

Madalena Fátima Silva

## Determinantes da Qualidade do Sono em Estudantes de Enfermagem

Mestrado em Enfermagem Comunitária



Fevereiro de 2015



**Madalena Fátima Silva**

**Determinantes da Qualidade do Sono em  
Estudantes de Enfermagem**

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório Final sob a orientação:  
Professora Doutora Cláudia Chaves  
Professor Doutor João Carvalho Duarte



Viseu



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

Proust (s.d.)



Aos meus pais.

À minha filha.



## **Agradecimentos**

Deixo aqui expresso o meu profundo agradecimento aos meus distintos orientadores, Professora Doutora Cláudia Chaves e Professor Doutor João Duarte, pelos conhecimentos transmitidos, pelas críticas construtivas, pela clareza e rigor na condução deste trabalho, pelo esforço e empenho, pelo seu profissionalismo e pela amizade e carinho, que foi além da concretização deste percurso académico.

Agradeço a todos os estudantes de enfermagem que dispensaram o seu tempo e se disponibilizaram para este estudo, através do preenchimento dos questionários, tornado este trabalho viável.

À minha família e amigos pela paciência e compreensão nos frequentes e longos momentos da minha “ausência”.

À minha filha e colega Filipa, por ser o motor que impulsiona a minha vida.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Muito obrigada.



## Resumo

**Enquadramento** – O ensino superior repercute nos estudantes concepções que levam a desrespeitar horários de dormir, num défice na qualidade do sono. Os transtornos de sono constituem um dos mais relevantes problemas de saúde nas sociedades ocidentais.

**Objetivos** – Identificar os determinantes que influenciam a qualidade do sono em estudantes de enfermagem; identificar as variáveis sociodemográficas e académicas que interferem na qualidade do sono; analisar a influência de variáveis de contexto psicológico e analisar a relação da sonolência diurna com a qualidade do sono em estudantes de enfermagem.

**Material e Método** – Estudo descritivo-correlacional e analítico, numa amostra não probabilística por conveniência de 403 estudantes de enfermagem. Utilizou-se o questionário de caracterização sociodemográfica e académica, a Escala de Sonolência de Epworth, a Escala de Afetos Positivos e Negativos, o Inventário de Personalidade de Eysenk, Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh.

**Resultados** – A idade média dos estudantes é de 23.61 anos. Prevaecem as mulheres (86.0%), a frequentar o 4º ano (27.4%), que revelam pior qualidade do sono (63.2%) e mais sonolência diurna (24.3%). Os estudantes com  $\leq 20$  anos, do 1º ano, residentes em meio rural, que coabitam sozinhos, mais ansiosos, menos extrovertidos e mais neuróticos, revelam pior qualidade de sono.

**Conclusão:** As perturbações do sono constituem um problema de saúde pública que requer intervenção e adoção de medidas educativas e de ações de promoção da saúde no estabelecimento de ensino, para que o próprio estudante atue na construção da sua qualidade de sono.

**Palavras-chave:** Estudantes de enfermagem; Ansiedade; Stresse; Personalidade; Qualidade de Sono.



## **Abstract**

**Framework-** The higher education has influenced the students concepts of sleeping time leading to a deficit of sleep quality. Sleep disorders constitute one of more relevant problems in health of occidental society.

**Objectives** - Identify the factors that influence the quality of sleep in nursing students; Identify which social demographic and academic variants interfere in sleeping quality; Analyze the influence of variants of psychological context and investigate the relationship between the daytime somnolence with the sleeping quality in nursing students.

**Material and Methods** - Analytic, descriptive and correlational study in a non probabilistic convenience sample of 403 nursing students. We applied a Sociodemographic and Academic characterization query, Epworth Sleepiness Scale, Positive and Negative Affect Scale, Eysenck Personality Inventory, Anxiety scale, Stress and depression and Pittsburgh h Sleep Quality Index.

**Results** - The average age of the students is 23.61 years. Women (86.0%) that attended fourth year (27.4%) reveal less sleep quality (63.2%) and more daytime somnolence (24.3%). First year students with  $\leq 20$  years residing alone in rural areas that present higher levels of anxiety, less extroverted and more neurotic, reveal less sleep quality.

**Conclusion** - Sleeping disorders constitute a public health problem that required the intervention and adoption of educative measures and the promotion of health actions in educational institution in order to improve student action in the building up of his own sleep quality.

