-se distribuídas por quatro subgrupos (Rente & Pimentel, 2004):

- i) distúrbios do despertar, associados ao acordar;
- ii) distúrbios da transição sono-vigília, com alterações comportamentais durante o sono;
- iii) parassónias em sono REM, que envolvem alterações experienciadas exclusivamente durante a fase REM do sono;
- iv) outras parassónias, que incluem outras situações mais recentemente descritas.

Os distúrbios do sono associados a doenças médicas e psiquiátricas relacionam-se com a existência de doenças mentais ou neurológicas ou ainda com outras afecções médicas (Muller & Guimarães, 2007). Estas perturbações apenas são incluídas na Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ICSD) em 1997, e visam integrar as variadas situações médicas e psiquiátricas que acompanham queixas relacionadas com o sono e que não “encaixam” nem estão classificadas em nenhuma das categorias referidas anteriormente (Rente & Pimentel, 2004). Podem subdividir-se estas perturbações em:

- i) perturbações associadas a doenças psiquiátricas, passíveis de alterar a qualidade e a continuidade do sono;
- ii) perturbações associadas a doenças neurológicas, que surgem essencialmente em portadores de doenças degenerativas cerebrais;
- iii) perturbações associadas a outras doenças médicas, que ocorrem em indivíduos com alterações ao nível dos sistemas cardiovascular, respiratório e digestivo.

Quanto aos distúrbios do sono propostos, estes agrupam um conjunto de situações clínicas ainda por classificar (Rente & Pimentel, 2004), englobando síndromes

heterogêneas sem requisitos para definições específicas, como sendo o sono curto, sono longo, hiperidrose do sono e síndrome do engasgue no sono (Muller & Guimarães, 2007).

Apesar de a SDE não constar na Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ICSD) como sendo uma perturbação do sono, alguns autores consideram-na como tal, caracterizando-a como muito frequente, afectando de 4% a 12% da população adulta geral (Souza, Souza, Arashiro & Schaedler, 2007).

Para melhor se conseguir integrar a informação acima apresentada sobre os vários distúrbios do sono, segue-se no Quadro 2 um esquema da sua classificação.

Quadro 2 - *Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono* (1997) (Rente & Pimentel, 2004)

DISSÓNIAS	
Perturbações Intrínsecas do Sono	Insónia psicofisiológica; Perturbação da percepção do sono; Insónia idiopática; Narcolepsia; Hipersónia recorrente; Hipersónia idiopática; Hipersónia pós-traumática; Síndrome da apneia obstrutiva do sono; Síndrome da apneia central do sono; Síndrome de hipoventilação alveolar central; Movimentos periódicos do sono; Síndrome das pernas inquietas; Perturbações intrínsecas inespecíficas do sono.
Perturbações Extrínsecas do Sono	Higiene de sono inadequada; Perturbações do sono de causa ambiental; Insónia da altitude; Insónia de adaptação; Síndrome do sono nocturno insuficiente; Distúrbio do início do sono por falta das associações habituais; Insónia por alergia alimentar; Síndrome da ingestão nocturna de alimentos; Distúrbio do sono dependente de hipnóticos; Distúrbio do sono dependente de estimulantes; Distúrbio do sono dependente do álcool; Distúrbio do sono induzido por drogas; Perturbação extrínseca inespecífica do sono.
Perturbações do Ritmo Circadiano de Sono	Síndrome de desfazamento de horário (<i>jet-lag</i>); Trabalho por turnos; Padrão irregular do ritmo sono-vigília; Síndrome de atraso da fase de sono; Síndrome de avanço da fase de sono; Ritmo sono-vigília diferente de 24 horas; Distúrbio inespecífico do ritmo circadiano.
PARASSÓNIAS	
Distúrbios do Despertar	Sonambulismo; Terores nocturnos; Estados confusionais do despertar.
Distúrbios da Transição Sono-Vigília	Mioclonias do adormecer; Movimentos rítmicos da cabeça (<i>jactatio capitis</i>); Sonolouquia; Cãibras nocturnas.
Parassónias em Sono REM	Pesadelos; Paralisia do sono; Distúrbio do comportamento em REM; Ereções dolorosas; Doença do nódulo sinusal em REM.
Outras Parassónias	Bruxismo; Enurese; Deglutição anormal no sono; Distonia paroxística nocturna; Outras.
PERTURBAÇÕES ASSOCIADAS A DOENÇAS MÉDICAS OU PSIQUIÁTRICAS	
Associadas a Doenças Psiquiátricas	Perturbações afectivas; Perturbações ansiosas; Psicoses; Perturbação de pânico; Alcoolismo.
Associadas a Doenças Neurológicas	Demências; Doença de Parkinson; Outras doenças degenerativas e neuromusculares; Insónia familiar fatal; Epilepsia relacionada com o sono; Cefaleias relacionadas com o sono.
Associadas a Outras Doenças	Arritmias cardíacas; <i>Angor pectoris</i> nocturno; Doença pulmonar obstrutiva crónica; Asma nocturna; Refluxo gastroesofágico; Úlcera péptica; Outras.

1.3 – Avaliação do sono

Sendo as perturbações do sono um problema epidemiológico importante e, estando estas na origem de mal-estar social, emocional e traumático para o indivíduo, justifica-se sempre uma avaliação do foro neuropsicológico exaustiva e cuidadosa, envolvendo a recolha da história clínica detalhada, a realização de um exame físico

minucioso, o responder a questionários, a elaboração de diários de sono e a sujeição a testes psicológicos (Soares, 2010).

Geralmente este processo tem início com a chamada avaliação clínica, onde é feito um levantamento do historial clínico de cada paciente antes de se avançar para a realização de qualquer outro exame complementar de diagnóstico (Rente & Pimentel, 2004). Nesta fase são essencialmente usados os Auto-Registos ou Diários de Sono para avaliar a qualidade do sono dos indivíduos e as respectivas consequências no seu dia a dia, devendo para isso cada paciente registar os seus sintomas ao longo de dias ou semanas e anotando aspectos como o tempo que demora a adormecer, o tipo de tarefas que realiza antes de se deitar, a quantidade e a duração dos despertares durante a noite, a qualidade subjectiva do sono, o uso de medicamentos, etc. (Rente & Pimentel, 2004). Ainda que seja um método subjectivo, a informação assim recolhida permite perceber qual a percepção que o paciente tem do seu próprio sono, bem como da sua qualidade e quantidade (Attarian, 2001).

Há também, logo aqui, um vasto leque de Questionários utilizados com diferentes objectivos, apesar de serem maioritariamente internacionais e poucos os que estão já validados para a língua portuguesa (Paiva & Penzel, 2011). Estes Questionários podem avaliar aspectos tão variados como: a anamnese ou história do sono, a qualidade do sono, a sonolência/vigília, os hábitos e crenças dos sujeitos, a insónia, a apneia, o tipo e o padrão circadiano e ainda a diferenciação entre as parassónias e a epilepsia. (Paiva & Penzel, 2011).

Uma vez que, no presente trabalho, a temática central é a SDE, serão mencionados apenas os Questionários que se destinam a avaliar a sonolência e a vigília quer em termos de estado (como se encontra o sujeito em determinado momento), quer em termos de característica (quando se manifesta de forma permanente).

Assim, para a avaliação da sonolência em termos de estado a mais utilizada é a Escala de Sonolência de Stanford (*Stanford Sleepiness Scale* – SSS) criada por Hoddes et al. em 1973, que, apesar de não ser muito útil nas comparações entre indivíduos, proporciona uma avaliação instantânea e apresenta um nível patológico quando o resultado iguala ou é superior a 4 (Paiva & Penzel, 2011).

No que respeita à avaliação da sonolência persistente, como característica, o teste subjectivo mais utilizado é a Escala de Sonolência de Epworth (*Epworth Sleepiness Scale – ESS*) (Johns, 1991), que é composta por oito itens, com graduação de 0 a 3 pontos para cada um deles, sendo a pontuação máxima possível de 24 pontos e o valor considerado normal para adultos até 10 pontos (Tavares, 2007).

Pode também ser usado o Inventário de Actividade Sono-Vigília (*Sleep Wake Activity Inventory – SWAI*) que foi construído por Rosenthal et al. em 1993, tendo como referência os resultados do Teste de Latência Múltipla do Sono, e cujos resultados foram comparados com os resultados possíveis “sonolência anormal”, “zona cinzenta” e “normal” (Paiva & Penzel, 2011).

Para a população adolescente, entre os 11 e os 17 anos, encontra-se validado o Questionário de Sonolência para Adolescentes de Cleveland (*Cleveland Adolescent Sleepiness Questionnaire – CASQ*) da autoria de Spilsbury et al. em 2007, através do qual foram identificados parâmetros que definem quatro situações distintas: adormecer na escola e nos transportes, grau de alerta na escola e de sono à noite (Paiva & Penzel, 2011).

O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (*The Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI*) criado por Buysse et al. em 1989 é um questionário bastante mais abrangente do que os mencionados anteriormente e é usado, essencialmente, para avaliar a qualidade do sono em geral, apesar de também fornecer informação acerca da latência do sono, a sua duração, o uso de medicamentos e a presença de SDE. A soma da pontuação máxima é de 21 pontos, sendo as pontuações superiores a 5 pontos indicativas de má qualidade do padrão de sono (Schneider, 2009).

Após esta primeira fase de avaliação clínica é importante que o paciente seja complementarmente avaliado por meio de outros exames, sendo o principal e mais importante a Polissonografia (PSG), realizada num laboratório de sono, com supervisão técnica, onde o indivíduo dorme uma noite inteira ligado a vários eléctrodos e sensores que permitem o registo simultâneo de diversas variáveis fisiológicas, ficando essa informação armazenada num computador (Tavares, 2007). Este exame poligráfico de sono engloba o registo do EEG, EOG, EMG e a análise de índices cardio-respiratórios,

posição corporal, actividade muscular nos membros inferiores e monitorização em vídeo, devendo ser realizado sem administração de fármacos e indo de encontro ao horário de sono do paciente, com uma duração ideal de entre 7 a 8 horas (Rente & Pimentel, 2004). Torna-se também possível através da Polissonografia verificar qual a latência do sono do paciente, quanto tempo passa até que este inicie o sono REM, quanto tempo ele efectivamente dorme, qual a percentagem e distribuição de cada fase do sono e ainda a quantidade e a duração dos despertares (Tavares, 2007, p. 31).

Outro exame usual na avaliação do sono é o Teste da Latência Múltipla do Sono (TLMS), que constitui uma medida fisiológica da sonolência diurna, uma vez que avalia a tendência para adormecer durante as horas normais de vigília (Paiva & Penzel, 2011; Rente & Pimentel, 2004; Soares, 2010; Tavares, 2007). Habitualmente é realizado após a polissonografia, tendo o seu início 1 a 3 horas depois do registo nocturno e devendo ter no total uma duração de cerca de 9 a 10 horas (Paiva & Penzel, 2011; Rente & Pimentel, 2004). O TLMS consiste num conjunto de quatro a cinco registos efectuados durante o dia, com intervalos de 2 horas entre eles, durando aproximadamente 20 minutos cada um, no fim dos quais o paciente é acordado e devendo manter-se acordado até ao teste seguinte (Attarian, 2001; Paiva & Penzel, 2011; Rente & Pimentel, 2004; Tavares, 2007). É assim possível medir o tempo que o paciente demora a adormecer e o tempo que leva para atingir a fase de sono REM em cada um dos 4-5 períodos de sono, o que permite posteriormente calcular a latência média de sono, sendo que um valor inferior a 5 minutos é indicador de uma sonolência patológica (Paiva & Penzel, 2011; Rente & Pimentel, 2004; Tavares, 2007).

Uma variante do exame anterior é o Teste de Manutenção da Vigília (TMV) ou Teste de Manutenção do Estado Acordado, através do qual é avaliada a capacidade do paciente para se manter acordado num contexto indutor do sono e o período de tempo que este leva a adormecer (Paiva & Penzel, 2011; Soares, 2010). A estrutura é semelhante à do TLMS, com 4 registos de duas em duas horas e instruindo-se o paciente no sentido de ficar acordado o maior tempo possível, sendo que é considerado anormal quando a latência média é inferior a oito minutos e normal quando é de quarenta minutos (Paiva & Penzel, 2011).

Um teste bastante usado para aferir a capacidade de condução é o Teste de Vigilância Psicomotora (PVT – *psychomotor vigilance test*) desenvolvido por Dingus et al. em 1997, que tem como objectivo medir a capacidade de manutenção da atenção dos sujeitos. Para isso, o sujeito deve permanecer em frente ao ecrã de um computador e, durante 10 a 20 minutos, deve carregar num botão de cada vez que uma luz aparece aleatoriamente no monitor, sendo considerado um lapso a ausência de resposta ao fim de 500 milissegundos (Paiva & Penzel, 2011).

Por último menciona-se a Actigrafia, um exame recentemente desenvolvido para registar a actividade motora durante o período de vigília e de sono, sem para isso necessitar da aplicação de eléctrodos e bastando colocar no pulso do paciente um actígrafo (dispositivo que tem aproximadamente a dimensão de um relógio), e que detecta e regista em memória os movimentos e os não movimentos do paciente no decorrer de uma ou duas semanas (Attarian, 2001). Desta forma é possível calcular através de programas elaborados os níveis de actividade/inactividade do sujeito e os parâmetros rítmicos e referentes ao ciclo sono-vigília (duração total do sono, percentagem de sono, duração total de vigília, percentagem de vigília, quantidade de despertares) (Paiva & Penzel, 2011).

Há duas vantagens inequívocas dos registos actigráficos em relação à PSG: permitem encontrar um perfil temporal bem definido, uma vez que o padrão sono-vigília é registado ao longo de vários dias e noites e não apenas numa noite como acontece na PSG e, para além disso, os sujeitos são avaliados no seu ambiente natural e doméstico, sem o incómodo inerente a alguns aspectos das situações especiais de laboratório que podem acabar por afectar os resultados (Attarian, 2001; Paiva & Penzel, 2011).

A Actigrafia pode ser usada em conjunto e como complemento dos auto-registos ou diários de sono, melhorando assim a qualidade da informação recolhida, e revela-se particularmente útil para o estudo de populações idosas e de populações pediátricas que não toleram tão bem o ter que dormir em laboratório (Paiva & Penzel, 2011).

Por fim, após a realização dos exames considerados necessários e a fase de avaliação estar terminada, terá lugar entre os diferentes profissionais de saúde

envolvidos a discussão e a análise dos resultados obtidos, seguindo-se um diagnóstico e um esquema terapêutico adequado a cada caso (Soares, 2010).

Tendo em conta que os distúrbios do sono se têm revelado um problema considerável de saúde pública, também a sua prevenção, diagnóstico e tratamento passam cada vez mais a ser uma questão que deve ser alvo de abordagens multidisciplinares (Meneses et al., 2001), sendo o momento da avaliação extremamente importante e decisivo para a detecção de problemas e sua prevenção. Só detectando adequada e atempadamente a existência de problemas ao nível do sono se poderão anular ou minimizar as suas consequências e o seu impacto nos vários contextos vivenciais do sujeito, tentando impedir que estes se reflectam das mais variadas formas no seu dia a dia, nomeadamente a nível emocional, interpessoal e cognitivo, conforme é referido no capítulo que se segue.

Capítulo II – Sono no Ensino Superior: Transição e adaptação

2.1 – Transição e adaptação dos estudantes do 1º Ano do Ensino Superior

“As mudanças nunca ocorrem sem inconvenientes, até mesmo do pior para o melhor.”

(Richard Hooker in Citador)

Pode considerar-se que todas as mudanças que acontecem na vida dos sujeitos são passíveis de suscitar experiências de transição-adaptação que, por sua vez, conduzem a reestruturações ou reordenações dos objectivos de vida, com alterações também ao nível dos conceitos do *self* e do mundo, e levando a uma mais profunda consciência de si mesmo e do seu próprio potencial de desenvolvimento (Fonseca, 2005).

De acordo com Seco, Pereira, Dias, Casimiro e Custódio (2005) e Fonseca (2005), pode falar-se em transição sempre que um acontecimento ou a sua ausência tem como consequência uma mudança quer a nível pessoal, quer a nível das interacções

que o sujeito estabelece com os contextos à sua volta, reflectindo-se nas suas rotinas, na sua vida relacional, nos seus papéis sociais, assim como na própria concepção de si mesmo e do mundo que o rodeia.

Assim sendo, e no que respeita à transição para o Ensino Superior, é muito importante começar por identificar qual o tipo de transição em questão (podendo esta ser previsível, imprevisível ou de ausência do acontecimento, como referido acima). É também fundamental identificar o contexto em que a transição se dá, uma vez que geralmente não é só um o sujeito afectado pela mudança em causa, estendendo-se o efeito desta aos outros elementos contextuais. Por último, importa perceber qual o impacto ou grau de mudança que esta transição provoca na vida dos alunos, podendo incidir em variadas áreas e sendo, usualmente, o aspecto mais valorizado pelos indivíduos (Seco et al., 2005).

Schlossberg, Waters e Goodman (1995, citado por Fonseca, 2005) propõem um modelo de resposta às transições que ocorre em três fases distintas: i) num primeiro momento o sujeito é “invadido” pelo acontecimento que dá origem à transição, entrando num período de desorganização; ii) numa segunda fase o sujeito percebe a necessidade e a importância de alterar concepções e modos de estar, começando a reorganizar-se; iii) na última fase dá-se a integração do sujeito na sua nova condição de vida, sendo aqui bastante relevantes as suas estratégias de *coping*, bem como todas as suas competências afectivas, cognitivas e comportamentais.

Daqui decorre então o conceito de adaptação, podendo esta ser considerada como o processo de passagem de uma situação em que o indivíduo está consciente de que está a mudar para uma situação em que efectivamente essa mudança já aconteceu; ou seja passa-se de uma fase em que há uma tentativa de minimizar o *stress* causado pelo acontecimento para uma fase em que a nova realidade é naturalmente integrada e aceite na vida do indivíduo (Fonseca, 2005).

No que concerne à adaptação à vida universitária, esta pode analisar-se essencialmente em termos académicos e em termos sociais: a vertente académica engloba todas as actividades relacionadas com o estudo, com o rendimento escolar e com o grau de envolvimento curricular dos alunos, enquanto que a vertente social diz

respeito às vivências de relacionamento interpessoal e à participação em actividades sociais extracurriculares que acontecem no contexto universitário (Seco et al., 2005).

Desta forma, parecem existir três factores que podem ser considerados os principais mediadores neste processo de transição-adaptação: em primeiro lugar, as características inerentes à própria transição (as mudanças que provoca em termos de papéis sociais e de afectos, o momento e a forma como ocorre, a sua duração, o grau de *stress* que a acompanha); em seguida, as características do ambiente, tanto antes como após a transição (a existência ou não de sistemas de suporte interpessoal e institucional, o contexto físico); e, por último, as características do próprio indivíduo (o sexo, a idade, o nível de educação e estatuto socioeconómico, a competência psicossocial, o estado de saúde, a experiência anterior com outras transições) (Fonseca, 2005). Fica, assim, claro que toda e qualquer transição exige uma fase de adaptação ou ajustamento às novas circunstâncias, facto que justifica a pertinência de que todas as transições devem ser alvo de mais análise e atenção (Seco et al., 2005).

O ingresso no Ensino Superior pode ser considerado o momento inicial de um projecto de vida decisivo para a maioria dos estudantes universitários, confrontando-os com diversos desafios e mudanças, nomeadamente o possível afastamento da família e amigos, a adaptação a uma série de novas tarefas e exigências pessoais, sociais e escolares, e tendo estes desafios implicações não só ao nível do sucesso e da satisfação, mas também ao nível da vida em geral e da dimensão académica em particular (Pascarella & Terenzini, 1991; Seco, Dias, Pereira, Casimiro & Custódio, 2007). Esse momento representa para muitos alunos a primeira saída de casa e conseqüente afastamento da família e amigos, o confronto com um meio académico novo e desconhecido onde nem sempre as “praxes de entrada” promovem a integração, e ainda o assumir da responsabilidade de passar a gerir autonomamente as suas economias, a presença nas aulas, o tempo de estudo e o tempo passado com os colegas (Almeida & Cruz, 2010).

O processo de transição para o Ensino Superior é visto por diversos autores como sendo um processo complexo e multidimensional, que abrange vários factores pessoais, interpessoais, sociais e culturais (Costa, 2008; Jardim, 2007; Pereira, 2007; Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro & Gomes, 2007), sendo por isso considerada uma

fase particularmente exigente e denotando-se uma maior incidência de problemas de adaptação, rendimento e permanência no curso e na instituição ao longo do 1º ano (Almeida, Costa, Alves, Gonçalves & Araújo, 2012).