**Key words** - Nursing students; Anxiety; Stress; Personality; Sleeping quality.



## Índice

<b>Introdução</b> .....	21
<b>Investigação empírica</b> .....	35
<b>1. Metodologia</b> .....	37
1.1. Métodos.....	37
1.2. Participantes.....	40
<b>1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra</b> .....	41
<b>1.2.2. Caracterização académica da amostra</b> .....	44
1.3. Instrumentos.....	46
<b>1.3.1. Questionário de caracterização sociodemográfica e académica</b> .....	46
<b>1.3.2. Escalas, Inventários e Questionários</b> .....	47
1.4. Procedimentos.....	75
1.5. Análise dos dados.....	75
<b>2. Resultados</b> .....	79
2.1. Variáveis de contexto psicológico e de sono.....	79
<b>2.1.1. Personalidade</b> .....	79
<b>2.1.2. Ansiedade, depressão e stresse</b> .....	80
<b>2.1.3. Bem-estar subjetivo</b> .....	82
<b>2.1.4. Sonolência diurna</b> .....	83
<b>2.1.5. Qualidade do sono</b> .....	84
2.2. Análise inferencial.....	93
<b>2.2.1. Relação entre qualidade de sono e variáveis sociodemográficas e de contexto escolar</b> .....	93
<b>2.2.2. Regressão linear múltipla entre o índice da qualidade do sono e as variáveis sociodemográficas, psicológicas e sonolência diurna</b> .....	96
<b>3. Discussão</b> .....	103
3.1. Discussão Metodológica.....	103
3.2. Discussão de Resultados.....	104
<b>3.2.1. Relação entre as variáveis sociodemográficas e qualidade do sono</b> .....	106
<b>3.2.2. Relação das variáveis de contexto académico e qualidade do sono</b> .....	108
<b>3.2.3. Relação das variáveis de contexto psicológico e contextual ao sono e qualidade do sono</b> .....	111

<b>4. Conclusão.....</b>	<b>113</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>117</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>125</b>
Anexo I – Pedido de Parecer à Comissão de Ética	
Anexo II - Instrumentos de Recolha de dados	

## Índice de tabelas

Tabela 1	Estatísticas relativas à idade segundo o género.....	41
Tabela 2	Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género.....	44
Tabela 3	Caracterização académica da amostra em função do género	45
Tabela 4	Consistência interna dos itens da ESSE.....	50
Tabela 5	Correlação dos itens com o fator global.....	51
Tabela 6	Consistência Interna da escala de PANAS.....	54
Tabela 7	Alfas de Cronbach por subescala.....	55
Tabela 8	Alfa de Cronbach por fatores escala de Bem-Estar Subjetivo...	55
Tabela 9	Validade convergente/discriminante das subescalas do Bem-Estar Subjetivo.....	56
Tabela 10	Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas do Bem-Estar Subjetivo.....	56
Tabela 11	Consistência Interna dos itens da Escala da Personalidade de Eysenck.....	59
Tabela 12	Correlação item total e alfas de Cronbach por subescala.....	60
Tabela 13	Alfa de Cronbach por fatores da Escala da Personalidade.....	60
Tabela 14	Correlação dos itens com as subescalas e escala global da Personalidade.....	61
Tabela 15	Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e a Personalidade.....	61
Tabela 16	Valores correlacionais e de alfa de Cronbach para a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse.....	64
Tabela 17	Consistência interna por subescalas da escala de depressão, stresse e ansiedade.....	65
Tabela 18	Valores de alfa de Cronbach para as subescalas de depressão, ansiedade e stresse.....	65
Tabela 19	Correlação dos itens com as escalas de depressão, ansiedade e stresse.....	67
Tabela 20	Matriz de Correlação de Pearson entre as escalas de depressão, ansiedade e stresse.....	67
Tabela 21	Consistência Interna do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh .....	73
Tabela 22	Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e o Índice	

	da Qualidade de Sono.....	74
Tabela 23	Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da Escala de Pittsburgh.....	74
Tabela 24	Estatísticas relativas à personalidade.....	79
Tabela 25	Relação entre o género e a personalidade.....	80
Tabela 26	Relação entre a idade e a personalidade.....	80
Tabela 27	Estatísticas relativas à depressão, ansiedade e stresse segundo o género.....	81
Tabela 28	Relação entre o género e depressão, ansiedade e stresse.....	81
Tabela 29	Relação entre a idade e depressão, ansiedade e stresse.....	81
Tabela 30	Estatísticas relativas ao bem-estar subjetivo e género.....	82
Tabela 31	Relação entre o género e bem-estar subjetivo.....	82
Tabela 32	Relação entre a idade e bem-estar subjetivo.....	83
Tabela 33	Estatísticas da sonolência diurna.....	83
Tabela 34	Relação entre o género e sonolência diurna.....	83
Tabela 35	Análise de variância entre sonolência diurna e idade.....	84
Tabela 36	Classificação da sonolência diurna .....	84
Tabela 37	Qualidade subjetiva do sono e género.....	85
Tabela 38	Qualidade subjetiva do sono e idade.....	85
Tabela 39	Latência do sono e género.....	85
Tabela 40	Latência do sono e idade.....	86
Tabela 41	Duração do sono e género.....	86
Tabela 42	Duração do sono e idade.....	87
Tabela 43	Eficiência do sono e género.....	87
Tabela 44	Eficiência do sono e idade.....	87
Tabela 45	Perturbação do sono e género.....	88
Tabela 46	Perturbação do sono e idade.....	88
Tabela 47	Uso de medicação hipnótica e género.....	88
Tabela 48	Uso de medicação hipnótica e idade.....	89
Tabela 49	Disfunção diurna e género.....	89
Tabela 50	Disfunção diurna e idade.....	90
Tabela 51	Estatísticas descritivas relativas à qualidade do sono.....	90
Tabela 52	Qualidade do sono e género.....	91
Tabela 53	Qualidade do sono e idade.....	91
Tabela 54	Relação entre a qualidade do sono e idade.....	93
Tabela 55	Relação entre a qualidade do sono e género.....	94

Tabela 56	Relação entre a qualidade do sono e o ano em que está inscrito.....	95
Tabela 57	Relação entre a qualidade do sono e o modo de deslocação para a escola.....	95
Tabela 58	Relação entre a qualidade do sono e estatuto de bolseiro.....	95
Tabela 59	Correlação de Pearson e rácios críticos entre o índice da qualidade de sono e variáveis independentes.....	97
Tabela 60	Regressão múltipla entre o índice da qualidade do sono e as variáveis independentes.....	98
Tabela 61	Trajectoria, Rácios Críticos e coeficientes standarizados do modelo final.....	99



## Índice de Figuras

Figura 1	Esquema de investigação.....	40
Figura 2	Modelo unifatorial da escala de sonolência diurna.....	52
Figura 3	Modelo fatorial da escala do bem-estar subjetivo.....	57
Figura 4	Modelo fatorial da escala da personalidade.....	62
Figura 5	Modelo fatorial da escala de depressão, ansiedade e stresse....	68
Figura 6	Modelo fatorial da escala de escala de Pittsburgh.....	75
Figura 7	Gráfico do modelo ajustado para o índice da qualidade do sono.....	99
Figura 8	Modelo final da relação da qualidade do sono com as variáveis manifestas.....	100



## **Introdução**

A entrada no ensino superior é um acontecimento importante na vida do estudante que implica grandes modificações, pelo que pode ser vivenciada como stressante (Luz, Couto, Santos & Pereira, 2009). Os estudantes que iniciam a sua vida universitária deparam-se com um ambiente novo, muitas vezes, diferente e distante do contexto de vida e das suas expectativas, o que exige adaptação (Costa & Polak, 2009).

São inúmeras as fontes de stresse com que os estudantes se podem confrontar no ambiente universitário, nomeadamente: ansiedade das avaliações/exames baixa autoestima, ansiedade social e problemas socioeconómicos; gestão do tempo; dificuldades financeiras; alterações nos hábitos alimentares e de sono, novas responsabilidades e aumento da carga de trabalho; conhecer novas pessoas, opções de carreira, receio de falhar e a pressão por parte dos pais (Luz et al., 2009).

Com a elaboração deste estudo, subordinado ao tema “Determinantes da Qualidade do Sono em Estudantes de Enfermagem”, pretende-se procurar alguns contributos para a investigação em Enfermagem, especificamente verificar a influência da personalidade, bem-estar subjetivo, ansiedade, depressão, stresse, e sonolência diurna na qualidade do sono em estudantes de enfermagem.

Num estudo realizado com 321 estudantes do ensino superior, verificou-se a existência de uma percentagem significativa de estudantes que se encontram em risco de desenvolver depressão, ou mesmo com a patologia (Santos, Veiga & Pereira, 2010). De acordo com os autores, esta fase da vida é um período de vulnerabilidade ao stresse e à psicopatologia. Contudo, a percentagem de alunos que manifestavam risco de depressão diminuía ao longo dos anos de curso. Pelo contrário, aumentam os problemas relacionados com o consumo de álcool e de drogas. Nesta mesma investigação, observou-se que os alunos deslocados poderão ter saudades da família, aparecendo com sintomas depressivos. As estudantes do sexo feminino demonstravam percentagens mais elevadas de risco em todos os sintomas, revelando-se mais vulneráveis à depressão comparativamente aos rapazes. As áreas relatadas pelos alunos, tidas como as mais problemáticas de lidar, foram a académica e a das relações íntimas (Santos, Veiga & Pereira, 2010).