Assim, o primeiro ano num curso do Ensino Superior pode ser considerado como um período crítico, que implica e é coincidente com uma série de mudanças na vida do indivíduo, e cujo impacto depende das características desenvolvimentais do próprio e das exigências e apoios existentes neste novo contexto (Cunha & Carrilho, 2005), ou seja, a qualidade deste processo de transição depende não só de factores pessoais, associados unicamente aos alunos, mas também de factores ambientais, relacionados com as características dos estabelecimentos de ensino e a qualidade das respectivas experiências educativas (Soares, Almeida & Guisande, 2011).

Não é, por isso, de admirar que alguns indivíduos enfrentem, nesta importante transição educativa, dificuldades acrescidas nas suas tentativas em lidar com tais desafios, e que a forma como estes vivem o contexto universitário e se adaptam a ele se tenha assumido como uma das principais problemáticas em estudo junto desta população (Soares, Almeida, Diniz & Guisande, 2006), dando origem a um conjunto variado de teorias e modelos explicativos, o que leva alguns teóricos a considerá-la uma das áreas de eleição para a evolução do conhecimento no âmbito da Psicologia nas últimas décadas (Silva, 2008). Particularmente a nível internacional, são muitos os investigadores a dedicar-se cada vez mais ao estudo sistemático das vivências sócio-emocionais dos alunos e também dos factores de *stress* e dos processos de confronto e de regulação afectiva e emocional necessários para uma adaptação saudável nesta etapa de transição (cf. Almeida & Cruz, 2010; Soares et al., 2011).

Para além do facto do ingresso no Ensino Superior exigir um conjunto de adaptações a outros contextos vivenciais, a outros sujeitos, papéis e tarefas, podendo criar momentos de crise e/ou estimular o desenvolvimento pessoal, é também importante referir que a implementação do Processo de Bolonha trouxe novos desafios aos participantes no processo de ensino e aprendizagem e que se tem verificado, nos últimos anos, uma maior heterogeneidade quer no perfil dos estudantes, quer nas próprias instituições, sendo estes factores que justificam inteiramente um crescimento no desenvolvimento de investigações sobre a transição e adaptação ao Ensino Superior (Meneses & Silva, 2009). Já sendo o contexto académico, por natureza, bastante

diferenciado em relação ao ensino secundário, com a formatação dos cursos à Declaração de Bolonha este aspecto acentuou-se ainda mais, passando a ser maior o apelo à iniciativa, atitude proactiva e autonomia dos alunos ao longo do seu processo de aprendizagem (Almeida & Cruz, 2010).

O facto de, recentemente, se constatar um aumento exponencial do número de jovens a frequentarem o Ensino Superior é também um factor que contribui para o incremento dos estudos que se debruçam sobre a fase de jovem adulto (Almeida & Cruz, 2010; Tavares et al., 2007), tendo-se verificado em Portugal nas últimas décadas uma passagem de 190 mil para cerca de 390 mil alunos no Ensino Superior (Almeida et al., 2012).

Autores como Sprinthall e Collins (1999, citado por Tavares et al., 2007, p. 180) e Dias e Fontaine (2001, citado por Pereira, 2007) consideram o estudante universitário como um jovem em transição entre a adolescência e a adultez destacando, de entre as diversas tarefas de desenvolvimento que enfrenta, a construção da sua própria identidade paralelamente com o seu desenvolvimento a nível físico, sociocognitivo e afectivo através de processos complexos e variados.

Nos últimos anos, o conceito de jovem adulto (*early adulthood*) tem vindo a tornar-se mais consistente, ganhando destaque ao ser visto como uma fase importante da vida humana que é influenciada por todos os acontecimentos experienciados desde a infância até à adolescência e reflectindo, assim, uma multiplicidade de momentos e situações pessoais, sociais e culturais vivenciadas pelo sujeito, mais do que propriamente as suas mudanças biológicas ou a sua idade cronológica. Mais do que alterações físicas importantes, o jovem adulto vivencia modificações significativas a nível social e emocional, sendo estas resultado da confluência de vários factores, como por exemplo o prolongamento da formação pessoal, escolar e profissional; a dependência económica dos pais paralelamente a um aumento do poder de gestão dos recursos financeiros; as dúvidas e incertezas quanto ao futuro; o gradual distanciamento do núcleo familiar e conseqüente aproximação a novos contextos interpessoais e ainda uma maior necessidade de explorar, de comunicar e de criar (Pereira, 2007; Tavares et al., 2007).

Nas sociedades actuais, a aceitação e o reconhecimento do jovem adulto tende a adiar-se cada vez mais, como resultado do aumento da escolaridade, problemas de

habitação, falta de emprego e novas formas de encarar o casamento. Ainda assim, esta transição de adolescente para adulto terá que acontecer para que o indivíduo seja como tal aceite e reconhecido pela sociedade em que está inserido, e para que nela possa desempenhar o seu papel (Tavares & Alarcão, 2005).

Ao chegar à Universidade, para além de se ver confrontado com todos os processos de transição e adaptação à vida académica, o jovem adulto terá que reorganizar a sua vida não apenas em termos de espaço físico, mas essencialmente em termos de hábitos e estilos de vida, o que implica uma gestão cuidada e eficaz do seu dia a dia nas mais variadas situações, incluindo a alimentação, a higiene, a vida nocturna, o consumo de substâncias aditivas e os seus ritmos de sono, entre outros (Tavares et al., 2007).

Importa aqui ressaltar o corpo estudantil cada vez mais heterogéneo que hoje em dia acede ao Ensino Superior, não sendo todos eles jovens adultos, mas estando muitos já noutra faixa etária, bem como sendo oriundos de diferentes contextos sócio-culturais, com percursos escolares anteriores diversos e também distintos métodos de trabalho, competências e motivações (Almeida & Cruz, 2010; Almeida et al., 2012).

No entanto, e apesar destas diferenças individuais, de acordo com variados autores (Almeida, Ferreira & Soares, 1999; Costa, 2008; Tavares et al., 2007), os alunos que acabam de transitar para um nível de ensino superior são confrontados com uma multiplicidade de oportunidades de exploração e com a necessidade de operacionalizar e resolver um conjunto de tarefas em diferentes domínios tais como o académico, o social, o pessoal e o vocacional/institucional.

No domínio académico levantam-se questões relacionadas essencialmente com o novo contexto da vida académica, como a ansiedade e o *stress* perante os exames e os novos sistemas de ensino e avaliação, bem como a necessidade de desenvolver novas competências de estudo e estratégias de aprendizagem (Costa, 2008; Tavares et al., 2007). Neste contexto os alunos tendem a sentir-se mais motivados e a envolver-se mais no processo de aprendizagem quanto mais acreditam nas suas próprias potencialidades e capacidades e, conseqüentemente, na aquisição de novos conhecimentos, no domínio de conteúdos e no aperfeiçoamento que estas lhes podem trazer (Meneses & Silva, 2009).

No domínio social esta fase de transição parece estimular o desenvolvimento de novos e mais maduros padrões de relacionamento interpessoal, quer com a família, quer com os colegas, professores e pessoas do sexo oposto (Costa, 2008). Aliás, pode perceber-se que os alunos do 1º ano se mostram bastante dependentes do apoio dos professores e dos colegas, ressaltando daqui a importância que o apoio social percebido tem na adaptação académica destes alunos em geral, e sendo visível na investigação que os alunos com maiores redes de apoio social acabam por adaptar-se melhor à Universidade (Soares et al., 2011).

Já no domínio pessoal a atenção foca-se mais na evolução da maturidade dos sujeitos, paralelamente à modificação do auto-conceito e da auto-estima, esperando-se que o percurso académico promova afectos positivos, interesses pessoais e estilos de vida saudáveis, assim como um forte sentido de identidade (Costa, 2008; Tavares et al., 2007).

No que diz respeito ao domínio vocacional/institucional espera-se que o percurso académico seja um espaço de exploração ou confirmação de um projecto vocacional e/ou profissional, estimulando o surgimento de uma identidade vocacional mais segura e fundamentada (Costa, 2008).

De entre os vários investigadores que se têm debruçado sobre o estudo do jovem adulto como estudante do Ensino Superior, é geralmente dado um maior destaque à teoria do desenvolvimento psicossocial do estudante universitário de Chickering de 1969, reformulada mais tarde em 1993 em cooperação com Linda Reisser, por fornecer uma explicação mais abrangente e completa do desenvolvimento psicossocial, e por se ter tornado ao longo do tempo uma das teorias mais bem investigadas e com mais visibilidade neste domínio de estudos (Pereira, 2007; Silva, 2008).

A teoria de Chickering inspira-se, entre outras, na teoria psicossocial de Erikson e de Sanford, e defende que o prolongamento da escolaridade até um nível superior, assim como todas as mudanças internas e externas inerentes, resultam no aparecimento de um novo período de desenvolvimento, delimitando esta fase como estando directamente associada à frequência do Ensino Superior e com a definição da identidade do jovem adulto (Chickering & Reisser, 1993; Pereira, 2007; Silva, 2008; Tavares et al., 2007).

Assim, este modelo postula o desenvolvimento por fases, teorizando que cada estágio do desenvolvimento humano se define pela resolução de uma alteração e pela consequente passagem para outra, sendo estas alterações faseadas designadas por vectores de desenvolvimento que favorecem a individuação e a construção da identidade, e que atingem o seu pico máximo durante os anos de frequência do Ensino Superior (Costa, 2008; Pereira, 2007; Tavares et al., 2007).

Para Chickering e Reisser (1993, p. 41), o sucesso do processo de desenvolvimento psicossocial do indivíduo “dependerá da confluência de factores psicológicos, biológicos e sociais, cabendo às Instituições proporcionar aos estudantes um ambiente estimulante, diversificado e desafiante, promotor de crescimento e desenvolvimento psicossocial”.

São identificados 7 vectores de desenvolvimento do jovem universitário, sendo que todos eles podem ser resolvidos de forma positiva ou negativa, isto é, a maneira como cada vector é solucionado pelo sujeito afecta a resolução dos vectores que se seguem. No caso de esta resolução ser negativa, há um aumento da probabilidade de voltar ao vector anterior no sentido de tentar novamente, não se excluindo nunca esta possibilidade de regressar a vectores resolvidos negativamente numa fase anterior (Chickering & Reisser, 1993; Pereira, 2007; Tavares et al., 2007).

Os vectores mencionados por Chickering são estruturados de acordo com uma sequência lógica ao longo do desenvolvimento do jovem adulto, sendo o primeiro vector designado “tornar-se competente”, e dizendo respeito à competência intelectual, à competência física e manual e à competência social/interpessoal do sujeito, englobando aspectos como a sua capacidade de análise, síntese e compreensão da informação, a sua realização atlética ou artística e ainda a sua capacidade para colaborar, trabalhar em grupo e para se relacionar com os outros (Jardim, 2007; Tavares et al., 2007).

O segundo vector designado “dominar as emoções” prende-se essencialmente com a capacidade de reconhecer e aceitar as emoções, implicando uma aprendizagem no sentido do aumento do controlo de emoções como a raiva e o amor, de forma a que o sujeito as consiga canalizar apropriadamente e encontre um equilíbrio entre o autocontrolo e a expressão das suas emoções (Jardim, 2007). O desenvolvimento acontece quando o indivíduo “aprende formas adequadas para libertar as suas irritações antes de

explodir, para lidar com os seus medos antes que estes o imobilizem, e para curar feridas emocionais antes que estas infectem outras relações” (Chickering & Reisser, 1993, p. 46). Para ultrapassar esta fase são necessários processos reflexivos e interiores por parte dos indivíduos, tendo sempre em conta os seus objectivos e aspirações pessoais (Costa, 2008).

“Desenvolver a autonomia” é a designação do terceiro vector que se centra no desenvolvimento de estratégias promotoras de autonomia aquando do confronto com situações que o exijam, resultando na aquisição de maior maturidade (Tavares et al., 2007). Este vector implica independência emocional (diminuição da necessidade constante de afecto e aprovação por parte dos outros), independência instrumental (capacidade para resolver problemas de forma auto-dirigida, sem precisar de ajuda ou apoio constante) e o reconhecimento da interdependência (compreensão do efeito das suas próprias acções sobre os outros, da reciprocidade dos relacionamentos e a percepção mais clara das responsabilidades perante a própria vida) (Costa, 2008; Jardim, 2007).

Já o quarto vector denominado “estabelecer a identidade”, diz respeito ao processo complexo que resulta da integração de novas experiências, sensações, sentimentos e valores (Pereira, 2007; Tavares et al., 2007). Relaciona-se com aspectos tais como o conforto sentido em relação ao corpo e à aparência, o bem-estar com o género e a orientação sexual e o cruzamento entre o auto-conceito e os respectivos papéis sociais e estilo de vida (Jardim, 2007). É tido como um vector determinante por depender da integração dos 3 vectores anteriores e definir o surgimento dos 3 seguintes, e por consistir naquela que é considerada a principal tarefa do jovem adulto (Costa, 2008; Silva, 2008).

O quinto vector designa-se “desenvolver relações interpessoais” e tem a ver com a capacidade para desenvolver tolerância, respeito e aceitação das diferenças individuais, conduzindo ao estabelecimento de relações mais estáveis e próximas (Pereira, 2007). O sujeito deve evidenciar competências para actuar com os outros de forma empática, assim como para desenvolver relações saudáveis de intimidade, fazendo durar compromissos com base na consideração e na honestidade (Jardim, 2007).

Designado por “desenvolver ideais”, o sexto vector prende-se particularmente com a formulação de planos de acção, a tomada de decisões e a organização de prioridades pessoais progressivamente mais precisas e autónomas (Pereira, 2007; Tavares et al., 2007). Dá-se uma hierarquização dos objectivos de vida, quer a nível familiar, quer a nível profissional e há um maior reconhecimento dos próprios interesses e do estilo pessoal de vida (Silva, 2008).

Por último, o sétimo vector denominado “desenvolver a integridade”, que diz respeito à capacidade do sujeito escolher valores que resultam de opções pessoais, buscando coerência entre estes e os seus comportamentos (Jardim, 2007). Espera-se que o jovem adulto seja capaz de encarar a relatividade dos valores para posteriormente os personalizar e alcançar congruência entre as suas crenças e os seus comportamentos (Costa, 2008).

Geralmente são destacados os três primeiros vectores, uma vez que a sua positiva resolução condiciona o desenvolvimento dos restantes, sendo que esse desenvolvimento acontece sempre, independentemente da entrada na Universidade ou não, parecendo no entanto ser potenciado e estimulado pelo contexto universitário devido às questões e vivências que advêm do processo de transição (Chickering & Reisser, 1993; Pereira, 2007; Tavares et al., 2007).

Assim, este novo período, vivenciado especialmente pelos alunos que se encontram a frequentar os primeiros anos, pode surgir como um momento ameaçador ou como um momento que propicia a mudança e que proporciona novas aquisições e reestruturações pessoais aos mais variados níveis, com impacto significativo no desenvolvimento cognitivo e psicossocial do indivíduo (Costa, 2008).

Tendo em conta a natureza e a diversidade das transformações que ocorrem nesta etapa da vida do indivíduo, faz então sentido introduzir aqui o conceito de acontecimento de vida, uma vez que é descrito por Fonseca (2005, p. 137) como “uma situação concreta, que ocorre num determinado momento histórico da vida de um indivíduo, distinguindo-o quer da exposição a “problemas crónicos” quer da exposição a “contrariedades do dia a dia”. A importância destes acontecimentos foi surgindo com os trabalhos pioneiros de Holmes e Rahe, de 1967, tendo-se então percebido que correspondem a ocorrências importantes na vida de uma pessoa e que podem determinar

uma alteração do estilo de vida do sujeito, pois na maioria das vezes implicam uma mudança de hábitos, de padrões de actividade e de relações sociais (Serra, 2007).

Vários autores da psicologia do desenvolvimento do adulto defendem que o motor que impulsiona a transição de um estágio para o outro é precisamente a ocorrência destes acontecimentos marcantes, designados por acontecimentos de vida, que surgem por um período de tempo (mais breve ou mais longo), e que se caracterizam por um desequilíbrio a nível psicológico como consequência de uma alteração repentina na vida do indivíduo, trazendo consigo a necessidade de adaptação (Pereira, 2007). Desta forma, são vistos como marcos desenvolvimentais, devendo ser analisados e pensados numa perspectiva de continuidade entre o que se passou antes e o que se vai passar após a sua ocorrência, supondo antecedentes, um decurso e consequências (Fonseca, 2005).

Os acontecimentos de vida podem ter uma origem externa ao indivíduo ou podem ser causados pelo próprio, assim como também podem distinguir-se entre acontecimentos positivos e acontecimentos negativos, sendo todos estes aspectos relevantes e influenciadores dos efeitos diferenciais de cada acontecimento sobre o bem estar psicológico dos sujeitos (Fonseca, 2005).

Lerner (1993, citado por Pereira, 2007, p. 148) faz a distinção entre 3 tipos de acontecimentos de vida:

i) os normativos marcados pela idade, que estão directamente associados aos acontecimentos biológicos e ambientais relacionados com a idade cronológica do sujeito (ingresso na Universidade, casamento, nascimento de um filho);

ii) os normativos caracterizados pela história, que engloba os acontecimentos relacionados com o contexto sociocultural do indivíduo (alterações políticas, crise ou crescimento);

iii) os não normativos, porque decorrem de uma qualquer situação acidental e inesperada na vida do indivíduo (acidentes vários, ficar desempregado, ser assaltado).

Baseando-se neste carácter normativo ou não normativo dos acontecimentos de vida, Costa, Yang e McCrae (1998, citado por Fonseca, 2005), bem como Baltes e Smith (2004, citado por Fonseca, 2005) defendem que os sujeitos tendem a desenvolver

uma noção clara e concreta daquilo que é esperado numa determinada fase da sua vida, o que os leva a assumir comportamentos adequados aquando dos acontecimentos normativos e parece minimizar o risco de dificuldades em termos adaptativos.

Ainda assim, mesmo sendo a entrada na Universidade uma situação já pensada e esperada pelos sujeitos, e tendo como suporte os resultados de um estudo efectuado durante o ano lectivo 2003-2004 no Gabinete de Aconselhamento Psicopedagógico dos Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra (GAP-SASUC), constata-se que os estudantes universitários se debatem com variados problemas, essencialmente ao nível do processo de transição e adaptação ao Ensino Superior, o que os leva a procurar apoio psicoterapêutico. Durante o referido ano lectivo foram 507 (F=378; M=129) os alunos que recorreram ao apoio do GAP-SASUC, apresentando uma média de idades de 22,65 anos e vindo de todos os anos de curso e de todas as faculdades. Verificou-se que a grande maioria dos pedidos de consulta estava associada a problemas e dificuldades na adaptação à Universidade e às respectivas consequências no desenvolvimento pessoal dos alunos, tendo sido os quadros clínicos mais diagnosticados de acordo com os critérios do DSM-IV: perturbações de adaptação (16,2%), ansiedade aos exames (13,4%), problemas de desenvolvimento pessoal (11,8%), problemas de fobia social (11,4%), depressão (10,3%) e perturbação da ansiedade generalizada (6,3%) (Pereira, 2007).

A investigação clínica realizada a partir dos organismos de apoio e de saúde para os estudantes universitários aponta no sentido de que vários dos problemas que os indivíduos apresentam são, no fundo, manifestações sintomáticas do processo difícil de luta pela separação e individuação na adolescência tardia, principalmente nos jovens que saem da residência familiar para estudar (Fleming, 1997). Apesar da saída de casa ser uma forma natural de separação, a frequência e a intensidade das manifestações sintomáticas tanto nos alunos como nas respectivas famílias, essencialmente durante o primeiro ano, faz sobressair este período como altamente gerador de *stress* (Canha, 2009; Fleming, 1997). Assim, esta separação é vivenciada por muitos estudantes de forma angustiante e dolorosa, dando origem a sentimentos de solidão, isolamento e abandono (Canha, 2009; Seco et al., 2005; Tavares & Alarcão, 2005).

Também é possível constatar que as taxas mais altas de insucesso e de abandono escolar se verificam precisamente nos alunos do primeiro ano, pois se para alguns deles

esta fase representa mais liberdade e autonomia, já para outros ela é sinónimo de ansiedade e potenciais ameaças à auto-estima e ao bem-estar pessoal (Almeida & Cruz, 2010).

Sabe-se que os níveis de psicopatologia nesta população estudantil têm aumentado significativamente ao longo dos últimos anos, traduzindo-se em distúrbios psiquiátricos e do comportamento, bem como em dificuldades psicológicas e sociais cujo reflexo poderá ser extremamente prejudicial para um normal e adequado prosseguimento dos estudos (Costa, 2008).

Investigação disponível sobre a prevalência da sintomatologia depressiva em estudantes universitários revela que esta tem sido crescente nesta população, aparecendo geralmente associada a determinados comportamentos de risco, tais como o abuso de álcool, a ideação suicida e alterações significativas nos padrões de sono (Coutinho, 2010). Estima-se que cerca de 4% dos jovens com idades que variam entre os 12 e os 17 anos e cerca de 9% dos jovens com 18 anos sofrem de depressão (Pereira, 2009).