Há a considerar que o stresse pode dificultar a adaptação do estudante e

comprometer a sua saúde física, conduzindo a problemas psicológicos (Yazdani, Rezaei & Pahlavanzadeh, 2010). Os estudantes com stresse têm uma menor percepção do seu estado de saúde e menor autoestima. Com efeito, o stresse encontra-se negativamente associado à percepção que o estudante tem de si a vários níveis, inclusive, nas competências escolares. Mais especificamente, o stresse tem sido apontado como um dos preditores do rendimento académico e de estados depressivos (Yazdani, Rezaei & Pahlavanzadeh, 2010).

O stresse tem sido definido como uma barreira à concentração, à resolução de problemas, à tomada de decisão e a outras habilidades necessárias para a aprendizagem dos estudantes do ensino superior, resultando também em alguns sintomas e doenças nos estudantes, como a depressão e a ansiedade (Bublitz, Guido, Freitas & Lopes, 2012). Tendo-se em conta que o stresse é definido como qualquer estímulo do ambiente externo ou interno e que exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social, refere-se que o ambiente universitário expõe os estudantes a situações diárias que exigem adaptações, as quais podem ser avaliadas como fatores de stresse (Bublitz et al., 2012).

As evidências indicam que a maioria dos sucessos humanos é criada em condições de stresse; mas o elevado nível de stresse pode ter inúmeras consequências, incluindo fragilidades psicológicas e físicas, distúrbios do sono, agitação, irritabilidade, esquecimento, fadiga anormal, falta de concentração, perda de memória e redução da habilidade de resolver problemas (Yazdani, Rezaei & Pahlavanzadeh, 2010). Os estudantes universitários são um grupo de pessoas que estão em maior risco de stresse devido à natureza transitória da vida de estudante, porque necessitam de se ajustar ao novo ambiente que exige o cumprimento de novas normas sociais e novas amizades (Eby & Brown, 2009).

No que se refere ao período académico dos estudantes de enfermagem, algumas situações, próprias da formação profissional, podem desencadear stresse, nomeadamente: os contextos da prática clínica, as dissemelhanças entre o conhecimento mais teórico e a realidade da prática clínica, os processos de avaliação, o cumprimento de uma carga semanal extensa e distribuída por turnos, entre outros fatores (Bublitz et al., 2012). Por outro lado, os estudantes ao lidar com os limites humanos apresentam dificuldades e sentimentos de inaptidão perante as atividades próprias da formação profissional, o que interfere no seu rendimento académico e na qualidade dos cuidados prestados durante os ensinamentos clínicos (Bublitz et al., 2012). Deste modo, pode ocorrer uma instabilidade emocional que interfere na avaliação das

exigências curriculares e, por inerência, fazer com que os estudantes encarem todo o processo de formação como um fator despoletador de stresse (Bublitz et al., 2012).

As situações que, potencialmente, geram stresse no decorrer do curso de enfermagem, independentemente do período de formação dos estudantes, refletem-se na sua qualidade de vida, uma vez que os estudantes de enfermagem apresentam sinais e sintomas decorrentes do stresse, como estados de ansiedade, agitação, cefaleias, lombalgias, fadiga, sintomas depressivos, entre outros (Bublitz et al., 2012).

Há estudos que indicam que muitos estudantes de enfermagem experienciam diversos agentes causadores de stresse e de ansiedade, sobretudo no âmbito dos ensinamentos clínicos em hospitais, além do stresse causado pelo ambiente de formação teórica. O stresse e a ansiedade podem causar o insucesso escolar e afetar a forma como a sua personalidade se desenvolve, podendo igualmente aumentar a incidência de estados depressivos e reduzir a sua qualidade de sono (Yazdani, Rezaei & Pahlavanzadeh, 2010).