Wong et al. (2006, citado por Pereira, 2009) defende que a entrada no Ensino Superior, apesar de poder ser essencialmente vivenciada como uma situação positiva, é ao mesmo tempo um acontecimento stressante e causador de elevados níveis de ansiedade tendo em conta a quantidade de novos desafios que comporta. Esta ansiedade prende-se essencialmente com o clima de competição e de pressão para que se atinjam bons resultados académicos, com o receio perante as situações de avaliação, e também com a preocupação no que concerne ao relacionamento com os novos colegas (Chickering & Reisser, 1993; Costa, 2008). Nos alunos do primeiro ano com sintomas significativos de ansiedade, são muitos os relatos e as queixas de sintomatologia psicossomática, englobando erupções cutâneas, gastrites, alterações e distúrbios do sono, dores de cabeça e dores musculares (Pereira, 2009).

Outra das problemáticas que surge com frequência neste período prende-se com a violência na intimidade, tendo esta muitas vezes o seu início durante a fase do namoro nos adolescentes e jovens adultos, e sendo um fenómeno transversal a variadas culturas e grupos étnicos (Caridade, 2011). Na sua origem podem estar factores como a falta de experiência relacional e a necessidade de emancipação e maior independência dos jovens, que dificultam que estes reconheçam uma situação de agressão e de vitimação ou que identifiquem recursos para a gerir (Caridade, 2011). Uma análise genérica das

taxas de prevalência da violência nas relações íntimas sugere uma ligeira elevação destas no que respeita aos estudantes universitários, podendo variar entre os 22,3% e os 87% (Caridade, 2011).

Assim, parece ser comum nesta fase o surgimento de problemas comportamentais e de estados psicológicos tradutores de alguma fragilidade, tais como níveis elevados de ansiedade, estados depressivos, aumento do consumo de substâncias, bem como outros comportamentos inadequados que colocam em causa a saúde física e mental dos sujeitos, como práticas sexuais de risco, ausência da prática regular de exercício físico, padrão irregular dos hábitos de sono e falta de qualidade do mesmo (Almeida & Cruz, 2010).

Algumas destas dificuldades sentidas pelos estudantes no início do seu percurso académico prendem-se com a natureza das suas expectativas em relação a esse mesmo percurso, uma vez que estas nem sempre são satisfeitas e afectam o seu grau de investimento quer nas actividades curriculares, quer no seu desenvolvimento pessoal (Almeida et al., 2012). Se as expectativas forem interpretadas como os desejos, metas ou aspirações que os alunos esperam realizar na Universidade, estas devem ser consideradas uma variável importante no que concerne à sua adaptação, na medida em que moldam e direccionam os seus comportamentos e atitudes em contexto académico, podendo actuar como factores facilitadores do processo de adaptação ou como obstáculos ao mesmo (Almeida et al., 2012).

Segundo a literatura, a maior parte dos alunos que ingressa na Universidade possui expectativas positivas quanto aquilo que será a sua experiência e vivência universitária, sendo no decorrer do primeiro ano que têm lugar as maiores quebras ao nível dessas mesmas expectativas anteriormente formadas, devido ao desencontro entre a realidade e o que era esperado (Cunha & Carrilho, 2005). São muitas as vezes em que as expectativas iniciais dos alunos acabam por não se concretizar, essencialmente devido à visão um pouco ingénua e irrealista que estes apresentam acerca da sua entrada no Ensino Superior, mostrando desconhecer as características e exigências deste contexto e baseando-se em informação pouco coerente e objectiva (Almeida et al., 2012). Por exemplo, para os alunos que não têm na família outras pessoas que tenham frequentado esse nível de ensino, facilmente surge um conceito de Universidade muito idealizado e construído a um nível muito elevado, que raramente encontra

correspondência na realidade e que conduz a uma progressiva desilusão do sujeito ao longo do 1º ano (Almeida & Cruz, 2010).

Também a política de *numerus clausus* e o facto da média de candidatura de alguns alunos ser insuficiente para certos cursos, levam a que uma taxa considerável de sujeitos (cerca de um terço) não consiga frequentar um par curso/estabelecimento que corresponda a uma primeira opção vocacional, o que, obviamente, irá reflectir-se no seu grau de satisfação e ajustamento académico, podendo antecipar-se algum risco de desadaptação (Almeida & Cruz, 2010; Almeida et al., 2012). Assim, verifica-se que os alunos que entram na sua primeira opção de estabelecimento e de curso revelam geralmente vivências mais adaptativas em relação aos seus projectos vocacionais e às suas possibilidades de realização e, conseqüentemente, demonstram mais capacidade de iniciativa, uma melhor e mais real percepção das próprias competências e mais autoconfiança e bem estar psicológico (Seco et al., 2005).

Almeida, Costa, Alves, Gonçalves e Araújo (2012) consideram 7 diferentes dimensões no que respeita às expectativas dos alunos do Ensino Superior, sendo elas as seguintes: (i) Formação para o emprego/carreira (centrada no resultado e na obtenção de formação de qualidade que permita vir a ter um bom emprego); (ii) Qualidade da formação (que privilegia o aprofundar de conhecimentos na área de interesse); (iii) Desenvolvimento pessoal (relacionada com as novas experiências vivenciais e o aumento da autonomia, da autoconfiança e do pensamento crítico); (iv) Interação social (que reflecte a importância dos momentos de convívio e de diversão); (v) Qualidade da instituição e dos seus serviços (associada ao esperar encontrar espaços adequados, bem equipados e preparados para responder às necessidades de aprendizagem); (vi) Pressão social (que implica a necessidade de corresponder às expectativas depositadas por outros significativos); e (vii) Envolvimento político/cidadania (que engloba as preocupações e a participação activa em questões sociais).

Quando grande parte destas expectativas não se confirma na realidade, o desafio desta fase de transição torna-se mais complicado, podendo conduzir os sujeitos a respostas de inibição ou de desadaptação e a conseqüentes dificuldades a nível académico, pessoal e social. Já quando a realidade vai de encontro à maioria das

expectativas existentes, os sentimentos que tendem a surgir nos sujeitos são de segurança, continuidade e estabilidade (Seco et al., 2007).

Desta forma, fica claro que a qualidade da adaptação ao Ensino Superior passa muito pelo grau de adequação, de ajustamento e de correspondência entre aquilo que são as necessidades e expectativas dos alunos e aquilo que são os recursos reais, o ambiente organizacional e as oportunidades de formação oferecidas pela instituição, sendo, por isso, fundamental que as instituições de ensino incluam e implementem nas suas estratégias de intervenção serviços de apoio aos alunos, tendo em conta a sua diversidade, bem como a das problemáticas em questão (Seco et al., 2005). Será, então, de extrema importância que se diminua a distância entre o que os alunos esperam e o que as instituições oferecem, criando uma estrutura facilitadora de melhores desempenhos e níveis de sucesso mais elevados a nível pessoal e social (Almeida et al., 2012).

Para Chickering e Reisser (1993, p. 454), a tarefa mais crítica e fundamental do Ensino Superior e das suas instituições no decorrer do século XXI é a de criar e manter ambientes educacionalmente eficazes, que promovam o desenvolvimento humano.

Pascarella e Terenzini (1991) desenvolveram um modelo de impacto do Ensino Superior que enfatiza as características estruturais de cada instituição e o grau de envolvimento geral de cada indivíduo, afirmando que o fundamental é a forma como os alunos exploram os programas, as relações, as oportunidades e as experiências que nas instituições são colocadas à sua disposição.

Com base neste modelo os autores sugerem às instituições de Ensino Superior a criação de espaços, dentro e fora da sala de aula, que sejam estimulantes e que atraiam os alunos, conduzindo-os a níveis elevados de interesse e satisfação. Defendem, assim, a importância da promoção do bem estar e do desenvolvimento dos alunos por parte das instituições, passando pela adopção de medidas que favoreçam a interacção social e a participação dos estudantes em actividades extracurriculares (Pascarella & Terenzini, 1991).

É visível que os alunos que transitam do ensino secundário para o nível superior experienciam sofrimento psicológico, fruto das dificuldades sentidas em lidar com os novos desafios que lhes são colocados, e cujo impacto depende muito e pode ser

potenciado ou atenuado pela presença ou ausência de sistemas de apoio e suporte nas respectivas instituições de ensino, bem como a nível familiar e no grupo de pares (Costa, 2008).

Assim sendo, torna-se fundamental que as instituições em questão ofereçam um ambiente com variados sistemas de apoio, tanto a nível psicológico, como a nível médico, social, desportivo, cultural e pedagógico, no sentido de potenciar ao máximo o desenvolvimento dos seus estudantes (Tavares et al., 2007). Cabe às instituições assegurar este desenvolvimento, através de infra-estruturas humanas e físicas, que contribuam para alterações importantes nas práticas de ensino (mais centradas nos alunos e não nos professores), nos processos de avaliação (dando menos atenção à aquisição de conhecimentos e focando-se nas competências adquiridas e no sucesso dos desempenhos) e na atribuição de recompensas pelos desempenhos alcançados, promovendo o *feedback* informativo por parte dos professores (Pereira, 2007).

Essencialmente no que diz respeito aos alunos do primeiro ano, é da maior importância e pertinência a criação de serviços de apoio psico-sócio-educativo, devendo estes estar à altura de responder às dificuldades surgidas, mas também, paralelamente, de conceber e desenvolver programas e medidas de natureza preventiva (Almeida & Cruz, 2010). A actuação numa perspectiva mais preventiva e promocional do que remediativa, ajudará os alunos a otimizar e aproveitar recursos de diversas fontes de suporte social, a controlar e adequar as suas expectativas, a evitar situações de crise e episódios de ruptura e a desenvolver estratégias de *coping*, actuando-se no sentido de estimular a maximização das qualidades e pontos fortes do indivíduo e a minimização das suas fragilidades e factores de risco (Seco et al., 2005).

Neste sentido, as instituições de ensino não devem demitir-se da responsabilidade de auxiliar os jovens estudantes a lidar com as dificuldades sentidas ao longo do seu percurso académico, tendo, por essa razão, cada vez mais visibilidade em Portugal a crescente preocupação com as questões respeitantes à prestação de apoio psicológico e pedagógico aos alunos (Costa, 2008).

É com essa intenção que são postos à disposição dos alunos vários sistemas de apoio, que englobam o psicológico, pedagógico e contemplam também apoio a situações mais complexas de cariz psicopatológico, conforme descrito na Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico do Ensino Superior – Associação Profissional

(RESAPES-AP), que é uma associação profissional que reúne vários profissionais envolvidos no âmbito do apoio psicológico no Ensino Superior (Tavares et al., 2007). No entanto, e apesar de já não serem particularmente recentes, os serviços de apoio psicológico nas Universidades continuam a ter a sua eficácia e o seu pleno desenvolvimento limitados pela falta de enquadramento institucional e legal para o seu funcionamento (Costa, 2008).

Revela-se da maior pertinência que os serviços de apoio disponíveis tenham capacidade não só para auxiliar os alunos que estão a iniciar a sua vivência universitária, mas estejam aptos a acompanhar e ajudar os alunos durante todo o curso, facilitando as adaptações a todos os desafios à medida que vão surgindo, nomeadamente no fim do percurso académico aquando da transição para o mercado de trabalho (Soares et al., 2011). É importante que a actuação destes serviços se estenda a outros espaços e recursos pedagógicos e curriculares, envolvendo outros serviços académicos, os docentes, os conselhos pedagógicos e as estruturas associativas dos estudantes, e não se cingindo só e apenas ao espaço físico da consulta (Almeida & Cruz, 2010).

Assim, este apoio e acompanhamento pode acontecer de variadas formas, desde os programas de *peer counseling* (apoio entre colegas, essencialmente nas residências), passando pelos de mentorado (apoio prestado pelos alunos mais velhos e experientes aos alunos do primeiro ano) e de tutorado (apoio concedido por um professor a um conjunto de alunos), podendo ser desenvolvido por profissionais como os psicólogos ou os professores, e por alunos com formação concreta para o efeito, tentando contemplar sempre o nível académico, pessoal e social da vida dos indivíduos (Seco et al., 2005). Sobretudo para os alunos que saíram da casa de família e foram pela primeira vez viver sozinhos ou com colegas, são da maior importância iniciativas de recepção e acolhimento que os façam gradualmente ir-se sentindo “em casa” (promover o conhecimento da cidade e comunidade onde se situa a instituição, visita-guiada pela própria instituição, apresentação da estrutura curricular do curso em causa) (Seco et al., 2005).

Devem ser sempre considerados, em todas estas formas de apoio, os aspectos da saúde e bem-estar do indivíduo, adoptando-se uma perspectiva holística do bem-estar que valoriza tanto o corpo como a mente (Pereira, 2007; Tavares et al., 2007). Nesse sentido, o sistema educativo deve dar particular atenção à educação para a saúde de

todos os seus intervenientes, implementando e promovendo estratégias de valorização da saúde (Pereira, 2007), recorrendo a programas que envolvam directamente os indivíduos e nos quais haja uma participação activa e uma responsabilização no sentido de adoptar e manter estilos de vida saudáveis (Costa, 2008). A promoção da saúde no Ensino Superior deverá ser uma constante, levando os seus intervenientes a tomar medidas simples e concretizáveis diariamente, e tornando-a uma tarefa fácil, motivante e prestigiante do ponto de vista social, quer a título pessoal, quer colectivamente (Costa, 2008).

Desta forma, e garantindo um processo de transição e adaptação ao Ensino Superior de qualidade, ao mesmo tempo que se investe na promoção de estilos de vida saudáveis e promotores do desenvolvimento pessoal, está a contribuir-se para o combate ao insucesso académico e para o aumento do bem estar geral, do prazer e da felicidade pessoal dos alunos (Costa, 2008; Elias, Azevedo & Maia, 2009).

2.2 – Sono em estudantes do 1º Ano do Ensino Superior

Tendo em conta a informação anteriormente exposta acerca das características da fase de transição para o Ensino Superior e todas as mudanças que esta acarreta, ficou claro que estas tendem a reflectir-se também nos hábitos de sono dos alunos, provocando muitas vezes alterações nos seus ritmos circadianos sono-vigília (Tavares et al., 2007). É altamente provável que, sendo esta uma fase de supervisão adulta reduzida, horários irregulares e acesso fácil e legal a substâncias recreativas (álcool, cafeína, estimulantes cerebrais), a qualidade do sono dos estudantes venha a ressentir-se da presença destes factores (Lund et al., 2010).

Apesar de, nos últimos anos, se ter verificado um interesse e uma atenção crescentes no que concerne ao sono dos estudantes do Ensino Superior, a investigação e os estudos realizados nesta área e com esta população são ainda poucos (Orzech, Salafsky & Hamilton, 2011).

Tendo em consideração as influências culturais e a pressão competitiva e de concorrência que actualmente são impostas às gerações mais jovens, conduzindo a horários de trabalho e de estudo semelhantes aos dos profissionais, a redução de horas de sono nos estudantes universitários surge como um problema emergente (Henriques,

2008). Esta redução nas horas de sono, associada a uma carga académica bastante exigente, aos horários académicos que começam demasiado cedo ou terminam demasiado tarde, aos hábitos alimentares e outros hábitos diários dos alunos, tem um reflexo directo na qualidade do sono e na vigília diurna dos mesmos (Henriques, 2008).

Apesar da prevalência variar, encontra-se em muitos adolescentes e jovens adultos uma tendência para ter um horário de sono irregular e apresentar um atraso de fase do sono (atraso regular do início dos horários de sono e do despertar, por duas horas ou mais além do desejado), sendo que um número considerável de problemas associados ao dormir e a uma pobre qualidade de sono têm sido observados em estudantes universitários de vários países ocidentais e orientais, sugerindo que esse pode ser um problema universal e dominante da sociedade moderna (Kang & Chen, 2009; Yeung, Chung & Chan, 2008). Neste grupo etário uma das queixas mais comuns é a da dificuldade em iniciar o sono, sendo uma grande parte dos sujeitos afectados pelo síndrome de atraso de fase do sono e experienciando dificuldade em iniciar e em terminar o sono num horário considerado “normal”, preferindo horários de deitar mais tardios (entre as 2:00 e as 6:00) assim como os de levantar (entre as 10:00 e as 13:00) (Millman, 2005).

Assim, os estudantes universitários são conhecidos pelos seus horários bastante irregulares, pelo maior consumo de álcool, tabaco e cafeína, indo muitas vezes para a cama ansiosos e preocupados em adormecer, o que contribui para uma pobre higiene do sono e para o surgimento de sintomas de ansiedade e depressão (Almondes & Araújo, 2003). Principalmente para os alunos do 1º ano, pode revelar-se particularmente difícil conseguir equilibrar os seus horários e gerir eficazmente o *stress*, vendo-se de repente com a possibilidade de escolher ficar acordado até tarde, bem como de decidir ir ou não às aulas da manhã (Orzech et al., 2011). Como Donald Winnicot (1968, citado por Brunshwig, 2008) afirma, “a chave das perturbações do sono é a angústia”, sendo que a persistência das preocupações da vigília ameaça a qualidade do repouso. Ora, sendo esta uma fase de mudança para os alunos do primeiro ano, de confronto com o novo e o desconhecido, em que a sensação de controlo se encontra diminuída, é de esperar que haja um aumento do nível de preocupação dos sujeitos com uma série de aspectos à sua volta, tendo um impacto mais ou menos directo na sua higiene do sono.

Segundo Albernaz (2007, p. 14), as pessoas mais jovens parecem ser ainda mais sensíveis à falta de sono do que a restante população, havendo estudos que revelam que a privação de sono nos jovens resulta numa diminuição do metabolismo das regiões frontais do cérebro que regem o planeamento e a execução de tarefas, com consequente diminuição da *performance* cognitiva e da capacidade de concentração. O alcance destas consequências é ainda mais crítico quando os sujeitos são estudantes universitários (Taher et al., 2012). Num estudo sobre hábitos e padrões de sono de alunos do Ensino Superior (742 estudantes de 3 Universidades públicas americanas), verificou-se que 88,5% da amostra acusou problemas ocasionais de sono, mais de 50% revelou sentir-se cansada durante a manhã e 74,3% afirmou não dormir horas suficientes durante a semana, o que levou os autores a concluir que os estudantes universitários apresentam um decréscimo significativo na qualidade do sono quando comparados com a restante população adulta (Buboltz et al., 2009).

Na vida dos estudantes universitários parece existir um ciclo vicioso, uma vez que as alterações no padrão de sono-vigília podem ser consequência do maior número e grau de exigência dos desafios pessoais, sociais e académicos que estes têm que enfrentar diariamente, enquanto que essas mesmas alterações do sono tornam os desafios diários cada vez mais complicados e difíceis de gerir pois que, presumivelmente e devido à menor qualidade de sono, os sujeitos estarão menos alerta e menos vigilantes (Henriques, 2008).

Sabe-se que, muitas vezes, quando um estudante apresenta dificuldades na retenção de um tema ou assunto, ou na aquisição de novas informações, lhe é dado o conselho de “dormir sobre o assunto”, no sentido de o ajudar na tarefa, pois estudos recentes confirmam que é mais fácil lembrar e evocar um tema aprendido na véspera após uma noite com boa qualidade de sono do que após uma noite com privação deste (Soares, 2010). Segundo Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro e Gomes (2007), está comprovado que os padrões de sono e vigília estão directamente associados às capacidades de atenção e concentração dos sujeitos, sendo que quando estes padrões diminuem de qualidade terão como efeito uma correspondente diminuição ao nível da capacidade de atenção. Muitos alunos referem ter experienciado efeitos comuns que advêm da falta de sono de qualidade, tais como uma diminuição na capacidade de se manterem concentrados e focados, bem como na capacidade de memorizar e reter informação (Orzech et al., 2011).

Assim, um melhor desempenho acadêmico parece estar associado com o passar mais tempo a dormir, uma melhor qualidade do sono, menos despertares nocturnos, menos sextas e menor diferença entre os hábitos de sono durante a semana e o fim de semana, sendo que as médias de classificação mais baixas surgem significativamente relacionadas com dificuldade em adormecer, dificuldade em voltar a dormir depois de acordar durante a noite e dificuldade em manter a concentração durante o dia (Pagel & Kwiatkowski, 2010).

Soares (2010, p. 38), Millman (2005, p. 1779) e Gaultney (2010, p. 91) apontam a faixa etária dos jovens referindo que, normalmente, não dormem nas horas mais adequadas e fazem depois um prolongamento do sono durante a manhã, assim como apresentam um sono insuficiente durante a semana, tendendo a dormir longas horas aos fins de semana na tentativa de compensar essa falta, tendo sempre em conta a variabilidade individual e o ritmo de cada um. No entanto, e a avaliar pelos relatos de vários estudantes do Ensino Superior, há um desencontro e uma discrepância bem visíveis entre a percepção que estes têm da qualidade do seu sono como sendo boa e aqueles que são os seus reais comportamentos em relação ao sono, que resultam frequentemente em padrões de descanso insuficiente e pobre qualidade de repouso (Orzech et al., 2011). Assim, os alunos universitários tendem a estar tão envolvidos em explorar e aumentar os limites da sua independência bem como em determinar o seu próprio estilo de vida, que não parecem reconhecer que os maus hábitos de sono desempenham um papel importante no surgimento de dificuldades a nível académico (Buboltz et al., 2009; Taher et al., 2012).

Nos adolescentes e jovens os erros de higiene do sono são diversos e, alguns, muito frequentes, como por exemplo o uso dos telemóveis, as mensagens e redes sociais, os jogos de computador, que “invadem” os horários saudáveis e normais de sono (Paiva & Penzel, 2011). O desenvolvimento e a difusão rápida das novas tecnologias e tudo o que a elas está associado tem vindo a alterar a cultura e os estilos de vida dos jovens adultos, com tendência a tornar os padrões de sono mais variáveis e deficientes, com os respectivos efeitos nas actividades diárias, incluindo o estudo (Henriques, 2008; Muller & Guimarães, 2007). Oliveira e Anastácio (2011) afirmam que os jovens que têm 4 ou mais aparelhos electrónicos nos seus quartos apresentam quase o dobro da probabilidade de adormecer nas aulas e/ou a fazer os trabalhos de casa. Em muitos casos o uso destas tecnologias está mesmo associado ao estudo e à

pesquisa necessária para a realização de trabalhos, e não apenas ao lazer, o que não invalida que a sua utilização excessiva e em horários menos adequados seja prejudicial para um sono de qualidade.

É visível nos alunos do primeiro ano, decorrendo da grande necessidade de integração e de adaptação por eles sentida, uma tendência para alterarem a sua rotina e se envolverem numa série de actividades extracurriculares, bem como uma predisposição para acederem facilmente ao aumento de solicitações para saídas nocturnas e festas, denotando dificuldade em estabelecer prioridades e podendo resultar em falta de descanso, fadiga prolongada e diminuição do rendimento escolar (Pereira, 2009). É sabido que a modificação de rotinas provoca alterações no sono e no funcionamento mental e físico dos indivíduos, que procuram depois alternativas para restaurar e reparar o equilíbrio do seu sono e minimizar ou anular os sintomas, nem sempre conseguindo fazê-lo adequadamente (Muller & Guimarães, 2007).

Assim, a situação de residência dos alunos assume também contornos particularmente relevantes uma vez que, os que saíram de casa da família para estudar, tendem a exhibir horários de sono mais tardios e outros hábitos pouco adequados a uma correcta higiene do sono, devendo-se provavelmente à ausência do controlo parental (Gomes et al., 2009). Há ainda uma tendência de evolução positiva em direcção a uma melhor higiene do sono ao longo dos anos de curso, sendo que é durante o primeiro ano que surgem normalmente aspectos de sono mais problemáticos, possivelmente por esta constituir uma fase de adaptação e estando muitos alunos a viver longe de casa pela primeira vez (Gomes et al., 2009).

Também é frequente encontrar-se alunos que trabalham e estudam ao mesmo tempo, fruto da necessidade de ganhar dinheiro para pagar os seus estudos, e que referem deitar-se geralmente tarde, dormir poucas horas por noite, prolongar o sono durante a manhã e ter tendência para adormecer nas aulas com relativa facilidade (Araújo & Almondes, 2012; Millman, 2005).

Todos estes aspectos afectam e perturbam o ritmo circadiano que, por sua vez, produz alterações na arquitectura e na qualidade do sono, tais como fadiga, problemas de atenção e de alerta, decréscimo na produtividade e efeitos negativos na saúde dos sujeitos (Kang & Chen, 2009).

Os resultados de alguns estudos efectuados com o objectivo de avaliar as práticas e comportamentos saudáveis dos alunos do Ensino Superior revelam que os aspectos pelos quais estes mais se interessam são o sexo seguro e as doenças sexualmente transmissíveis, a vida académica, a saúde e a boa forma física, sendo as suas práticas saudáveis da mais para a menos frequente, tomar o pequeno almoço, ingerir produtos lácteos todos os dias, ter uma boa e completa noite de sono e acordar a sentir-se revigorado (Tavares et al., 2007), ressaltando daqui uma certa desvalorização dos aspectos relacionados com uma boa higiene do sono, uma vez que não surgem como sendo dos mais importantes.

Em época de avaliações e exames é natural verificar-se um aumento dos níveis de tensão, nervosismo e *stress* nos estudantes, o que muitas vezes se traduz em transtornos do sono e dificuldades acrescidas em dormir, levando os sujeitos a sentirem-se cansados, irritáveis e pouco predispostos para a realização de tarefas, com repercussões directas no seu rendimento e desempenho (Serra, 2007). Também o estilo de vida que frequentemente caracteriza os jovens universitários, tendo sempre muita coisa para fazer em pouco tempo, resulta em elevados níveis de ansiedade e *stress* e torna-os particularmente susceptíveis de desenvolver perturbações do sono (Correia, Nunes, Barros & Penas, 2010). Várias evidências apontam o *stress* como um dos principais responsáveis pela pobre qualidade de sono dos estudantes, sendo o *stress* percebido (quer o académico, quer o emocional) identificado por estes como a causa que melhor explica as suas dificuldades ao nível do sono (mais do que a irregularidade dos horários de sono, o consumo de álcool ou drogas, a frequência de exercício físico ou o uso das novas tecnologias) (Lund et al., 2010).

Desta forma, o *stress* parece predispor, precipitar e perpetuar dificuldades de sono nesta população, devido às mudanças inerentes à transição para o Ensino Superior, bem como ao facto destes jovens poderem ainda não ter desenvolvido suficientes e eficazes estratégias de *coping* para lidar com situações de maior tensão, e ainda devido a factores de ordem biológica (hipervigilância do sistema nervoso autónomo) que predispoem para o aparecimento de ruminação e preocupação acerca de episódios de vida *stressantes* comuns entre os jovens estudantes (exames, problemas relacionais, etc.) (Lund et al., 2010).

Na tentativa de controlar esta ansiedade e *stress* os alunos recorrem muitas vezes ao consumo de psicofármacos (essencialmente as benzodiazepinas e os extractos naturais), com ou sem receita médica, como demonstra um estudo levado a cabo em 2010 com alunos do Ensino Superior em Bragança (Correia et al., 2010).

Uma vez que a recuperação é uma das importantes respostas do organismo ao *stress* e, tendo em conta as várias alterações fisiológicas que ocorrem durante o sono, este parece ser particularmente significativo neste contexto, funcionando como um antagonista do *stress* (Serra, 2007).

Num estudo levado a cabo por Rotenberg (citado por Serra, 2007) foi observado um grupo de estudantes saudáveis na noite subsequente à realização de um exame e igualmente numa noite a seguir às férias, registando-se a sua frequência cardíaca, tensão arterial e electromiograma dos músculos da face 30 minutos antes e 30 minutos depois do exame. Foi também pedido aos estudantes que solucionassem algumas tarefas lógicas nas duas noites, quer antes de adormecer, quer depois de acordar, registando-se o tempo dispendido para a sua resolução, bem como os erros cometidos (Serra, 2007).

Surgiram dois grupos distintos de sujeitos, tendo em conta a sua reactividade, sendo que no Grupo I a frequência cardíaca, a tensão arterial e a tensão muscular apresentavam um decréscimo significativo após o exame, e no Grupo II os mesmos indicadores não diminuían, revelando, pelo contrário, uma ligeira tendência para aumentar já após a realização do exame. Na resolução das tarefas lógicas antes de dormir, os estudantes do Grupo II tendiam a responder mais precipitadamente, dando mais erros comparativamente com os do Grupo I e consigo próprios na manhã seguinte, ficando a impressão de que o seu desempenho era influenciado pelo seu estado de tensão, o qual diminuía depois de terem dormido. Também o padrão de sono se mostrou muito diverso nos dois grupos, sendo que no Grupo I a estrutura do sono era semelhante após o exame e no período após descanso. Já no Grupo II foi visível um aumento do sono REM com frequência cardíaca mais elevada em ambas as situações, bem como uma menor percentagem de sono lento comparativamente com o Grupo I (Serra, 2007).

Rotenberg (citado por Serra, 2007) concluiu assim que os sujeitos do Grupo I apresentavam uma tensão emocional normal e adaptativa, funcional e orientada para a tarefa, que diminuiu naturalmente após a situação indutora de *stress*. Quanto aos estudantes do Grupo II, revelavam uma ansiedade que bloqueava os recursos pessoais e

os esforços construtivos, sendo a sua tensão emocional excessiva perante a situação e requerendo, por isso, a activação de mecanismos de defesa, tais como o aumento do sono REM (sabendo-se que o sono REM e os sonhos estão associados a mecanismos de defesa) (Serra, 2007).

No que diz respeito a outros aspectos relacionados com a saúde mental, pesquisas prévias indicam que a pobre qualidade de sono entre os estudantes está associada a um aumento da tensão, irritabilidade, depressão, estados confusionais e níveis mais baixos de satisfação com a vida em geral, com conseqüente humor negativo (Buboltz et al., 2009).

Com a finalidade de observar e avaliar as conseqüências neurocognitivas e comportamentais das alterações do sono nos alunos universitários, alguns autores manipularam activamente o sono em estudos realizados e tentaram perceber o seu reflexo em aspectos como a aprendizagem, a capacidade de memória e o desempenho académico, concluindo que estudantes de diversos níveis educacionais (primário, secundário e universitário) apresentam privação crónica de sono ou pobre qualidade de sono com conseqüente sonolência diurna; que tanto a qualidade como a quantidade de sono estão intrinsecamente associadas à capacidade de aprendizagem e ao seu desempenho académico e que os estudos em que o sono está activamente prejudicado ou melhorado denotam, respectivamente, um prejuízo ou uma melhoria no desempenho cognitivo e académico dos sujeitos (Henriques, 2008).

Para Henriques (2008) e Hicks, Fernandez e Pellegrini (2001), e segundo a revisão da literatura, é visível que, num período de mais ou menos 20 anos, a média de horas de sono referida pelos estudantes universitários tem diminuído em cerca de uma hora, tendo-se também verificado, no mesmo intervalo de tempo, um aumento significativo da percentagem de alunos que referem e identificam insatisfação em relação ao seu sono (24% em 1978, 53% em 1988 e 71% em 2000). Brown et al. (2002, citado por Henriques, 2008) afirma que são pelo menos dois terços dos estudantes universitários que se queixam de experimentar distúrbios ocasionais do sono, sendo que cerca de um terço deles refere experimentar frequentemente dificuldades do sono mais acentuadas e severas, com apenas cerca de 11% dos alunos a ir de encontro aqueles que são os critérios de uma boa e adequada qualidade e higiene do sono.

Desta forma, e percebendo que durante os anos de frequência universitária (particularmente ao longo do primeiro ano por representar um período de transição e adaptação) existe uma acentuada irregularidade do padrão de sono e ocorre uma diminuição da duração total do sono, bem como um atraso no seu início (Araújo & Almondes, 2012), torna-se da maior importância caracterizar e analisar aquele que é um dos sintomas mais recorrentes que daí resulta para os estudantes: a SDE.

2.3 – A sonolência diurna excessiva em estudantes do 1º Ano do Ensino Superior e seus correlatos

A SDE caracteriza-se pelo surgimento de episódios de sono em situações inadequadas e que exigem da parte do indivíduo um papel activo, isto é, no decorrer de conversas, durante as refeições, no trabalho, durante a condução automóvel, etc. (Paiva & Penzel, 2011, p. 36). Para Tavares (2007), a SDE define-se pela dificuldade de o indivíduo se manter alerta, com uma facilidade extrema para adormecer no decorrer do dia ou em horários em que deveria estar acordado, e pode dever-se quer a uma simples quantidade insuficiente de sono, quer à existência de várias doenças, como distúrbios primários do sono e perturbações clínicas e psiquiátricas. A sua intensidade pode inferir-se através de quão fácil e rapidamente ocorre o adormecer, de quão facilmente o sono é interrompido e de qual é a duração do episódio de sono (Morales, Flores, Meneses, Figueiras & Guerrero, 2005).

A importância dada à SDE como sendo um problema de saúde pública tem aumentado ultimamente, muito devido a esta ser considerada a causadora de acidentes de trabalho e de viação, de dificuldades na adaptação a novos contextos e situações e de problemas de desajustamento social (Rodrigues, Viegas, Silva & Tavares, 2002). Por exemplo, estudos sobre a prevalência de acidentes de viação consoante a faixa etária dos sujeitos, concluem que os jovens adultos, entre os 16 e os 29 anos, são os que têm maior probabilidade de se envolver em acidentes causados pelo facto de o condutor adormecer ao volante, fruto de sonolência excessiva (Millman, 2005). O facto de a literatura confirmar as mais variadas consequências da SDE a nível cognitivo, social, emocional e de saúde, bem como a sua importância e associação com a perda da qualidade de vida dos sujeitos (Asaiag, Perotta, Martins & Tempski, 2010) constitui uma das razões para que esta seja a temática central do presente trabalho.

A síndrome de apneia obstrutiva do sono, os movimentos periódicos do sono, a síndrome das pernas inquietas, a privação do sono e os vários erros de higiene do sono são os principais e os mais frequentes originadores da sonolência excessiva, sendo esta a manifestação diurna mais frequente quando existem perturbações do sono e resultando em alterações cognitivo-emocionais como lapsos de memória, de atenção, de desempenho e de irritabilidade (Paiva & Penzel, 2011). Nem sempre é fácil diferenciar entre o sono insuficiente ou privação do sono e as outras possíveis causas da SDE sem ter em consideração a história formal do sono do indivíduo, daí ser importante considerar também a possibilidade de depressão, insónia, narcolepsia e a toma de medicação ou de estimulantes (Millman, 2005). Outra potencial fonte de SDE que tem sido menos cuidadosamente examinada (principalmente na população estudantil), são os distúrbios do sono não tratados ou subdiagnosticados por não lhes ser atribuída grande importância (Gaultney, 2010). A SDE pode também ser fruto da privação intencional do sono, uma vez que, desde o século passado, houve uma redução de cerca de 20% do tempo total de sono dos indivíduos de forma a poder utilizar as horas de repouso e descanso na concretização de outras actividades e tarefas (Muller & Guimarães, 2007).

Desta forma, e segundo dados da literatura, a SDE é frequentemente encontrada em estudantes universitários como consequência de má higiene do sono, de hábitos sociais inadequados, dos períodos extensos de aulas, estudo e outras actividades curriculares e ainda da rigidez dos horários académicos impostos e pouco adaptados às características desta população (Araújo & Almondes, 2012; Schneider, 2009), podendo todos estes aspectos contribuir para que os alunos do Ensino Superior se tornem cronicamente sonolentos (Means, Lichstein, Epperson & Johnson, 2000).

Estima-se que, actualmente, cerca de 4% a 12% da população adulta geral é atingida por sonolência excessiva, com as consequências que daí decorrem em vários contextos, como o aumento da propensão para acidentes diversos, as dificuldades no local de trabalho, o fraco rendimento escolar e os desajustes familiares (Araújo & Almondes, 2012; Tavares, 2007). Os indivíduos que apresentam SDE tendem a negligenciar actividades consideradas não essenciais, o que conduz a lapsos na atenção, a reacções motoras e cognitivas mais lentificadas, a erros de processamento mental, a erros da memória de trabalho, a decréscimos no tempo de execução de tarefas e a potenciais ataques de sono incontroláveis (Millman, 2005).

Para se avaliar a gravidade de uma SDE devem ter-se em conta aspectos como a frequência dos episódios, a descontextualização do seu surgimento, a falta da sua consciência pelo doente e a não redução da necessidade de dormir (Paiva & Penzel, 2011). Desta forma, de acordo com Paiva e Penzel (2011) e Tavares (2007), pode classificar-se a SDE em:

i) leve ou ligeira - quando surge em situações de repouso e que exigem pouca atenção (ler, ver televisão, ver um filme no cinema), não estando presente diariamente e tendo um impacto ligeiro ou inexistente na vida diária do indivíduo;

ii) moderada – quando surge diariamente em actividades que requerem alguma atenção (reuniões, actividades físicas, durante a condução), e provoca uma incapacidade moderada;

iii) acentuada ou severa – quando acontece diariamente, com grande frequência, no decorrer de actividades físicas ou que exigem um grau mais elevado de atenção (conversas, refeições, condução automóvel, relações sexuais), tendo um marcado e forte impacto no dia a dia do sujeito e podendo tornar-se incapacitante.

No que diz respeito à sua gravidade em função dos resultados obtidos na Escala de Sonolência de Epworth (ESE), nota-se alguma divergência entre os autores. Assim, para Paiva e Penzel (2011) um valor entre 10-12 corresponde a SDE ligeira, entre 13-17 a moderada e superior a 17 corresponde a SDE severa, sendo que um valor final de 8 ou 9 já é suficiente para sugerir maus hábitos de sono. Já para Tavares (2007), a SDE é leve quando surgem resultados entre 11-16, moderada quando a pontuação é entre 17-20 e acentuada quando os pontos vão de 21 a 24.

A sonolência por síndrome de sono insuficiente tem-se tornado cada vez mais comum nos adolescentes e jovens adultos, sendo mais frequente no sexo masculino, e está geralmente associada à presença de cefaleias, irritabilidade e dificuldades de desempenho ou insucesso escolar (Paiva & Penzel, 2011). No entanto, há um certo estigma associado à SDE, o que leva alguns pacientes a tentarem negar a sua existência com receio de serem apelidados de “preguiçosos” ou “indolentes”, termos que são muitas vezes usados para descrever os sujeitos com sonolência excessiva (Tavares, 2007). Mesmo podendo ser provocada por variados factores e podendo tornar-se incapacitante, há uma tendência entre médicos e pacientes para a desvalorizar ou

mesmo ignorar como sintoma, dificultando o diagnóstico e permitindo que vá deteriorando a qualidade de vida dos sujeitos afectados (Muller & Guimarães, 2007).

Estima-se que 40% dos estudantes liceais ou universitários dorme menos do que devia, sendo que, em Portugal, alguns estudos vão de encontro a esta ideia, apresentando prevalências muito elevadas de sonolência excessiva em estudantes do Instituto Superior Técnico, de Medicina e de Desporto, com valores que vão desde os 44% aos 75%, respectivamente (cf. Paiva & Penzel, 2011). Ficou provada a existência de relação entre a redução do sono e o sucesso escolar, sendo visível um conjunto de correlações entre as horas de sono, perturbação do sono, sucesso escolar, horários escolares, hábitos alimentares e exercício (Paiva & Penzel, 2011). Também a sonolência diurna surge como sequela altamente provável da falta de sono de qualidade e como estando associada a um pobre desempenho académico nos estudantes (Yeung et al., 2008).

Dependendo dos estudos, estima-se que de 25% a 50% dos estudantes universitários apresentam níveis significativos de SDE, a qual pode interferir com o seu desempenho de tarefas diárias, tais como conduzir e estudar (Orzech et al., 2011), tendo-se também verificado que a sonolência afecta negativamente a participação activa dos alunos em actividades extracurriculares (Pagel & Kwiatkowski, 2010).

Tendo em conta as características da amostra e os instrumentos usados no presente estudo, foi efectuada uma revisão da literatura no sentido de encontrar estudos empíricos que explorem o tema do sono e, particularmente, da SDE (e outras variáveis com ela relacionadas) no seio dos estudantes universitários, alguns dos quais são apresentados seguidamente.

Num estudo de Fernández-Mendoza et al. (2010) sobre a preferência circadiana e o funcionamento diurno de 1271 alunos do primeiro ano da Universidade Autónoma de Madrid com uma idade média de 19 anos, a pontuação média por eles obtida na ESE foi de 10,82. Verificou-se que, apesar de tanto os alunos “*morning-type*” como os “*evening-type*” revelarem valores positivos de SDE (20% e 40,4%, respectivamente), os “*evening-type*” se mostravam particularmente sonolentos durante o dia, com tendência para fazer sestas e ter ataques de sono diurnos, nomeadamente dentro da sala de aula. Também Araújo e Almondes (2012) efectuaram uma investigação com 234 alunos de uma Universidade privada do Rio Grande do Norte (Brasil), sendo que 109 deles

frequentavam as aulas em turno matinal e 125 em turno noturno. A média de idade da amostra foi de 24 anos, sendo esta composta por 66,7% de mulheres e 33,3% de homens, e tendo os autores aplicado aos sujeitos a ESE no sentido de analisar os níveis de sonolência de alunos de turnos distintos. Foram diagnosticados com SDE 33,94% dos alunos do turno matinal e 42,4% dos alunos do turno noturno, tendo estes últimos obtido médias de níveis de sonolência significativamente maiores em relação ao turno matinal, bem como as mulheres que apresentaram níveis mais elevados de sonolência do que os homens, independentemente dos turnos. A amostra apresentou uma pontuação média total de 9,4 na ESE (Araújo & Almondes, 2012).