A maioria dos estudantes do ensino superior passam por esta fase da sua vida caracterizada por múltiplas mudanças, onde ocorrem diversos desafios, os quais têm de ser enfrentados quer a nível pessoal, quer a nível académico. Neste sentido, importa também referir que o facto de o estudante possuir uma personalidade otimista esta pode estar associada a uma maior facilidade para lidar com o stresse inerente ao percurso no ensino superior (Santes, Martínez, Ramos, Preciado & Pando, 2009). Em conformidade com os mesmos autores, aquando do ingresso no ensino superior, os estudantes têm de adotar novas atitudes e responsabilidades para as quais podem não estar ainda preparados, gerando, deste modo, alguns problemas no foro académico, mas especialmente a nível pessoal e social. Todos estes aspetos, quando associados a vivências do próprio sujeito são potenciadores de novas aquisições e reestruturações da sua personalidade (Santes et al., 2009).

Quanto à adaptação a situações de stresse e de ansiedade, tem-se verificado que o otimismo é promotor da adaptação social, negativamente correlacionado com o stresse percebido e, assim, os estudantes com menores sintomas físicos consequentes do stresse e da ansiedade revelam-se mais otimistas (Tavares, 2012). Contudo, o otimismo poderá ter igualmente uma faceta menos positiva para alguns tipos de personalidade (Tavares, 2012). Desta feita, existem dois tipos de otimismo: o realista e o irrealista, ou seja, “a pessoa tem de ser capaz de diferenciar as componentes que fazem parte do seu mundo real e que consegue alcançar, daquelas que são irreais, sem quaisquer fundamentos coerentes e que não podem ser

transpostas para a vida real” (Tavares, 2012).

Nas últimas décadas, os temas de bem-estar psicológico, personalidade e objetivos de vida em estudantes do ensino superior têm sido estudados. Todavia, os diversos autores que têm teorizado sobre este vasto tema asseguram que não se sabe demasiado acerca das relações entre a personalidade e o bem-estar psicológico (Maroco, Campos, Bonafé, Vinagre & Pais-Ribeiro, 2014).

No âmbito do bem-estar psicológico, Rangel-Alonso (2010) considera que este depende de certas variáveis como a idade, o género e a cultura das pessoas. O mesmo autor refere que à medida que as pessoas alcançam a idade adulta, possuem maior autonomia, mais autodomínio e percebem sentimentos positivos de crescimento pessoal.

Relativamente à personalidade, tem-se verificado que há uma maior tendência das pessoas mais emotivas, impulsivas e temerosas (neuroticismo) em experimentar maior afetividade negativa. Contrariamente, as pessoas extrovertidas são as que experimentam um maior afeto positivo (Páramos, Straniero, García, Torrecilla & Gómez, 2012). De acordo com os mesmos autores, a percepção de afeto positivo e negativo é influenciada pelos traços de personalidade, com repercussões na satisfação com a vida das pessoas.

Alguns autores, como é exemplo Salmera-Aro (2010), asseguram que a percepção do bem-estar psicológico e a qualidade geral da vida estão relacionadas com os objetivos de vida dos estudantes universitários. Na sua investigação, concluiu que os estudantes que se auto percebem como mais saudáveis psicologicamente consideram que têm realizados mais os seus objetivos e esperam conseguir outras metas no futuro. Viljaranta, Nurmi e Aunola (2009) constataram uma interdependência entre a saúde física e psicológica, bem como entre estas últimas com a satisfação geral com a própria vida.

Salienta-se, neste contexto, o estudo de Ratanasiripong (2012), onde foi estudada a saúde mental e o bem-estar dos estudantes de enfermagem na Tailândia. Especificamente, o estudo investigou os fatores que despoletam ansiedade e depressão nos estudantes de enfermagem. Os resultados indicam uma prevalência moderada de ansiedade e alta prevalência de depressão entre estudantes de enfermagem. O stresse está positivamente associado com a ansiedade, enquanto a autoestima está negativamente associada com a ansiedade. A autoestima e o apoio social estão negativamente associados com a depressão, enquanto o stresse está positivamente correlacionado com a depressão, estas duas variáveis juntas são

responsáveis por 57% da variância na depressão nos estudantes de enfermagem.

Há a referir que os autores que têm investigado a relação entre a personalidade e o bem-estar psicológico não têm conseguido estabelecer esta relação, colocando se se trata de um produto de determinantes ambientais, atribuídos ao contexto, ou se depende dos componentes biológicos disposicionais (Páramos et al., 2012).

Os estudantes de enfermagem enfrentam muitos desafios, incluindo o stresse e a fadiga escolares, exaustão emocional e as práticas exigidas nos ensinos clínicos. Vários autores relataram uma alta prevalência de ansiedade entre os estudantes de enfermagem nos Estados Unidos da América, com interferência no seu bem-estar físico e psicológico (Mejía & McCarthy, 2010). Outros estudos encontraram uma alta prevalência de depressão entre estudantes de enfermagem no Irão e na Tailândia (Ratanasiripong & Rodriguez, 2011).