São cada vez mais os trabalhos que documentam a associação entre o sono e o **desempenho académico**, ficando demonstrado que os alunos que apresentam insónia, sonolência diurna, padrões de sono irregulares e/ou uma pobre qualidade de sono têm geralmente um desempenho académico mais fraco do que os outros (Pagel & Kwiatkowski, 2010). Como exemplo, a investigação de Rodrigues, Viegas, Silva e Tavares (2002) que, aplicando a ESE, avaliaram 172 estudantes do 3º ano de Medicina da Universidade de Brasília (Brasil) no início e no fim do semestre lectivo, analisando conjuntamente as suas notas médias. Os resultados apontaram para a presença de SDE desde o início do semestre em 39,53% da amostra, sendo esta crescente no decorrer do semestre em 22% da amostra (resultado global de 61,5%), observando-se também que os alunos mais sonolentos apresentaram pior desempenho académico. A média global de pontuação na ESE cresceu de 9,38 para 10,72 ao longo do semestre (Rodrigues et al., 2002). Também Yeung, Chung e Chan (2008) desenvolveram um estudo sobre sonolência e *performance* académica, com 249 alunos de Medicina da Universidade de Hong Kong (China) usando a ESE e o *Functional Outcomes of Sleep Questionnaire* (FOSQ), tendo encontrado 42,6% de indivíduos com pontuação superior a 10 na ESE (a pontuação média global obtida foi de 9,7) e correspondente SDE, com prejuízo nos resultados académicos. Ainda outro estudo nesta área é o de Pagel e Kwiatkowski (2010) com 64 estudantes de cursos de Psicologia, Enfermagem e Medicina de Universidades comunitárias do Colorado (EUA), no qual os autores constataram que 71,9% dos indivíduos tinham problemas com a sonolência durante o dia e que 29,7% chegavam a adormecer nas aulas, concluindo que a SDE é a variável relacionada com o sono que mais probabilidade tem de afectar negativamente o desempenho académico dos alunos.

Alguns estudos focam a influência e o impacto que os aspectos relacionados com o sono dos estudantes universitários, nomeadamente a SDE, podem ter no seu **estado de humor** e na sua **saúde mental**, como é o caso do estudo de Orzech, Salafsky e Hamilton (2011), realizado entre Outubro de 2005 e Abril de 2007 numa grande Universidade pública americana, e com uma amostra de 4513 sujeitos com uma idade média de 18 anos (sendo que a grande maioria eram alunos do 1º ano), no qual uma grande parte dos inquiridos (cerca de 50%) revelou ter dificuldades em manter-se acordados e alerta enquanto conduziam, comiam as refeições ou se envolviam em actividades sociais, denotando elevados níveis de SDE. Os autores concluíram que uma pobre qualidade de sono, e conseqüente SDE, interfere com os resultados académicos e com a saúde mental dos alunos, essencialmente ao nível dos conflitos interpessoais, da ansiedade e de traços depressivos. Também Estrella, Benítez, Rodríguez e Sandoval (2005) desenvolveram uma investigação com o objectivo de determinar qual a prevalência de sintomas depressivos e sonolência junto de 638 estudantes da Universidade Autónoma de Yucatán (México) com média de idade de 20 anos, usando como instrumentos a ESE, o *Beck Depression Inventory* (BDI) e o *Sleep Habits Questionnaire*, tendo concluído que 31,6% dos alunos apresentavam elevados níveis de SDE e que esta apresentava correlação positiva com os sintomas depressivos, e ainda que o valor médio de sonolência diurna da amostra total era de 8,3.

Morales, Flores, Meneses, Figueiras e Guerrero (2005) avaliaram 64 alunos de cursos de Psicologia da Universidade Nacional Autónoma do México com uma idade média de 20 anos, tendo-lhes sido aplicada a ESE, o *Sleep Habits Questionnaire*, o *Profile of Mood States* (POMS) e o *Beck Depression Inventory* (BDI). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em termos das características demográficas entre os alunos com sonolência e os outros, sendo que os dados apontaram no sentido de que a sonolência pode prejudicar competências académicas básicas e parece estar também associada à presença de um estado de humor negativo (Morales et al., 2005). Na sua investigação com 1125 alunos de uma Universidade privada americana, com idades compreendidas entre os 17 e os 24 anos, Lund, Reider, Whiting e Prichard (2010) encontraram 25% de estudantes com pontuação igual ou superior a 10 na ESE, indicando níveis significativos de SDE e associando-a também a estados de humor negativos, bem como à presença de tensão e *stress*. O *score* médio global obtido na ESE foi de 6,8. Igualmente no trabalho de Rodrigues et al. (2002) é

feito o alerta para o risco da SDE poder ser factor desencadeador de mau humor e estados depressivos entre estudantes universitários.

Ainda no que respeita à **saúde**, Pilcher e Ott (1998) desenvolveram um estudo sobre o sono e medidas de saúde e bem-estar percebido em 75 alunos de uma Universidade americana, com idade média de 19 anos, tendo encontrado evidência de que a qualidade do sono está fortemente relacionada com a percepção de saúde dos estudantes, sendo que, quando uma melhora o mesmo acontece com a outra. Também Ban e Lee (2001) ao estudarem 1414 alunos de uma Universidade coreana, com idades entre os 17 e os 41 anos, verificaram que 36,2% dos sujeitos apresentavam algum tipo de distúrbio do sono, sendo que os indivíduos que se consideravam pouco saudáveis dormiam significativamente menos do que os que se sentiam saudáveis.

Em termos de diferenças entre **sexo**, e apesar de estudos populacionais revelarem uma maior ocorrência de SDE nos homens (Cardoso et al., 2009), são alguns os estudos que documentam que as alunas apresentam geralmente padrões de sono de pior qualidade do que os alunos, sofrendo também mais consequências como fraco desempenho académico, sonolência excessiva e maior probabilidade de ter problemas diversos a nível físico, social e emocional (Oliveira & Anastácio, 2011; Orzech et al., 2011). Asaiag, Perotta, Martins e Tempiski (2010) investigaram a sonolência diurna em 136 alunos de Medicina do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (Brasil), com idades compreendidas entre os 23 e os 31 anos, e observaram que 76% da amostra apresentava índices patológicos de SDE (pontuação média global na ESE de 12,6), sendo que as maiores pontuações na ESE foram encontradas no grupo do sexo feminino (13,2), bem como nos indivíduos a frequentar o primeiro ano (14,1). Também com a finalidade de avaliar a prevalência da SDE em alunos de uma instituição particular de ensino, Souza, Souza, Arashiro e Schaedler (2007) recorreram à ESE para entrevistar 378 sujeitos, verificando que 55,8% da população estudada apresentava SDE, sendo destes 60,6% mulheres e 51,1% homens, mas não havendo, apesar da diferença de percentagens, associação significativa entre os resultados da ESE e o sexo dos indivíduos, e tendo-se antes encontrado associação entre as variáveis consumo de álcool e tabagismo em relação à ESE (63,9% dos estudantes que ingeriam álcool e 80% dos que consumiam tabaco revelavam SDE). Igualmente, no já referido estudo de Araújo e Almondes (2012), as mulheres denotaram níveis superiores de SDE quando comparadas com os homens.

Por outro lado, existem também estudos onde praticamente não se constata diferenças entre **sexo** no que respeita à prevalência de SDE, como é o caso do trabalho de Danda, Ferreira, Azenha, Souza e Bastos (2005) que não identificaram relação entre SDE e sexo quando, utilizando a ESE, avaliaram 410 alunos do curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (Brasil), com uma idade média de 22 anos. No entanto, foi observado que 99,02% dos alunos apresentavam hábitos de sono inadequados, referindo os autores que “o ciclo sono-vigília da população estudada foi irregular, . . . reflectindo uma privação do sono nos dias de semana e tendo-se verificado uma alta prevalência de SDE (39,26%)” (Danda, Ferreira, Azenha, Souza & Bastos, 2005, p. 106). Também Cardoso et al. (2009) desenvolveram um estudo com 276 alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (Brasil), com idade igual ou superior a 18 anos, aplicando o PSQI e a ESE, e tendo chegado a um valor de 51,5% de indivíduos com SDE. Verificou-se a existência de relação estatisticamente significativa entre sonolência e qualidade de sono (essencialmente nos alunos do primeiro ano), mas não foi encontrada diferença significativa entre os sexos (Cardoso et al., 2009). Da mesma forma, no trabalho de Reid e Baker (2008), foram avaliados através da ESE 968 alunos da Universidade de África do Sul, com idade média de 21 anos, tendo os autores percebido que 44% dos estudantes apresentava uma alta propensão para a SDE associada a uma quantidade insuficiente de sono e ao consumo de bebidas com cafeína, mas não sendo, no entanto, influenciada pelo sexo ou etnia dos sujeitos.

Num estudo realizado com 118 estudantes da Universidade de Memphis (EUA), com idade média de 21 anos, foi utilizada a ESE, entre outros instrumentos, para avaliar 57 sujeitos que apresentavam insónia e 61 que não tinham queixas de insónia (grupo de controlo) (Means et al., 2000). Os autores verificaram que os estudantes com queixas de **insónia** exibiam níveis mais elevados de SDE do que os do grupo de controlo, se bem que, mesmo os alunos desse grupo, tinham pontuações mais altas na ESE do que a maioria dos adultos de meia idade sem queixas relacionadas com o sono. Este facto levou os autores a afirmar que os estudantes universitários apresentam níveis mais elevados de sonolência comparativamente com outros adultos (Means et al., 2000).

Na sua investigação sobre perturbação do sono e sonolência diurna em alunos do Ensino Superior, Taher, Samud, Ratimy e Seabe (2012) utilizaram um questionário estruturado e a ESE para avaliar 201 estudantes do curso de Farmácia da Universidade

de Tripoli (Líbia), com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos, e concluíram que 92% dos sujeitos relatavam um fraco grau de satisfação com a qualidade do seu sono, enquanto que 39% experienciavam SDE, sendo que a prevalência de ambas as situações foi mais elevada entre os alunos do primeiro ano. A média total de pontuação dos alunos na ESE foi de 8,78, indicando dificuldades de sono ocasionais.

Numa Universidade de Medicina de Taiwan (China) foram estudados 160 alunos do primeiro ano, com uma idade média de 20 anos, aos quais foi administrada a ESE, o PSQI e a *Fatigue Severity Scale* (FSS), tendo os autores encontrado relação entre a elevada prevalência de **horários irregulares de dormir** e a **pobre qualidade de sono** (33,8%), resultando em SDE para 14,4% dos sujeitos, sendo que a pontuação média obtida pelos participantes na ESE foi de 6,3 (Kang & Chen, 2009).

Num outro estudo efectuado com 1276 alunos do primeiro ano da Universidade em Madrid (Espanha), com média de idade de 19 anos, foi usada a ESE e o *Morningness-Eveningness Questionnaire*, tendo-se verificado que 44% da amostra referiu ter necessidade de fazer regularmente sesta durante o início da tarde como estratégia de *coping* contra a SDE, tentando minimizar a probabilidade de ataques de sono diurnos e de adormecer durante as aulas (Vela-Bueno et al., 2008). Foram visíveis percentagens elevadas de alunos com SDE tanto entre os que fazem habitualmente sesta, como nos que não as fazem (38,4% e 21,8%, respectivamente) (Vela-Bueno et al., 2008).

Com o objectivo de determinar o grau de sonolência diurna e a qualidade do sono de 394 estudantes dos 3º e 4º anos de Medicina da Universidade de San Martín de Porres (Perú) com média de idade de 21 anos, foi-lhes administrada a ESE e o PSQI, tendo os autores concluído que 64,5% da amostra tinha **má qualidade de sono** e 26% acusava a presença de SDE (Barrenechea et al., 2010). Já no estudo de Hui et al. (1999) foram avaliados 1910 alunos do primeiro ano da Universidade Chinesa de Hong Kong, tendo-se concluído que 26% ressonavam, 11% apresentavam capacidade de desempenho deficiente e 42% relatavam sonolência diurna. Ainda noutra investigação, Schneider (2009) estudou, através da aplicação da ESE, 372 alunos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil), com idade média de 22 anos, tendo encontrado valores significativos de SDE em 50,8% da amostra e referindo o autor que a sonolência é comprometedora da saúde física e mental dos sujeitos. Forquer, Camden, Gabriau e

Johnson (2008), ao investigarem os padrões de sono de 313 estudantes de uma Universidade pública americana, concluíram que mais de 33% dos mesmos relatava estar cansado e sonolento durante o dia, o que interferia com as suas actividades diárias, tais como estudar e conduzir.

Já no que concerne à realidade Portuguesa, e tendo em conta a pesquisa levada a cabo em diversos motores de busca científica (*B-on, Scielo, Ebsco, RCAAP, Medline, Eric*), bem como noutras fontes de organismos nacionais (repositórios institucionais), a quantidade de trabalhos direccionados para a presente temática revelou-se escassa. Ainda assim, nos estudos nacionais que são apresentados seguidamente os resultados encontrados não parecem diferir muito dos verificados nos trabalhos realizados noutros países e anteriormente expostos.

Num estudo levado a cabo por Henriques (2008) utilizando a ESE e o PSQI com o objectivo de avaliar a prevalência de distúrbios do sono em 924 alunos do Instituto Superior Técnico de Lisboa com idade média de 22 anos, concluiu-se que uma percentagem assinalável de sujeitos apresentava dificuldades de sono que resultavam em SDE (44,4%) e pobre qualidade do sono em geral (83,1%), tendo-se encontrado associação estatisticamente significativa entre a SDE e a **pobre qualidade do sono**. Os alunos com mais horas de sono (cerca de 8h), apresentaram médias mais altas em termos de notas, sendo que os alunos com mais SDE foram os que revelaram pior desempenho académico. Neste estudo, a média de pontuação obtida na ESE foi de 8,93. (Henriques, 2008).

Ressalvando o facto de nos estudos que se seguem não ter sido utilizada a ESE como instrumento de avaliação, considerou-se mesmo assim relevante a sua apresentação uma vez que traduzem resultados relativos à realidade portuguesa pertinentes para a temática central do presente trabalho. Gomes, Tavares e Azevedo (2009) investigaram os padrões de sono (em função do sexo, situação de residência, ano universitário e área de curso) de 1654 estudantes da Universidade de Aveiro, com idade média de 20 anos, a frequentar os 1º, 2º e 3º anos de 18 licenciaturas diferentes, tendo verificado que para 43% dos sujeitos os hábitos de sono modificaram muito/muitíssimo desde o ensino secundário e 27% julga que os seus hábitos de sono prejudicam o rendimento académico. As mulheres apresentaram um início/manutenção do sono mais comprometido do que os homens e também assumiram usar mais frequentemente

comprimidos para dormir, enquanto que os estudantes que saíram de casa da família para estudar evidenciaram os horários de sono-vigília mais tardios à semana e denotaram maior mudança dos hábitos de sono desde a entrada no Ensino Superior. Não foram encontradas diferenças significativas no que diz respeito à duração do sono, dificuldade em adormecer e qualidade e profundidade do sono em função do **ano frequentado**, mas os autores notaram uma tendência para uma evolução favorável no sentido de uma melhor higiene do sono ao longo dos três anos, o que parece confirmar a ideia de que é no primeiro ano que geralmente surgem mais dificuldades e problemas ao nível do sono (Gomes et al., 2009).

Numa outra investigação sobre saúde e rendimento académico dos estudantes da Universidade do Minho foram inquiridos 139 alunos dos cursos de Medicina, Educação e Engenharia, com uma idade média de 20 anos, no sentido de clarificar quais as principais dificuldades por eles percebidas com eventual reflexo no seu rendimento e/ou adaptação ao contexto universitário (Elias et al., 2009). Constatou-se que 31,7% dos indivíduos identificou o padrão de sono como sendo uma área problemática e que 16,5% considera que essa dificuldade interfere com a qualidade do seu desempenho (Elias et al., 2009). Também na Universidade do Minho foram estudados por Lopes (2010, citado por Santos, 2010), através de um inquérito *online*, 754 alunos de diferentes idades e cursos, tendo os resultados revelado que 64% dos sujeitos sofre de algum problema do sono, sendo que 38% avaliou a sua qualidade de sono como “má” ou “muito má”. Estes resultados foram associados ao consumo de álcool e bebidas com caféina, bem como às preocupações com o curso e às dificuldades de adaptação ao contexto académico (Santos, 2010).

Tendo em linha de conta os resultados de todos os estudos anteriormente enumerados, e no sentido de melhorar o bem estar e a qualidade de vida dos estudantes, bem como o seu rendimento académico, será importante uma maior sensibilização da comunidade académica para a importância do sono, com a adopção de medidas de prevenção e de intervenção tais como: a existência de uma “educação para o sono” no Ensino Superior através de campanhas, seminários e programas educacionais, possibilitando aos alunos adquirirem conhecimento básicos sobre o sono, os ritmos circadianos e a promoção de uma higiene do sono mais saudável; a existência de uma “consulta do sono” nas Universidades, com assistência médica à população estudantil, de modo a identificar e tratar atempadamente possíveis alterações do padrão sono-

vigília, assim como outros distúrbios do sono (Gaultney, 2010; Gomes et al., 2009; Henriques, 2008; Lund et al., 2010; Vela-Bueno et al., 2008).

A informação acerca dos benefícios de uma boa higiene do sono e de como alcançá-la deve estar amplamente disponível, essencialmente para os alunos do primeiro ano, através de aulas de orientação, de aulas de psicologia, em formato impresso e através dos serviços de saúde, de modo a que os sujeitos efectivamente incorporem essa informação na sua rotina (Buboltz et al., 2009).

Algumas estratégias que podem assim ser aprendidas e usadas pelos alunos para melhorar a qualidade do seu sono passam por gerir adequadamente o seu ritmo circadiano, tornando-o o mais estável e consistente possível, com horários de deitar e de levantar semelhantes para a semana e para o fim de semana (Forquer, Camden, Gabriela & Johnson, 2008). Outra estratégia será tentar melhorar a higiene do sono, o que inclui não fazer sestas com duração superior a uma hora, usar a cama apenas para dormir (e não para ler, ver TV ou trabalhar), e assegurar que o quarto é um espaço confortável e que convida ao descanso. O chamado *white noise* (barulho de fundo), contínuo, também pode ser utilizado como facilitador do sono através de aparelhos como desumidificadores ou ventiladores (Forquer et al., 2008).

No que respeita concretamente à SDE, as possíveis abordagens de tratamento incluem alteração nos horários de início das aulas, intervenção com terapias cognitivo-comportamentais ou ainda tratamento farmacológico (Pagel & Kwiatkowski, 2010).

Face ao anteriormente exposto, e tendo em conta que não parece existir muita bibliografia portuguesa disponível no que respeita particularmente ao sono dos estudantes no período específico do primeiro ano de estudos superiores, sublinha-se a importância de realizar mais investigação nesta área, de forma a colmatar a aparente falta de estudos prévios e de modo a melhor conhecer esta realidade, contribuindo para uma sensibilização e intervenção mais completas e eficazes, como se espera conseguir com o presente trabalho.

PARTE II – Estudo empírico

Capítulo III – Objectivos e variáveis do estudo

O presente trabalho encontra-se integrado e surge na sequência de um projecto de investigação mais amplo e abrangente, já iniciado anteriormente e da responsabilidade da Prof. Doutora Rute Meneses e da Prof. Doutora Isabel Silva, sobre a adaptação psicossocial dos alunos ao Ensino Superior.

Considerando a revisão da literatura efectuada e o anteriormente exposto no enquadramento conceptual da presente dissertação, foi levado a cabo um estudo com alunos do primeiro ano do Ensino Superior privado, tendo como objectivo geral avaliar a SDE da amostra estudada, assim como explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas, no sentido de ajudar a alertar os diferentes actores no contexto académico para a relevância da temática em questão e de poder servir de ponto de partida para futuras investigações e intervenções.

Julgou-se pertinente conduzir o presente estudo tendo em conta a reduzida literatura encontrada a nível nacional no que diz respeito a este domínio em concreto, aliada ao facto de que a bibliografia consultada deixa o alerta para a importância que deve ser dada ao sono da população jovem, uma vez que se tem vindo a verificar um agravamento no que concerne à qualidade do sono entre os jovens portugueses (Gomes et al., 2009; Henriques, 2008; Paiva & Penzel, 2011).

Assim, os objectivos específicos da presente investigação são os seguintes:

1. Determinar qual a prevalência de SDE encontrada na amostra estudada de alunos do primeiro ano, sabendo-se que entre os estudantes universitários esta tende a oscilar entre os 25% e os 50%, dependendo dos estudos (Araújo & Almondes, 2012; Barrenechea et al., 2010; Cardoso et al., 2009; Danda et al., 2005; Estrella, Benítez, Rodríguez & Sandoval, 2005; Fernández-Mendoza et al., 2010; Henriques, 2008; Hui et al., 1999; Lund et al., 2010; Orzech et al., 2011; Reid & Baker, 2008; Rodrigues et al., 2002; Schneider, 2009; Taher et al., 2012; Vela-Bueno et al., 2008; Yeung et al., 2008);

2. Verificar se a SDE varia consoante o sexo, sendo que na literatura foram encontrados estudos em que a SDE é mais elevada entre as mulheres (Araújo & Almondes, 2012; Asaiag et al., 2010; Souza et al., 2007), bem como estudos em que não se encontraram diferenças estaticamente significativas entre os dois sexos (Cardoso et al., 2009; Danda et al., 2005; Reid & Baker, 2008);
3. Verificar se a SDE varia consoante a idade dos sujeitos, sendo que na revisão da literatura as médias de idade encontradas nos diversos estudos foram quase sempre muito semelhantes entre si, não se tendo constatado relação estatisticamente significativa com a SDE;
4. Verificar se a SDE varia consoante a situação de residência dos alunos (saída ou não da casa de família para estudar), sendo que não foi encontrado nenhum estudo que avaliasse este aspecto em particular ¹;
5. Verificar se a SDE varia consoante a percepção geral do estado de saúde dos alunos, uma vez que na literatura se observou que a qualidade do sono está fortemente relacionada com a percepção de saúde dos estudantes, sobressaindo uma tendência para melhorarem ou piorarem a par uma da outra (Ban & Lee, 2001; Pilcher & Ott, 1998).

Desta forma, e com base nos objectivos enumerados, passam a identificar-se as variáveis da presente investigação:

variável principal - sonolência diurna excessiva (SDE);

variáveis secundárias - sexo, idade e situação de residência (sociodemográficas);
e percepção geral do estado de saúde (clínica).

¹ Ainda assim, na investigação de Gomes et al. (2009), constatou-se que os estudantes que saíram de casa da família para estudar eram os que se deitavam e levantavam mais tarde durante a semana e os que denotavam maior mudança dos hábitos de sono desde a entrada no Ensino Superior.

Capítulo IV – Método

O presente estudo empírico consiste numa investigação de natureza quantitativa e segue um desenho transversal, descritivo e correlacional, baseado no auto-relato, sendo este o modelo de investigação mais adequado aos objectivos deste trabalho, uma vez que o que se pretende é descrever conceitos, bem como identificar padrões e estabelecer relações entre variáveis, buscando indicadores precisos de dimensões presentes nos sujeitos no momento da avaliação e sem a manipulação de qualquer factor, como ocorre noutro tipo de investigações (Almeida & Freire, 2003).

4.1 – Participantes

A amostra do presente estudo é constituída por 115 indivíduos de ambos os sexos, estudantes do primeiro ano de diferentes Cursos e Faculdades privadas do Ensino Superior, tratando-se de uma amostra não probabilística, cujo critério de inclusão foi a frequência do primeiro ano do Ensino Superior no ano lectivo de 2006-2007.

Passando a caracterizar os participantes a nível sociodemográfico, verifica-se que a grande maioria pertence ao sexo feminino, sendo que esta distribuição, não homogénea em termos de sexo, estará, muito provavelmente, relacionada com o facto de actualmente serem mais as mulheres a frequentar o Ensino Superior do que os homens (Quadro 3).

Quadro 3 - *Descrição da Amostra por Sexo* (N=115)

	n	%
Masculino	29	25,2
Feminino	83	72,2
Dados omissos	3	2,6

Em relação à idade, a amostra estudada oscila entre um mínimo de 17 anos e um máximo de 24 anos, apresentando os participantes uma idade média de 18,7 anos ($DP=1,275$).

No que diz respeito ao Curso frequentado, os participantes agrupam-se maioritariamente no Curso de Ciências Farmacêuticas (quase metade da amostra), seguindo-se o Curso de Ciências da Comunicação e ainda o de Análises Clínicas com uma quantidade de sujeitos muito aproximada entre si (Quadro 4).

Quadro 4 – *Descrição da Amostra por Curso Frequentado* (N=115)

	n	%
Ciências da Comunicação	35	30,4
Análises Clínicas	29	25,2
Ciências Farmacêuticas	50	43,5
Dados omissos	1	0,9

No que concerne à situação de residência dos estudantes que compõem a amostra, é possível verificar que a sua maioria viu o seu local de residência alterado como consequência da sua entrada no Ensino Superior, tendo saído de casa da família para estudar (Quadro 5).

Quadro 5 – *Descrição da Amostra por Situação de Residência* (N=115)

	n	%
Não saiu de casa para estudar	54	46,9
Saiu de casa para estudar	60	52,2
Dados omissos	1	0,9

De entre esta maioria de sujeitos que saiu de casa para estudar, constatou-se que grande parte deles passou a viver com outros estudantes, sendo que os que foram viver

sozinhos, ou para uma residência universitária ou ainda para casa de outros familiares são em muito menor número (30%) (Quadro 6).

Quadro 6 – *Descrição da Amostra por Local de Residência após Saída de Casa para Estudar* (N=60)

	n	%
Residência Universitária	1	1,6
Apartamento com estudantes	42	70,0
Apartamento sozinho	10	16,7
Casa com familiares	7	11,7

Quanto à actual condição laboral dos pais, é possível observar que a maior parte dos alunos tem o pai profissionalmente activo e no exercício de uma profissão (Quadro 7). Em relação à mãe, há igualmente uma predominância das que se encontram a exercer uma actividade profissional, seguindo-se uma percentagem também expressiva de alunos cujas mães se ocupam (apenas) das tarefas do lar (Quadro 8).

Quadro 7 – *Descrição da Amostra em Relação à Condição Laboral do Pai* (N=115)

	n	%
Exerce uma profissão	103	90,2
Desempregado	2	1,8
Está à procura de emprego	2	1,8
Reformado/Pensionista	6	4,4
Incapacitado para o trabalho	1	0,9
Outra	1	0,9

Quadro 8 – *Descrição da Amostra em Relação à Condição Laboral da Mãe* (N=115)

	n	%
Exerce uma profissão	86	75,4
Ocupa-se só das tarefas do lar	20	16,7
Desempregada	4	3,4
Frequenta um curso de formação profissional	1	0,9
Reformada/Pensionista	2	1,8
Outra	2	1,8

Verifica-se ainda que, em termos de profissões específicas, a grande maioria dos pais dos alunos estudados se enquadram nas categorias de directores, empresários ou profissões na área científica (69,5%) (Quadro 9). Já no que diz respeito às mães dos participantes, estas agrupam-se essencialmente nas categorias de empresárias, profissões científicas, profissões técnicas e pessoal administrativo (65,2%) (Quadro 10).

Quadro 9 – *Descrição da Amostra em Função da Profissão do Pai* (N=115)

	n	%
Director	21	18,6
Empresário	37	30,4
Profissão científica	23	20,5
Profissão técnica	7	6,3
Pessoal administrativo	8	7,1
Pessoal dos serviços de protecção	4	3,6
Trabalhador da produção industrial	7	6,3
Forças armadas	1	0,9
Não identificado	7	6,3

Quadro 10 – *Descrição da Amostra em Função da Profissão da Mãe (N=115)*

	n	%
Director	4	3,6
Empresário	14	12,5
Profissão científica	25	19,6
Profissão técnica	19	17,0
Pessoal administrativo	18	16,1
Pessoal dos serviços de protecção	5	4,5
Trabalhador da produção industrial	6	5,4
Nunca exerceu	11	9,7
Não identificado	13	11,6

Em relação à percepção geral do seu estado de saúde no momento em que lhes foi administrado o protocolo, os participantes percebem em larga escala a sua saúde como óptima ou muito boa (72,1%), sendo apenas uma minoria os que a referem como razoável ou fraca (8,7%) (Quadro 11).

Quadro 11 – *Descrição da Amostra em Função da Percepção Geral do Estado de Saúde (N=115)*

	n	%
Óptima	32	27,8
Muito boa	51	44,3
Boa	22	19,2
Razoável	9	7,8
Fraca	1	0,9

Já no que diz respeito à comparação entre o estado de saúde percebido pelos participantes no momento do preenchimento do protocolo com o que acontecia um ano antes, os resultados mostram que quase metade da amostra refere que o seu estado de saúde actual é aproximadamente igual ao de há um ano atrás, sendo que 43,5% dos alunos considera até ter havido uma melhoria desde então (Quadro 12).

Quadro 12 – *Descrição da Amostra em Função da Comparação do Estado de Saúde Actual com o que Acontecia há Um Ano Atrás (N=115)*

	n	%
Muito melhor	16	13,9
Com algumas melhoras	34	29,6
Aproximadamente igual	55	47,8
Um pouco pior	9	7,8
Muito pior	1	0,9

4.2 – Material ²

Na escolha dos instrumentos foi dada atenção à extensão do protocolo, optando-se por instrumentos de rápida administração, de forma a não cansar nem sobrecarregar os participantes. Foram então seleccionados questionários de auto-resposta, tendo em consideração a sua pertinência e adequação face à presente temática, bem como a sua capacidade de fornecer informação objectiva e suficiente relativamente às questões levantadas no âmbito do estudo.

De salientar que as autorizações dos autores dos instrumentos usados, necessárias para a concretização do actual estudo, foram anteriormente obtidas, no âmbito do projecto mais amplo da responsabilidade da Prof. Doutora Rute Meneses e da Prof. Doutora Isabel Silva, e que serviu de ponto de partida para a presente dissertação.

O **Questionário Sócio-Demográfico** utilizado neste estudo corresponde ao que está acoplado ao QVA-r (Questionário de Vivências Académicas – versão reduzida) (Almeida, Ferreira & Soares, 1999), construído e validado para a avaliação da adaptação dos estudantes portugueses ao Ensino Superior (Almeida et al., 1999). Esta parte é composta por 9 questões, que abordam características importantes dos sujeitos para o estudo actual. Assim, ao nível dos dados sócio-demográficos, obteve-se informação acerca do sexo, idade, curso, situação de residência (saída ou não de casa

² Por questões éticas, e por indicação da Orientadora, é facultado um exemplar do protocolo de avaliação em dossier separado apenas aos membros do júri da presente Dissertação de Mestrado.

provocada pela entrada na Universidade), a actual condição dos pais perante o trabalho, bem como a sua actual actividade profissional.

Foram escolhidos dois itens do **Questionário de Estado de Saúde – MOS SF-36** (*Medical Outcomes Study Short Form – MOS SF-36*), o qual é atribuído a duas organizações: a *RAND Corporation* e a *MOT (Medical Outcomes Trust)*, contudo sem grandes diferenças (Pais-Ribeiro, 2005). Após a sua construção, foi utilizado em diversas situações, tendo sido estudado e adaptado por vários autores, inclusivamente portugueses, como é o caso de Pedro Lopes Ferreira, e é o instrumento mais comumente utilizado a nível internacional para mensurar o estado de saúde e a qualidade de vida, independentemente de existir ou não doença (Pais-Ribeiro, 2005).

É constituído por 36 itens de auto-resposta, distribuídos segundo 8 componentes, nomeadamente o funcionamento físico, o desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional, saúde mental e mais um item de transição de saúde (Pais-Ribeiro, 2005). No entanto, no presente estudo, tendo em conta os seus objectivos, apenas foram seleccionados e aplicados os 2 primeiros itens do questionário, uma vez que remetem para a percepção geral de saúde dos participantes. Foi usada a versão portuguesa do questionário, a qual apresenta uma consistência interna considerada de adequada a forte, dependendo dos itens ($\alpha=0,60$ função social e $\alpha=0,87$ função física e saúde geral) (Pais-Ribeiro, 2005).

Para a avaliação dos níveis de SDE dos participantes foi administrada a **Escala de Sonolência de Epworth (ESE)**, que consiste num pequeno questionário auto-administrado, muito prático pela fácil aplicação e cotação, que leva sensivelmente 2 minutos a preencher, e que foi desenvolvido em 1990 na Unidade de Distúrbios do Sono do Hospital de Epworth, em Melbourne, Austrália, por Murray Johns (Johns, 1991). Este instrumento possui 8 questões e “avalia o nível geral de sonolência diurna/propensão para o sono em adultos, independentemente de pequenas variações nessa sonolência (hora do dia, entre dias)” (Meneses et al., 2001, p. 12). Esta avaliação diz respeito aos últimos tempos da vida dos participantes, o que significa que pode abranger desde um período de semanas até alguns meses anteriores à aplicação, permitindo ao indivíduo ter vivenciado cada uma das 8 situações presentes no questionário (Johns, 1991).

Para cada uma das 8 situações apresentadas, os participantes devem escolher o número mais adequado de entre as opções de resposta disponíveis, de forma a identificar a possibilidade de passar pelo sono ou adormecer em cada uma delas, sendo que para tal o questionário apresenta uma escala de resposta de tipo *Likert* de 0 (nunca passaria pelo sono) a 3 (elevada possibilidade de adormecer) (Meneses et al., 2001; Paiva & Penzel, 2011). Ainda que a situação apresentada não tenha ocorrido recentemente, os participantes devem responder tentando imaginar como seria a sua reacção e como esta se traduziria em termos da escala de resposta, se ocorresse efectivamente (Meneses et al., 2001). “A pontuação total (soma de cada um dos itens) varia entre 0 e 24, e quanto mais elevado é este valor, maior a probabilidade da pessoa passar pelo sono/adormecer em situações não indutoras de sono” (Meneses et al., 2001, p. 12). Assim, as pontuações acima de 10 traduzem a presença e o diagnóstico de SDE, sendo considerada a amplitude normal da escala a que varia entre 0 e 10 (Bertolazi et al., 2009; Johns, 1991; Meneses et al., 2001).

Devendo ser usada com cautela uma vez que não constitui um completo instrumento de diagnóstico, mas sim de rastreio, de alerta e de detecção precoce de possíveis condições médicas, ainda assim a ESE oferece as vantagens de ser um instrumento rápido e económico (Meneses et al., 2001), bem como extremamente adequado para o presente estudo pois é uma escala muito específica, que mede exactamente aquilo que se propõe medir: a SDE.

No que diz respeito às propriedades psicométricas, a ESE apresenta bons indicadores em termos de fidelidade, com uma consistência interna elevada (entre $\alpha=0,74$ e $\alpha=0,88$), sendo que, relativamente ao teste-reteste, os resultados são fiáveis ao longo de um período de meses, sugerindo uma boa estabilidade temporal (Johns, 1991). No estudo psicométrico da versão Portuguesa da escala, os resultados revelaram igualmente uma elevada consistência interna ($\alpha=0,84$), semelhante à encontrada pelo autor original (Meneses et al., 2001). No presente estudo verificou-se um *Alpha de Cronbach* de $\alpha=0,69$, valor considerado aceitável atendendo ao facto de que a escala em questão é composta apenas por 8 itens (Almeida & Freire, 2003).

4.3 – Procedimento

Conforme já foi explicado anteriormente, a presente investigação decorre de um outro projecto mais abrangente, pelo que já havia sido solicitada e concedida autorização para a sua realização pela Comissão de Ética de referência e outras instâncias das Faculdades em causa, bem como autorização para utilização dos instrumentos por parte dos seus autores.

A selecção das turmas foi feita por conveniência e de acordo com a disponibilidade de horário, tendo-se optado pelo correio electrónico para contactar os docentes e solicitar a respectiva autorização para que a recolha de dados ocorresse numa semana, num dia e numa hora que considerassem mais oportunos e menos passíveis de interferir com as actividades lectivas por eles planificadas, dando-se então aos mesmos a possibilidade de seleccionar a data mais conveniente, bem como de recusar o pedido efectuado.

A metodologia adoptada para a selecção da amostra prendeu-se essencialmente com a importância de obter um grupo que fosse reflexo das diversas características pessoais e de contexto de vida da população que se pretende estudar (estudantes universitários a frequentar o primeiro ano). Assim, para a selecção dos participantes optou-se pela aplicação de métodos não probabilísticos, uma vez que os indivíduos estudados tinham que obedecer a dois critérios: frequentar o primeiro ano do Ensino Superior e participar voluntariamente no estudo em questão.

Os dados foram recolhidos durante o ano lectivo de 2006-2007, de forma colectiva, tendo os alunos preenchido o protocolo em contexto de sala de aula, em tempos gentilmente cedidos pelos docentes.

Utilizou-se o método do inquérito, suportado pela técnica do questionário, uma vez que é considerado o mais adequado para estudos quantitativos e para aplicar a um número elevado de sujeitos, ainda mais quando se pretende recolher informação sobre comportamentos cuja observação é difícil ou inadequada (Almeida & Freire, 2003). A administração dos questionários junto da amostra foi presencial, no sentido de proporcionar o fornecimento de informação quanto aos objectivos da investigação, ao preenchimento dos instrumentos e ao consentimento informado, e permitindo esclarecer

qualquer tipo de dúvida que pudesse surgir, apesar de todo o protocolo ser de auto-resposta.

O tempo necessário para o preenchimento do referido protocolo situa-se sensivelmente à volta dos 8 minutos, e os três questionários nele incluídos foram apresentados sempre pela mesma ordem a todos os sujeitos.

Tendo em conta que, em qualquer investigação, há limites que não devem ser ultrapassados no que concerne ao respeito pelas pessoas, salientam-se aqui os princípios éticos da participação livre, do anonimato e confidencialidade no tratamento, apresentação e divulgação dos resultados, e ainda do direito à desistência (Almeida & Freire, 2003). Assim, e dentro dos procedimentos éticos e deontológicos a que o investigador está obrigado, foi ainda apresentada uma declaração de consentimento informado a cada um dos participantes, com o objectivo de os informar devidamente sobre todos os aspectos relacionados com a pesquisa em causa, e permitindo-lhes decidir livremente sobre a sua participação, sendo-lhes dadas garantias de anonimato e de confidencialidade, assim como liberdade para desistir em qualquer momento sem qualquer dano ou penalização, mesmo após o seu consentimento inicial.

Posteriormente, e de forma a sistematizar toda a informação recolhida, procedeu-se à sua análise, utilizando técnicas de estatística descritiva, diferencial e correlacional. Nesse sentido, todos os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados, recorrendo-se para isso ao software aplicativo SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences* na versão 20, sendo garantidos, através da codificação, o anonimato e a confidencialidade das respostas dadas pelos participantes.

Capítulo V – Apresentação e discussão dos resultados

Os resultados seguidamente expostos decorrem das análises estatísticas efectuadas (descritiva, diferencial e correlacional) com base nos dados recolhidos e serão apresentados respeitando a ordem dos objectivos que foram anteriormente enunciados.

Assim, e tendo em conta que o **primeiro objectivo** do presente estudo é determinar qual a prevalência de SDE encontrada na amostra estudada de alunos do primeiro ano, pode constatar-se que a pontuação média por estes obtida na ESE é de 9,29, sendo que foi atingido o valor mínimo da referida escala, mas não o seu valor máximo (Quadro 13).

Quadro 13 – *Pontuação Obtida na ESE*

	n	Mínimo	Máximo	M	DP
Pontuação da ESE	115	0,00	20,00	9,29	3,650

Apesar do *score* da ESE e da propensão média para adormecer em situações do dia a dia que ela reflecte serem variáveis contínuas, podendo a sua pontuação variar entre 0 e 24 pontos, considera-se geralmente que uma pontuação total acima de 10 é indicadora da presença de SDE (Bertolazi et al., 2009; Johns, 1991; Meneses et al., 2001). No entanto, para alguns autores (Paiva & Penzel, 2011; Souza et al., 2007), um valor final de 8 ou 9 já é suficiente para sugerir a existência de SDE e de maus hábitos de sono.

Desta forma, pode afirmar-se que a pontuação média obtida na ESE pela amostra estudada não é suficiente para traduzir de forma rigorosa a existência de SDE, não se devendo, no entanto, desvalorizar o facto de a média elevada e o desvio padrão encontrados demonstrarem nitidamente uma tendência para o diagnóstico de sonolência e para a presença de dificuldades do sono ocasionais.