Algumas pesquisas têm demonstrado a relação entre as diferentes variáveis associadas ao bem-estar dos estudantes do ensino superior, como a personalidade, sobretudo o otimismo, a motivação e o desenvolvimento pessoal (Geers, Wellman & Lassiter, 2009). Os mesmos autores referem ainda que há redução do bem-estar subjetivo e aumento dos sintomas psicossomáticos, quando os objetivos dos estudantes não são alcançados. No seu estudo, Páramos et al. (2012) verificaram que há correlações positivas e negativas entre os traços de personalidade e as dimensões do bem-estar psicológico dos estudantes do ensino superior, com interferências significativas na sua qualidade de sono.

A qualidade de vida dos estudantes de enfermagem é negativamente influenciada pelo stresse e pela ansiedade, decorrentes de atividades práticas para as quais não se sentem preparados e pela interferência das horas exigidas para os estudos (Alves, 2010). Surgem conflitos causados pelas necessidades inerentes ao afastamento do meio familiar, sono e repouso, atividades físicas, nutrição e conflitos nas relações interpessoais. Toda essa problemática interfere no padrão de sono dos estudantes, podendo afetar a qualidade de vida e o seu processo de aprendizagem (Alves, 2010).

O sono tem sido definido como “um estado fisiológico complexo altamente regulado e controlado, onde ocorrem alterações dos processos fisiológicos e comportamentais, com mobilidade relativa e aumento do limiar de respostas aos estímulos” (Silva, Oliveira & Inaba, 2011, p. 522). O sono é “um fenómeno ativo, um estado funcional, reversível e cíclico, com comportamentos característicos, como uma

imobilidade relativa e o aumento do limiar de respostas aos estímulos externos. Produz variações biológicas e mentais” (Rios, Peixoto & Senra, 2008, p. 12). Trata-se de um estado regular do organismo, recorrente e facilmente reversível, caracterizado por uma relativa quietude e grande elevação no limiar de resposta a estímulos externos, em comparação com o estado de vigília (Silva, Oliveira & Inaba, 2011).

O sono consiste numa função biológica basilar para a consolidação da memória, da visão binocular, da termorregulação, da conservação e da restauração da energia e do metabolismo energético cerebral (Müller & Guimarães, 2008). Exceto pelos seus movimentos rápidos dos olhos que acompanham um dos seus estádios específicos, não é caracterizado por movimento, mas pela urgência da necessidade de dormir. Não parece estar relacionado com o exercício físico. Assim, talvez o seu papel mais importante não seja, provavelmente, o descanso e a recuperação física do corpo, uma vez que parece estar mais ligado à manutenção do funcionamento normal do cérebro (Rios, Peixoto & Senra, 2008). Trata-se de um estado de inconsciência do qual a pessoa pode ser despertada por estímulos sensoriais ou outros (Costa & Ceolim, 2013).

O sono é muito mais do que simples diminuição da consciência. Desde o trabalho de Rechtschaffen e Kales, em 1968, o sono foi dividido em dois tipos: Rapid Eye Movement (REM) e não-REM, com posterior não-REM dividido em quatro fases. Os estádios do sono distinguem-se com base no padrão das ondas cerebrais obtidas no encefalograma (EEG) e pela presença ou ausência de movimentos oculares rápidos (Costa & Ceolim, 2013; Silva, Oliveira & Inaba, 2011).

O sono é um processo fisiológico complexo altamente regulado e controlado. É cada vez mais evidente que uma boa higiene de sono é essencial para a função normal do cérebro e para a nossa saúde e bem-estar (Tembo & Parker, 2009).

Do que foi exposto, depreende-se que o sono é um estado fisiológico temporário, reversível, reconhecido pela supressão da vigilância e a redução da velocidade do metabolismo. É algo complexo e deve ser visto de forma multidisciplinar. A nível orgânico produzem-se variações dos parâmetros biológicos, acompanhados por uma modificação da atividade mental que supõe o dormir (Eliassen & Hopstock, 2011).

Existem diferentes tipos de perturbações de sono, que podem ocorrer em diferentes fases do ciclo de sono. Os indivíduos podem ter dificuldade para iniciar o sono, dificuldade em manter o sono, inversão do padrão de sono, interrupção do sono, entre outras (Eliassen & Hopstock, 2011).

---

Para que um indivíduo mantenha uma boa saúde ou recupere de um estado de cansaço ou de doença é necessário que tenha períodos de sono e repouso adequados. Para um estado ótimo de vigília um indivíduo adulto requer, num período de 24 horas, uma média de 7 a 8 horas de sono. Num ciclo de sono, o indivíduo adulto passa apenas 20% do tempo em sono profundo (Costa & Ceolim, 2013). Um ciclo completo de sono normal, passando pelos diferentes estádios, requer 90 a 120 minutos sem interrupções (Eliassen & Hopstock, 2011).

As perturbações de sono são um grave problema de saúde pública na maioria dos países industrializados, sendo a insónia a doença do sono mais comum. As perturbações de sono podem ser entendidas como a insuficiente duração de tempo e/ou de permanência nos estádios de sono, causando desconforto, alterações na qualidade de vida e na recuperação do indivíduo (Silveira, Bock & Silva, 2012).

São diversos os fatores (reversíveis ou irreversíveis) que podem interferir na qualidade do sono, podendo estar relacionados com o estado físico da pessoa. Os fatores psicológicos, como a ansiedade, stresse e a depressão, também têm influência sobre o ciclo de sono-vigília, no entanto, também podem ser resultado da falta deste. Deste modo, é importante obter uma história detalhada para poder avaliar corretamente a relação destes sintomas com as perturbações do sono (Araújo, Lima, Alencar et al., 2013). Num estudo descritivo realizado por Akhlagi & Ghalebani (2009) com estudantes do ensino superior, concluiu-se que os estudantes que apresentavam sinais de ansiedade, stresse e depressão tinham o sono menos reparador e referiam mais pesadelos. As preocupações com a sua saúde pessoal e com os amigos/colegas de curso e emoções negativas, como medo e raiva, também contribuem para distúrbios do sono.

Os fatores comportamentais podem ter impacte negativo na qualidade do sono, uma vez que os estudantes do ensino superior passam grande parte do tempo nas aulas e, após as mesmas, a estudar. À noite, muitos deles acabam por saídas noturnas, alterando completamente a sua higiene do sono (Akhlagi & Ghalebani, 2009).

A privação do sono influencia a maior parte das funções orgânicas e cerebrais. Apoiando este pressuposto, Oliveira (2013) refere ser durante o sono que ocorre o desenvolvimento físico e mental, assim como restabelecimento do equilíbrio metabólico e reposição de energia necessária para o bom funcionamento do organismo. Deste modo, o mesmo autor afirma que a privação do sono acarreta uma fadiga física e mental, apatia e negligência.

A higiene do sono consiste num leque de alterações comportamentais e ambientais que podem afetar positivamente o início do sono e a sua manutenção. Quando realizado corretamente, a higiene do sono pode diminuir as perturbações do sono substancialmente (Ganelin-Cohen & Ashkenasi, 2013).

Desde há mais de uma década que foi criada por profissionais de saúde uma classificação para os distúrbios do sono (ICSD – *Diagnostic Classification Steering Committee*) constituída por: insónias, hipersónias, parassónias e disfunções do ritmo sono-vigília (Thorpy, 1990, cit. por Pereira, 2013). Os distúrbios do sono afetam negativamente a qualidade de vida das pessoas, contudo existem várias opções de tratamento disponíveis e para que este seja adequado é necessário um diagnóstico preciso e oportuno (Louter Aarden, Lion, Bloem & Overeem, 2012).

Nos casos de insónia, a pessoa refere dificuldade em iniciar/manter o sono, acordando com uma sensação de cansaço (Pereira, 2013). Apoiando este pressuposto Rente e Pimentel (2004, p. 32) definem insónia como uma “sensação subjetiva de sono insuficiente ou não-reparador” e Khemlani (2008, p. 15) refere que esta “é um sintoma, e não um diagnóstico por si só”.

A insónia pode afetar as pessoas de forma significativa nos diferentes domínios: físico, psicológico, cognitivo e social (Khemlani, 2008) e pode ser classificada como primária ou secundária, dependendo se esta é causada por um problema físico/mental ou por medicamentos/substâncias, respetivamente (Pereira, 2013). A insónia pode ser dividida em três categorias de acordo com a fase do sono em que ocorre: insónia inicial, quando o indivíduo tem dificuldade em adormecer; insónia intermédia, quando ocorre um aumento de despertares durante a noite, bem como do tempo de vigília; insónia terminal quando a pessoa desperta precocemente (Pereira, 2013).