Os participantes deste estudo apresentam, assim, níveis de SDE semelhantes aos encontrados em muitos dos estudos realizados com alunos universitários e previamente referenciados (Araújo & Almondes, 2012; Estrella et al., 2005; Henriques, 2008; Rodrigues et al., 2002; Taher et al., 2012; Yeung et al., 2008). A pontuação média obtida na ESE no presente estudo apenas se diferencia das pontuações médias mais elevadas encontradas nos trabalhos de Asaiag et al. (2010) e de Fernández-Mendoza et al. (2010) (12,6 e 10,8 respectivamente), bem como das pontuações médias mais baixas encontradas nos trabalhos de Kang e Chen (2009) e de Lund et al. (2010) (6,3 e 6,8 respectivamente). No entanto, os dados que caracterizam as amostras destes trabalhos com médias mais elevadas e médias mais baixas são muito semelhantes aos dos outros estudos acima mencionados, pelo que não parecem ser suficientes para inferir acerca das possíveis razões da divergência das pontuações médias na ESE.

Segundo Johns (1991), a população adulta “normal” (sem evidência de distúrbios do sono) usualmente apresenta uma pontuação média de 4,5 na ESE, indo o resultado de 9,29 verificado no presente estudo ao encontro da ideia de que os estudantes universitários tendem a apresentar níveis de SDE mais elevados do que a maioria da restante população adulta (Buboltz et al., 2009; Gaultney, 2010; Means et al., 2000).

Ainda no que diz respeito ao primeiro objectivo desta investigação, e tendo-se já apresentado o nível médio de SDE da amostra estudada, é também possível constatar que cerca de um terço dos participantes revelam níveis de SDE considerados patológicos, uma vez que a sua pontuação final na ESE é superior a 10 (Quadro 14).

Verifica-se assim que a prevalência de SDE encontrada neste estudo (32,5%) realizado com alunos do primeiro ano do Ensino Superior é mais elevada do que aquela que geralmente se constata na população adulta em geral e que se estima ser entre 4% e 12% (Araújo & Almondes, 2012; Tavares, 2007), o que reforça, mais uma vez, a ideia de que as populações estudantis, particularmente os universitários, constituem um grupo de risco no que respeita à presença de dificuldades associadas aos seus hábitos e à sua qualidade de sono, estando por isso mais sujeitos ao aparecimento de SDE (Paiva & Penzel, 2011; Taher et al., 2012).

Quadro 14 – *Distribuição da Amostra em Função da Pontuação Obtida na ESE* (N=115)

Pontuação	n	%	% cumulativa
0,00	1	0,9	0,9
3,00	4	3,5	4,4
4,00	5	4,4	8,8
5,00	6	5,3	14,0
6,00	11	8,8	22,8
7,00	8	7,0	29,8
8,00	16	14,0	43,9
9,00	18	15,8	59,6
10,00	9	7,9	67,5
11,00	6	5,3	72,8
12,00	7	6,1	78,9
13,00	8	7,0	86,0
14,00	6	5,3	91,2
15,00	4	3,5	94,7
16,00	3	2,6	97,4
17,00	1	0,9	98,2
18,00	1	0,9	99,1
20,00	1	0,9	100,0

Nas investigações anteriormente descritas no enquadramento conceptual da presente dissertação, a prevalência de SDE nas amostras de universitários estudadas variou entre um mínimo de 14,4% (Kang & Chen, 2009) e um máximo de 76% (Asaiag et al., 2010), constituindo um intervalo bastante amplo e no qual encaixa o resultado a que se chegou no presente estudo. A percentagem de alunos com níveis elevados de SDE verificada neste estudo assemelha-se às referidas nos trabalhos de Araújo e Almondes (2012), de Estrella et al. (2005), de Forquer et al. (2008), de Fernández-Mendoza et al. (2010), de Rodrigues et al. (2002), de Taher et al. (2012) e de Vela-Bueno et al. (2008), todos efectuados com estudantes universitários.

A constatação de que os resultados da presente investigação vão de encontro aos descobertos em variadíssimos outros estudos, acima mencionados, e realizados em diversos países (Brasil, Líbia, Espanha, Estados Unidos da América, México, Peru), parece confirmar a ideia de que a SDE é um fenómeno realmente comum em alunos do primeiro ano do Ensino Superior, sendo transversal a essa população, independentemente de factores de ordem cultural e social. Assim, as diferenças a nível de nacionalidade e das diferentes realidades socioculturais em que as amostras se inserem não parecem interferir de forma significativa nos resultados obtidos nos estudos pesquisados.

Já no que concerne ao **segundo objectivo** do presente estudo, que consiste em verificar se a SDE varia consoante o sexo, concluiu-se que as participantes do sexo feminino apresentam uma pontuação média na ESE ligeiramente superior à obtida pelos participantes do sexo masculino (Quadro 15).

Quadro 15 – *Diferenças Entre o Sexo Feminino e o Sexo Masculino Quanto à Pontuação Obtida na ESE (N=115)*

	n	M	DP
Sexo Masculino	29	9,00	3,433
Sexo Feminino	82	9,21	3,602

Com a finalidade de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias, utilizou-se o teste *T de Student* e constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($t(109)=0,270$, $p \leq 0,79$).³

Deste modo, os resultados confirmam e corroboram os dados da literatura analisada, indo de encontro aos estudos em que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em termos de SDE (Cardoso et al., 2009; Danda et al., 2005; Reid & Baker, 2008). Este facto ratifica a ideia encontrada na literatura de que, quando os indivíduos são expostos e submetidos a um mesmo

³ A significância usada foi sempre de $p < 0,05$ uma vez que é a utilizada nas Ciências Sociais (Pestana & Gageiro, 2008).

ambiente (de estudo ou de trabalho), com exigências e desafios semelhantes, como acontece com os alunos do primeiro ano de estudos superiores, a diferença de SDE em função do sexo tende a diminuir (Cardoso et al., 2009).

Todavia, a pontuação média obtida na ESE pelas estudantes do sexo feminino, ligeiramente superior à obtida pelos estudantes do sexo masculino, ainda que sem significância estatística, também não contraria os dados da literatura, uma vez que foram encontrados estudos em que a prevalência de SDE é mais elevada entre as mulheres (Araújo & Almondes, 2012; Asaiag et al., 2010; Souza et al., 2007). Alguns autores defendem que esta diferença pode ter como origem aspectos inerentes ao próprio estilo de vida das mulheres, considerando que estas têm que lidar no seu dia a dia com situações de maior exigência, recaindo sobre elas responsabilidades associadas ao cuidado da casa, bem como tarefas ligadas à família, particularmente naquelas que são estudantes e mães ao mesmo tempo (Araújo & Almondes, 2012; Souza et al., 2007).

Também na investigação de Gomes et al. (2009) com estudantes universitários portugueses se concluiu que as mulheres denotam um maior comprometimento ao nível do início/manutenção do sono, tendendo a recorrer mais frequentemente à medicação para dormir melhor em tempo de aulas, sendo estes factores que podem contribuir para a presença de níveis mais elevados de SDE entre as estudantes do sexo feminino.

Tendo-se definido como **terceiro objectivo** do presente estudo verificar se a SDE varia consoante a idade dos sujeitos, recorreu-se ao cálculo do coeficiente de correlação r de *Pearson* que indicou não haver correlação linear estatisticamente significativa entre variáveis ($r(107)=0,019$, $p\leq 0,85$). Igualmente, na literatura pesquisada, não foram encontrados trabalhos onde se verificasse correlação estatisticamente significativa entre a idade dos sujeitos e a pontuação na ESE.

As médias de idade encontradas nos estudos anteriormente apresentados no enquadramento teórico variam entre um mínimo de 18 anos (Orzech et al., 2011) e um máximo de 24 anos (Araújo & Almondes, 2012), encaixando nesse intervalo a média de idade da amostra do presente estudo ($M=18,7$; $DP=1,275$), o que sugere que a SDE não varia muito no que diz respeito a esta faixa etária em particular.

Sabendo-se que, tendencialmente, os problemas de sono aumentam com a idade (Ban & Lee, 2001), o facto de, nos estudos enumerados, bem como neste em particular,

a amplitude de idades das amostras em questão ser pequena, pode ter contribuído para que não fosse encontrada associação entre a idade dos sujeitos e a SDE.

Se se partir do princípio de que geralmente os alunos do primeiro ano são mais jovens do que os que frequentam os outros anos, foram localizados alguns estudos em que a prevalência de SDE é maior entre os primeiros (Asaiag et al., 2010; Cardoso et al., 2009; Gomes et al., 2009; Taher et al., 2012). No entanto, essa suposição não chega por si só para relacionar a variável idade com a SDE, sabendo-se que, independentemente da sua idade, é durante o primeiro ano de frequência do Ensino Superior que os sujeitos tendem a manifestar mais problemas e dificuldades ao nível do sono, muito provavelmente por se encontrarem numa fase muito particular de mudança e adaptação à Universidade, com tudo o que isso implica em termos de novas exigências e desafios na esfera académica, pessoal e relacional (Correia et al., 2010; Gomes et al., 2009; Henriques, 2008; Orzech et al., 2011).

No que diz respeito ao **quarto objetivo** da presente investigação, este passa por verificar se a SDE varia consoante a situação de residência dos alunos (saída ou não da casa de família para estudar). Constatou-se que os alunos que saíram de casa da família para estudar e que optaram por outras alternativas (viver em residências universitárias, viver com colegas ou sozinho) apresentam uma pontuação média na ESE inferior à obtida pelos alunos que se mantiveram na casa da família, apontando para maiores níveis de SDE entre os segundos do que entre os primeiros (Quadro 16).

Quadro 16 – *Diferenças Entre os Alunos que Saíram de Casa da Família para Estudar e os que Não Saíram Quanto à Pontuação Obtida na ESE (N=115)*

	n	M	DP
Não saíram de casa	53	9,94	3,734
Saíram de casa	60	8,65	3,492

Utilizando-se o teste *T de Student* concluiu-se que, apesar de não se poder falar numa diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, o resultado

aproxima-se bastante da significância estatística ($t(111)=1,902, p\leq 0,06$). Verifica-se que a pontuação obtida pelos sujeitos que não saíram de casa para estudar se encontra naquele que é considerado o ponto de corte da ESE (pontuação 10), sugerindo e indiciando assim uma tendência maior para a presença de SDE neste grupo, sendo que a diferença de *score* entre os dois grupos é superior a 1 ponto.

Este resultado, no entanto, não parece ser confirmado pela informação recolhida na bibliografia consultada, uma vez que o momento da primeira saída de casa e consequente afastamento da família e amigos, bem como o confronto com um meio académico novo e desconhecido é considerado como causador de tensão e *stress* nos alunos e resulta frequentemente em manifestações sintomáticas mais ou menos intensas, nomeadamente ao nível da qualidade do sono (Almeida & Cruz, 2010; Fleming, 1997). Sendo esta fase de separação do núcleo familiar vivenciada por muitos estudantes com angústia, preocupação e apreensão (Seco et al., 2005; Tavares & Alarcão, 2005), é lógico pensar que esses aspectos se reflectam na higiene de sono dos alunos, prejudicando a sua qualidade e resultando, conseqüentemente, em níveis mais elevados de SDE, o que não se verificou no presente estudo.

Também na investigação de Gomes et al. (2009) se concluiu que os estudantes que saíram de casa da família para estudar tendem a exibir horários de sono mais tardios e outros hábitos menos correctos em termos de higiene do sono, sendo também os que afirmam sentir maior mudança dos hábitos de sono desde a entrada no Ensino Superior, o que poderia sugerir uma maior probabilidade desse grupo de alunos desenvolver graus mais elevados de SDE.

Por sua vez, os estudantes que permanecem na sua residência familiar sentem normalmente mais apoio e suporte emocional/psicológico por parte das figuras parentais, contribuindo para um maior bem-estar geral e para uma mais eficaz adaptação ao Ensino Superior (Seco et al., 2005), o que, supostamente, faria pensar em menos dificuldades relacionadas com o sono e com a SDE, ao contrário do que se constatou no presente estudo.

Todavia, para Fisher e Hood (1987, citado por Canha, 2009), todos os estudantes em fase de transição para o Ensino Superior, independentemente do seu estatuto de residência, mostram um aumento da propensão para perturbações psicológicas, podendo esse período ter efeitos adversos, pelo menos a curto prazo, ao nível do seu

funcionamento físico e psicológico, incluindo os hábitos de sono. Assim sendo, os resultados encontrados parecem fazer mais sentido, uma vez que, apesar da diferença pontual entre os dois grupos na ESE, ambos apresentam um *score* que sugere uma nítida tendência para o diagnóstico de sonolência diurna, indiciando dificuldades ao nível do sono.

Sendo a separação da família considerada uma das experiências mais universais do início da idade adulta, e constituindo a saída de casa uma transição evolutiva importante, importa aqui ressaltar que, contrariamente à ideia dominante que define a saída de casa como um acontecimento que gera sobretudo efeitos negativos como ansiedade, medos e *stress*, essa separação física dos estudantes em relação aos pais pode também ser vivenciada como um acto positivo de autonomia e independência, contribuindo para aumentar a sensação de controlo sobre as suas próprias vidas, bem como o seu bem-estar geral (Fleming, 1997), o que pode também ajudar a compreender os resultados previamente apresentados.

Vale a pena ressaltar ainda que os alunos que continuam a viver na casa da família apresentam frequentemente horários de sono mais matinais, tendo que acordar mais cedo devido às suas deslocações diárias até à instituição de ensino frequentada, muitas vezes noutra localidade que não a da sua residência (Gomes et al., 2009), facto que pode auxiliar na explicação da diferença de resultados entre os dois grupos.

Por último, passam a apresentar-se os resultados relativos ao **quinto objectivo** do presente estudo, que consiste em verificar se a SDE varia consoante a percepção geral do estado de saúde dos alunos. Tendo-se recorrido ao cálculo do coeficiente de correlação *r* de *Pearson*, concluiu-se não haver correlação linear estatisticamente significativa entre variáveis, sendo este resultado válido para os dois itens que avaliam a percepção geral do estado de saúde: item 1 (“em geral, como diria que a sua saúde é?”) ($r(114)=0,049, p\leq 0,602$) e item 2 (“comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual?”) ($r(114)=0,084, p\leq 0,372$).

Este resultado não corrobora as conclusões a que chegaram Ban e Lee (2001) e Pilcher e Ott (1998) nos seus estudos, uma vez que, em ambas as situações, os autores verificaram que a qualidade do sono está estreitamente relacionada com a percepção

geral de saúde dos estudantes, havendo uma tendência nítida para, quando uma melhora ou piora, o mesmo acontecer com a outra, influenciando-se mutuamente.

No entanto, e apesar da ausência de correlação estatisticamente significativa entre as variáveis, importa lembrar que a pontuação média obtida na ESE pela amostra em estudo sugere uma nítida tendência para o diagnóstico de SDE e que cerca de um terço dos alunos acusam níveis de SDE considerados patológicos, surgindo estes resultados a par com uma percentagem elevada (72,1%) de estudantes que afirmam que a sua saúde é ótima ou muito boa, chegando 43,5% deles a considerar que o seu estado geral de saúde é melhor ou muito melhor do que um ano antes.

Este facto parece ser suportado pela ideia de que há um desencontro, e até uma certa oposição, entre a percepção que os estudantes universitários têm da qualidade do seu sono como sendo boa e aqueles que serão os seus reais comportamentos em relação ao sono, resultando muitas vezes em padrões de descanso pobres e insuficientes (Orzech et al., 2011), percebendo-se assim que os alunos tendem a desvalorizar e a não reconhecer os bons hábitos de sono como fundamentais para a manutenção da sua saúde e do seu bem-estar geral (Buboltz et al., 2009; Taher et al., 2012). Também os resultados de estudos efectuados com o objectivo de avaliar quais as práticas e comportamentos saudáveis considerados mais importantes pelos alunos universitários revelam que estes se interessam primeiro por uma série de outros aspectos como o sexo e a alimentação, não privilegiando os bons hábitos de sono como sendo uma das práticas saudáveis mais importantes (Tavares et al., 2007).

Como referido anteriormente no enquadramento conceptual da presente dissertação, mesmo na população adulta em geral, e não apenas entre alunos do Ensino Superior, é visível uma tendência para desvalorizar ou mesmo ignorar a SDE como sintoma, permitindo assim que esta vá prejudicando a qualidade de vida dos sujeitos afectados (Muller & Guimarães, 2007).

Desta forma, a aparente desvalorização da SDE como indicador geral de saúde por parte de uma quantidade elevada e considerável de participantes neste estudo parece ser um aspecto importante e a considerar em futuras investigações, devendo ser mais explorado, nomeadamente no sentido da criação de estratégias de sensibilização.

CONCLUSÃO

Tendo-se percebido ao longo do enquadramento teórico da presente dissertação que o sono é essencial para o desenvolvimento físico e mental e para a estabilidade emocional dos sujeitos, ficou também claro que a privação deste por inúmeras circunstâncias que o podem afectar tem efeitos severos nos indivíduos, efeitos esses que são extensíveis à sociedade em geral, chegando alguns autores a considerar que os distúrbios do sono são um correlato importante da depressão e podem mesmo estar associados a um risco aumentado de mortalidade (Ban & Lee, 2001; Rios et al., 2008).

Comparativamente com outros hábitos relacionados com a saúde, como beber e fumar, os problemas do sono, em particular nos jovens adultos, parecem ser muitas vezes subestimados, bem como as suas possíveis consequências (Ban & Lee, 2001; Muller & Guimarães, 2007; Paiva, 2008). Assim, e apesar de toda a literatura científica que mostra a relevância de um sono adequado para um funcionamento saudável a nível físico e mental, foi perceptível que, na maioria da população estudantil de nível superior, são frequentemente observados problemas associados a uma pobre qualidade e higiene do sono, sugerindo que essa pode ser uma questão problemática premente da sociedade moderna (Kang & Chen, 2009; Paiva & Penzel, 2011; Yeung et al., 2008).

Através da literatura constatou-se que durante os anos de frequência universitária, particularmente no primeiro ano, por representar um período muito específico de transição e adaptação que exige o lidar com uma série de novas exigências e desafios, existe uma acentuada irregularidade do padrão de sono e ocorre uma diminuição da duração total do sono, bem como um atraso no seu início, sendo a SDE um dos sintomas mais recorrentes que daí resulta para os estudantes (Araújo & Almondes, 2012; Orzech et al., 2011). Foi também possível perceber que, normalmente, a SDE acarreta consigo outras consequências, nomeadamente um aumento do risco de acidentes, um decréscimo na capacidade para realizar tarefas diárias, dificuldades acrescidas nas relações interpessoais, bem como problemas ao nível da manutenção da atenção/concentração e da memória (Asaiag et al., 2010; Paiva & Penzel, 2011; Rodrigues et al., 2002).

Desta forma, e voltando resumidamente aos resultados obtidos na presente investigação, verificou-se que a amostra estudada de alunos do primeiro ano do Ensino Superior apresenta uma nítida tendência para a presença de SDE, podendo identificar-se índices de sonolência considerados patológicos em cerca de um terço do total dos participantes, o que vai de encontro à literatura científica pesquisada sobre a referida temática. Apesar da ausência de relações estatisticamente significativas entre as variáveis estudadas, é visível uma predisposição ligeiramente superior para níveis mais elevados de SDE entre as alunas do sexo feminino, bem como entre os alunos que não saíram de casa da família para estudar. Também sem correlação estatisticamente significativa, mas não sendo de negligenciar, se nota aquilo que parece ser a não valorização da SDE como indicador geral do estado de saúde por parte de uma quantidade apreciável de alunos, aspecto que conduz à inegável pertinência da criação e dinamização de programas e estratégias de prevenção e sensibilização sobre a importância de uma adequada higiene do sono e as consequências da sua má qualidade.

Assim, os resultados alcançados com o presente trabalho remetem para a necessidade e importância de avaliar regularmente a SDE dos estudantes universitários (particularmente os do 1º ano) e identificar os seus preditores e correlatos modificáveis, no sentido de criar estratégias e programas de intervenção eficazes ao nível do Ensino Superior que promovam hábitos de sono saudáveis.

Chegado o momento de concluir a presente dissertação, justifica-se ainda enumerar algumas das limitações sentidas no decorrer da sua realização, para que possam futuramente ser ultrapassadas ou mais eficazmente contornadas.

Uma das restrições do presente estudo prende-se com os limites inerentes ao tipo de ferramentas usadas, nomeadamente a possibilidade dos sujeitos adulterarem as suas respostas nos questionários a que foram sujeitos, uma vez que estes são auto-administrados, ou então com o facto de não serem capazes de perceber adequadamente ou fazerem uma interpretação errada daquilo que é pedido. No entanto, e apesar de ser inquestionável a importância de reunir dados objectivos sobre as variáveis em estudo, será igualmente importante aceder às mesmas através da perspectiva individual de cada sujeito estudado. Para além disso, os dados recolhidos através do auto-relato são frequentemente usados em investigação feita na área do sono e têm sido altamente

correlacionados com medidas de sono obtidas através da polissonografia (Pilcher & Ott, 1998).

Ainda no que diz respeito à recolha dos dados, o ideal seria que as administrações nas diferentes turmas tivessem ocorrido sempre após as 12h, de forma a que os alunos que eventualmente faltassem às primeiras aulas da manhã estivessem também presentes, facto que é particularmente importante quando se trata de uma investigação que incide na temática do sono e da sonolência. Uma vez que assim não foi possível no presente estudo, espera-se que este aspecto possa ser colmatado noutras investigações.

O facto de se ter optado apenas pela utilização dos 2 primeiros itens do Questionário de Estado de Saúde – MOS SF-36 pode também ser visto como uma limitação, uma vez que pode tornar o indicador de percepção geral de saúde dos participantes demasiado grosseiro e pouco robusto, ficando a sugestão de que no futuro sejam feitas outras opções, mais completas e menos globais.

Também o facto de a amostra ser relativamente pequena e incluir alunos de apenas alguns Cursos de Faculdades privadas, pode fazer com que a mesma não seja representativa de todos os alunos do primeiro ano do Ensino Superior. Assim, os resultados encontrados devem merecer uma interpretação cautelosa e prudente no sentido de, através deles, inferir para toda a população portuguesa de alunos do primeiro ano, mas podem constituir valores de referência, nomeadamente para a fundamentação de programas de prevenção e/ou intervenção ao nível da SDE.

Tendo em conta a importância dada na literatura à relação entre a SDE e a qualidade do desempenho académico dos alunos (Rodrigues et al., 2002; Yeung et al., 2008), outra das limitações deste estudo consiste no facto de não ter sido explorada a relação entre a SDE e o quotidiano académico dos indivíduos, particularmente sobre a sua prestação académica. Para além da análise da associação entre a SDE e o sucesso académico, seria também pertinente a realização de estudos futuros a incidir sobre uma amostra mais alargada e representativa da população universitária portuguesa, bem como sobre os seus hábitos particulares de sono e a sua relação com a SDE.

Uma vez que o presente estudo é transversal, não foi possível estabelecer relações causais. Apesar dos estudos transversais constituírem geralmente o ponto de

partida da investigação e lançarem pistas importantes para outros que se lhes sigam (Barrenechea et al., 2010), seria pertinente a realização de mais estudos longitudinais nesta área, no sentido de caracterizar melhor e de forma mais completa o sono dos alunos do Ensino Superior e perceber se este vai sofrendo ou não alterações significativas ao longo do percurso académico, desde o momento da entrada na Universidade até à conclusão do curso, nomeadamente em relação ao grau de sonolência diurna presente. Tendo em conta a revisão da literatura efectuada, torna-se pertinente que a avaliação dos hábitos de sono dos estudantes universitários em futuros estudos tenha em consideração, para além do sexo, da idade e da situação de residência, outras características como o ano frequentado e a área de licenciatura por poderem traduzir diferentes padrões de sono (Gomes et al., 2009; Tavares & Alarcão, 2005).

Seria também pertinente em trabalhos futuros o desenvolvimento de uma vertente qualitativa para complementar e enriquecer a componente quantitativa, que possibilitasse, por exemplo, perceber como os alunos do primeiro ano vivenciam efectivamente a transição do ensino secundário para a Universidade: se com ou sem *stress*, como acontecimento marcante ou não e se eles próprios consideram que é uma fase que interfere com os seus hábitos e qualidade de sono ou não.

Como já se referiu anteriormente no enquadramento conceptual desta dissertação, seria da maior importância a existência de programas de educação do sono nas instituições de Ensino Superior, no sentido de sensibilizar e ajudar os alunos a melhorarem a sua higiene de sono, bem como actuar na prevenção primária do desenvolvimento futuro de perturbações do sono, até porque não parece haver a nível nacional qualquer tipo de formação acerca desta temática ao longo de toda a escolaridade.

Espera-se que os resultados do presente trabalho, bem como o seu enquadramento teórico, possam contribuir e fornecer informação complementar para um melhor e mais completo entendimento da SDE no seio de uma população de jovens estudantes do primeiro ano do Ensino Superior.

Referências Bibliográficas

- Albernaz, A. P. M. (2007). O sono e o sonho. In P. L. M. Albernaz (Org.), *Durma bem, viva melhor* (pp. 13-19). São Paulo: MG Editores.
- Almeida, L. S., Costa, A. R., Alves, F., Gonçalves, P., & Araújo, A. (2012). Expectativas acadêmicas dos alunos do ensino superior: construção e validação de uma escala de avaliação. *Psicologia, Educação e Cultura*, 16(1), 70-85. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/1822/20072>
- Almeida, L. S., & Cruz, J. F. A. (2010, Fevereiro). *Transição e adaptação acadêmica: reflexões em torno dos alunos do 1º ano da Universidade do Minho*. Comunicação apresentada no Congresso Ibérico Ensino Superior em Mudança: Tensões e Possibilidades, Braga, Portugal. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/1822/11543>
- Almeida, L. S., Ferreira, J. A. G., & Soares, A. P. C. (1999). Questionário de vivências acadêmicas: construção e validação de uma versão reduzida (QVA-r). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 33(3), 181-207.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Almondes, K. M. & Araújo, J. F. (2003). Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 37-43.
- American Psychiatric Association. (2000/2002). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, D. F., & Almondes, K. M. (2012). Avaliação da sonolência em estudantes universitários de turnos distintos. *Psico-USF*, 17(2), 295-302. doi: 10.1590/S1413-82712012000200013
- Asaiag, P. E., Perotta, B., Martins, M. A. & Tempski, P. (2010). Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 422-429.

- Attarian, H. P. (2001). Doentes que não conseguem dormir. *Postgraduate Medicine*, 16(2), 23-35.
- Ban, D. J., & Lee, T.J. (2001). Sleep duration, subjective sleep disturbances and associated factors among university students in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 16(4), 475-480. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3054766/pdf/11511794.pdf>
- Barrenechea, B. M., Gomez, C. Z., Huaira, J. A., Pregúntegui, I. L., Aguirre, M. G., & Rey, J. M. (2010). Calidad de sueño y excesiva somnolencia diurna en estudiantes del tercer y cuarto año de medicina. *Cimel*, 15(2), 54-58. Recuperado a partir de <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/cimel/v15n2/a02v15n2.pdf>
- Bertolazi, A. N., Fagondes, S. C., Hoff, L. S., Pedro, V. D., Barreto, S. S. M., & Johns, M. W. (2009). Validação da escala de sonolência de Epworth em português para uso no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(9), 877-883.
- Brunschwig, H. (2002/2008). *Sono*. Lisboa: Pergaminho.
- Buboltz, W., Jenkins, S. M., Soper, B., Woller, K., Johnson, P. & Faes, T. (2009). Sleep habits and patterns of college students: an expanded study. *Journal of College Counseling*, 12(2), 113-124. doi:10.1002/j.2161-1882.2009.tb00109.x
- Canha, J. I. E. (2009). *Adaptação, saudades de casa e sintomatologia depressiva nos estudantes deslocados*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação). Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10451/2142>
- Cardoso, H. C., Bueno, F. C. C., Mata, J. C., Alves, A. P. R., Jochims, I., Filho, I. H. R. V., & Hanna, M. M. (2009). Avaliação da qualidade do sono em estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 349-355. doi:10.1590/S0100-55022009000300005
- Caridade, S. (2011). *Vivências íntimas violentas: uma abordagem científica*. Coimbra: Almedina.

Chickering, A. W., & Reisser, L. (1993). *Education and identity*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Citador. (s.d.). Recuperado a partir de <http://www.citador.pt/>

Correia, T., Nunes, M., Barros, S. & Penas, S. (2010). Consumo de psicofármacos pelos alunos do ensino superior. In V. P. Lopes (Coord.), *Promoção da saúde e actividade física: contributos para o desenvolvimento humano* (pp. 607-619). Vila Real: UTAD, CIDESD. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10198/3505>

Costa, S. I. F. C. (2008). *Saúde e bem-estar na transição para o ensino superior: influência dos estilos de vida nos processos de adaptação*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais). Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10400.1/229>

Coutinho, F. A. F. (2010). *Prevalência da sintomatologia depressiva nos estudantes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior*. (Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior). Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10400.6/779>

Cunha, S., & Carrilho, D. (2005). O processo de adaptação ao ensino superior e o rendimento académico. *Psicologia Educacional e Escolar*, 2(9), 215-224.

Danda, G. J. N., Ferreira, G. R., Azenha, M., Souza, K. F. R., & Bastos, O. (2005). Padrão do ciclo sono-vigília e sonolência excessiva diurna em estudantes de medicina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 102-106.

Elias, A., Azevedo, V., & Maia, A. (2009). *Saúde e rendimento académico nos estudantes da Universidade do Minho: percepção de áreas problemáticas*. Comunicação apresentada no IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida, Porto, Portugal. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/1822/11205>

Estrella, J., Benítez, H., Rodríguez, F., & Sandoval, G. A. (2005). Evaluation of depressive symptoms and sleep alterations in college students. *Archives of Medical Research*, 36(4), 393-398. doi:10.1016/j.arcmed.2005.03.018

- Fernández-Mendoza, J., Ilioudi, C., Montes, M. I., Bernardino, S. O., Berrocal, A., Troca, J. J., & Vela-Bueno, A. (2010). Circadian preference, nighttime sleep and daytime functioning in young adulthood. *Sleep and Biological Rhythms*, 8(1), 52-62. doi:10.1111/j.1479-8425.2010.00430.x
- Fleming, M. (1997). *Adolescência e autonomia: o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Forquer, L. M., Camden, A. E., Gabriela, K. M. & Johnson, C. M. (2008). Sleep patterns of college students at a public university. *Journal of American College Health*, 56(5), 563-565. doi:10.3200/JACH.56.5.563-565
- Gaultney, J. F. (2010). The prevalence of sleep disorders in college students: impact on academic performance. *Journal of American College Health*, 59(2), 91-97. doi:10.1080/07448481.2010.483708
- Gomes, A. A., Tavares, J., & Azevedo, M. H. (2009). Padrões de sono em estudantes universitários portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 22(5), 545-552.
- Henriques, A. P. F. C. M. (2008). *Caracterização do sono dos estudantes universitários do Instituto Superior Técnico*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina). Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10451/1039>
- Hicks, R. A., Fernandez, C., & Pellegrini, R. J. (2001). The changing sleep habits of university students: an update. *Perceptual and Motor Skills*, 93(3), 648. doi:10.2466/pms.2001.93.3.648
- Hui, D. S., Chan, J. K., Ho, A. S., Choy, D. K., Lai, C. K., & Leung, R. C. (1999). Prevalence of snoring and sleep-disordered breathing in a student population. *Chest*, 116(6), 1530-1536. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10593772>

- Jardim, J. (2007). Desenvolvimento de competências intra-interpessoais e profissionais no jovem adulto. In P. S. dos Santos (Org.), *Temas candentes em psicologia do desenvolvimento* (pp. 313-322). Lisboa: Climepsi Editores.
- Johns, M. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, *14*(6), 540-545. Recuperado a partir de http://epworthsleepinessscale.com/wp-content/uploads/2009/09/a_new_method_for_measure_daytime_sleepiness_the_epworth_sleepiness_scale1.pdf
- Jouvet, M. (2001). *Porque sonhamos? Porque dormimos? Onde? Quando? Como?* Lisboa: Instituto Piaget.
- Junior, P. P. P. (2007). O sono normal. In P. L. M. Albernaz (Org.), *Durma bem, viva melhor* (pp. 23-26). São Paulo: MG Editores.
- Kang, J., & Chen, S. (2009). Effects of an irregular bedtime schedule on sleep quality, daytime sleepiness, and fatigue among university students in Taiwan. *BMC Public Health*, *9*. doi:10.1186/1471-2458-9-248
- Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B., & Prichard, J. R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health*, *46*(2), 124-132. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.06.016
- Madalena, J. C. (1979). *O sono normal – patológico – terapêutico*. São Paulo: Fundo Editorial BYK-PROCIENX.
- Means, M. K., Lichstein, K. L., Epperson, M. T., & Johnson, C. T. (2000). Relaxation therapy for insomnia: nighttime and day time effects. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(7), 665-678. doi:10.1016/S0005-7967(99)00091-1
- Meneses, R. F., Ribeiro, J. P., & Silva, A. M. (2001). Subjective daytime sleepiness in a portuguese clinical sample: contribution for the study of the Epworth sleepiness scale. *Vigilia-Sueño*, *13*(1), 9-14.
- Meneses, R. F., & Silva, I. (2009). Auto-eficácia de estudantes do 1º ano de cursos superiores de saúde pós-bolonha. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, *6*, 474-484. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10284/1298>

- Millman, R. P. (2005). Excessive sleepiness in adolescents and young adults: causes, consequences and treatment strategies. *Pediatrics*, *115*(6), 1774-1786. doi:10.1542/peds.2005-0772
- Morales, R. M., Flores, M., Meneses, A., Figueiras, S., & Guerrero, J. (2005). Sleepiness, performance and mood state in a group of mexican undergraduate students. *Biological Rhythm Research*, *36*(1/2), 9-13. doi:10.1080/09291010400028484
- Muller, M. R., & Guimarães, S. S. (2007). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *24*(4), 519-528. doi:10.1590/S0103-166X2007000400011
- National Sleep Foundation. (s.d.). *How much sleep do we really need?* Recuperado a partir de www.sleepfoundation.org
- National Sleep Foundation. (s.d.). *What happens when you sleep?* Recuperado a partir de www.sleepfoundation.org
- Oliveira, O., & Anastácio, Z. (2011). *Influência da qualidade do sono na saúde, no comportamento e na aprendizagem de adolescentes do 2º e 3º ciclos do ensino básico português*. Universidade do Minho: Ediciones de la Asociación Nacional de Psicología y Educación. Recuperado a partir de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/12626>
- Orzech, K. M., Salafsky, D. B., & Hamilton, L. A. (2011). The state of sleep among college students at a large public university. *Journal of American College Health*, *59*(7), 612-619. doi:10.1080/07448481.2010.520051
- Pagel, J. F., & Kwiatkowski, C. F. (2010). Sleep complaints affecting school performance at different educational levels. *Frontiers in Neurology*, *1*(125), 1-6. doi:10.3389/fneur.2010.00125
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde*. Coimbra: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Paiva, T. (2008). *Bom sono, boa vida*. Faculdade de Medicina de Lisboa: Oficina do Livro.

- Paiva, T., & Penzel, T. (2011). *Centro de medicina do sono*. Lisboa: LIDEL.
- Pascarella, E. T., & Terenzini, P. (1991). *How college affects students: findings and insights from twenty years of research*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Pereira, A. (2007). As crises de vida do jovem adulto e o seu desenvolvimento pessoal. In P. S. dos Santos (Org.), *Temas candentes em psicologia do desenvolvimento* (pp. 141-153). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, A. C. M. (2009). *Análise de depressão e ansiedade nos alunos do ensino superior: comparação com um estudo do curso de radiologia*. Castelo Branco: IPCB. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10400.11/442>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pilcher, J., & Ott, E. (1998). The relationships between sleep and measures of health and well-being in college students: a repeated measures approach. *Behavioral Medicine*, 23(4), 170-178. Recuperado a partir de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=9ce90791-d52b-4bb7-a10c-4f3084a255fb%40sessionmgr12&vid=1&hid=20&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGI2ZSZzY29wZT1zaXRl#db=rzh&AN=2009394290>
- Reid, A., & Baker, F. C. (2008). Perceived sleep quality and sleepiness in south African university students. *South African Journal of Psychology*, 38(2), 287-303. Recuperado a partir de http://www.sabinet.co.za/abstracts/sapsyc/sapsyc_v38_n2_a3.html
- Rente, P., & Pimentel, T. (2004). *A patologia do sono*. Lisboa: LIDEL.
- Rios, A. M., Peixoto, M. T., & Senra, V. F. (2008). *Transtornos do sono, qualidade de vida e tratamento psicológico*. (Monografia de Licenciatura, Universidade Vale do Rio Doce (Brasil), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais). Recuperado a partir de <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/>
- Rodrigues, R. N. D., Viegas, C. A. A., Silva, A. A. A., & Tavares, P. (2002). Daytime sleepiness and academic performance in medical students. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 60(1), 6-11. doi:10.1590/S0004-282X2002000100002

- Santos, R. (2010). Quase 65% dos alunos da Universidade do Minho têm sono de má qualidade. *Jornal Público*, 16 de Março de 2010. Recuperado a partir de <http://www.publico.pt/>
- Schneider, M. L. M. (2009). *Estudo do cronotipo em estudantes universitários de turno integral e sua influência na qualidade do sono, sonolência diurna e no humor*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil), Faculdade de Medicina). Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10183/16382>
- Seco, G., Dias, M., Pereira, M., Casimiro, M. & Custódio, S. (2007, Abril). *Construindo pontes para uma adaptação bem sucedida ao ensino superior: implicações práticas de um estudo*. Comunicação apresentada no IX Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação, Funchal, Portugal. Recuperado a partir de http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/18/1/texto_SPCE%20Funchal.pdf
- Seco, G., Pereira, I., Dias, I., Casimiro, M., & Custódio, S. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: pontes e alçapões. *Psicologia e Educação*, 4(1), 7-21. Recuperado a partir de <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/55/1/ESTUDO%20IPL%20REVIS%20TA%20UBI.pdf>
- Serra, A. V. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: MinervaCoimbra.
- Silva, A. (2008). *A construção de carreira no ensino superior*. (Tese de Doutoramento, Universidade do Minho). Recuperado a partir de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8701/1/tese%20final%20completa.pdf>
- Soares, A. (2010). *O sono: efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa: LIDEL.
- Soares, A., Almeida, L., Diniz, A. & Guisande, M. (2006). Modelo Multidimensional de Ajustamento de jovens ao contexto Universitário (MMAU): estudo com

estudantes de ciências e tecnologias *versus* ciências sociais e humanas. *Análise Psicológica*, 1(24), 15-27.

Soares, A., Almeida, L. S., & Guisande, M. A. (2011). Ambiente académico y adaptación a la universidad: um estudo com estudantes de 1º año de la Universidad do Minho. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(1), 99-121. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/1822/12101>

Souza, J.C., Souza, N., Arashiro, E. S., & Schaedler, R. (2007). Sonolência diurna excessiva em pré-vestibulandos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 184-187. doi:10.1590/S0047-20852007000300005

Stores, G. (2001). Normal sleep including developmental aspects. In G. Stores & L. Wiggs (Orgs.), *Sleep disturbance in children and adolescents with disorders of development: its significance and management* (pp. 10-14). Cambridge: University Press.

Taher, Y. A., Samud, A. M., Ratimy, A. H., & Seabe, A. M. (2012). Sleep complaints and daytime sleepiness among pharmaceutical students in Tripoli. *Libyan Journal of Medicine*, 7. doi:10.3402/ljm.v7i0.18930

Tavares, S. (2007). Avaliação dos distúrbios do sono. In P. L. M. Albernaz (Org.), *Durma bem, viva melhor* (pp. 29-32). São Paulo: MG Editores.

Tavares, S. (2007). Distúrbios de sonolência excessiva e narcolepsia. In P. L. M. Albernaz (Org.), *Durma bem, viva melhor* (pp. 77-84). São Paulo: MG Editores.

Tavares, J., & Alarcão, I. (2005). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Almedina.

Tavares, J., Pereira, A. S., Gomes, A. A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.

Vela-Bueno, A., Fernandez-Mendoza, J., Olavarrieta-Bernardino, S., Vgontzas, A. N., Bixler, E. O., Cruz-Troca, J. J., Rodriguez-Muñoz, A., & Oliván-Palacios, J. (2008). Sleep and behavioral correlates of napping among young adults: a survey of first-year university students in Madrid, Spain. *Journal of American College Health*, 57(2), 150-158. doi:10.3200/JACH.57.2.150-158

Yeung, W., Chung, K., & Chan, T. C. (2008). Sleep-wake habits, excessive daytime sleepiness and academic performance among medical students in Hong Kong. *Biological Rhythm Research*, 39(4), 369-377. doi:10.1080/09291010701425124

ANEXOS

Anexo A – Classificação das perturbações do sono (DSM-IV-TR)

Tabela A1 - *Classificação das Perturbações do Sono* (DSM-IV-TR) (APA, 2000/2002)

Perturbações Primárias do Sono	
Dissónias	Insónia primária; Hipersónia primária; Narcolepsia; Perturbação do sono relacionada com a respiração; Perturbação do ritmo circadiano do sono; Dissónia sem outra especificação.
Parassónias	Pesadelos; Terores nocturnos; Perturbação de sonambulismo; Parassónia sem outra especificação.
Perturbações do Sono relacionadas com outra Perturbação Mental	
Insónia relacionada com outra perturbação mental	
Hipersónia relacionada com outra perturbação mental	
Outras Perturbações do Sono	
Perturbação do sono devida a um estado físico geral	
Perturbação do sono induzida por substâncias	