A hipersónia é um distúrbio onde ocorre a sonolência diurna excessiva. As hipersónias que resultam de distúrbios ao nível dos mecanismos de controlo do sono (distúrbio primário do sono) são designadas por Pereira (2013) como hipersónias primárias, das quais são exemplo a narcolepsia, a hipersónia idiopática ou as hipersónias periódicas. Quando uma outra perturbação crónica interfere com o sono durante a noite, observando-se um sono noturno insuficiente e um aumento da sonolência diurna, falamos em hipersónias secundárias (Pereira, 2013). Neste caso são exemplos: “a síndrome da apneia obstrutiva do sono (frequente); a hipersónia associada aos movimentos periódicos do sono; a síndrome do sono noturno insuficiente; hipersónias por alterações do ritmo sono-vigília; quadros depressivos;

---

hipersônia pós traumática ou pós infecciosa; e hipersônias que possam advir de causas tóxicas, medicamentosas ou endocrinológicas” (Pereira, 2013, p. 14).

Importa igualmente referir que, no âmbito dos estudantes do ensino superior, a ansiedade desencadeada pela pressão dos requisitos académicos, simultaneamente, com o afastamento dos pais, pode representar um fator de influência no padrão do ciclo vigília/sono dos estudantes (Araújo & Almontes, 2010). Por outro lado, o afastamento da família, mormente dos pais, pode contribuir para que o estudante adote um ritmo de vida desordenado, privando-se de horas de sono para participar de eventos sociais, ou adquirir hábitos de estudos irregulares que invadem os períodos de descanso (Araújo & Almontes, 2010).

Deste modo, a irregularidade do ciclo vigília/sono dos estudantes ou a privação parcial do sono podem ser percebidos entre os estudantes pela diminuição do estado de alerta e a concentração no desenvolvimento de atividades escolares, alterações do comportamento e do humor, como o aumento da irritabilidade, stresse e ansiedade; sonolência diurna e aumento das horas de sono nos fins-de-semana (Araújo & Almontes, 2010; Alapin, Fichten, Libman, Creti, Bailes & Wright, 2010).

A redução das horas de sono associadas a outras variáveis individuais, como o stresse ou o cronotipo do estudante, este último influenciando o ritmo biológico, podem ser responsáveis pela redução do desempenho académico e consequente alteração da qualidade de vida (Alapin et al., 2010).

Por norma, os estudantes universitários apresentam um padrão de sono irregular, caracterizado por modificação no horário de início e *terminus*, que ocorre mais tarde aos fins-de-semana comparativamente aos horários semanais (Schneider, Vasconcellos, Dantas, Levandovski, Caumo & Allebrandt, 2010). Além disso, de acordo com os mesmos autores, durante a semana, o sono possui menor duração em relação aos fins-de-semana, na medida em que os estudantes passam por privações de sono durante os dias de aula ou trabalho. Tais irregularidades podem repercutir-se negativamente na sua saúde. Usualmente percebe-se que isso também compromete a atenção, a memória, a capacidade de resolução de problemas e o desempenho académico (Schneider et al., 2010).

Refere-se um estudo realizado por Araújo, Lima, Alencar, Araújo, Fragora & Damasceno (2013), cujo objetivo foi avaliar a qualidade do sono de 701 estudantes universitários. Foi aplicado o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh h. A maioria dos estudantes tinha uma má percepção da qualidade subjetiva do sono, latência e eficiência do sono inferior a 15 minutos e a 65%. A duração do sono da amostra foi de

6,3 horas diárias. A análise dos dados evidenciou que a parcela substancial dos estudantes investigados (95,3%) possui má qualidade do sono. Os mesmos autores verificaram que com o avançar da idade, há um aumento da latência e uma redução da eficiência do sono.

Uma outra investigação é a de Ribeiro (2012), que pretendeu identificar os hábitos de sono dos estudantes de enfermagem do 4º ano e identificar os fatores que influenciam nos hábitos de sono. Constatou-se que 33,3% dos estudantes afirmou deitar-se entre as zero horas e a uma hora, e o horário de acordar varia entre seis horas e as sete horas. Este facto comprova que, na sua maioria, os estudantes não dormem as oito horas de sono necessárias. Ribeiro (2012) também apurou que 56,7% dos estudantes demoraram mais de 20 minutos para adormecer e 60% revelaram uma probabilidade elevada de adormecer, durante a tarde. A medida mais referida pelos estudantes, que poderia ser adotada, no contexto escolar, para melhorar a sua qualidade de sono foi o adotar um início de aulas mais tardio. O stresse foi identificado como o principal fator que influenciou os hábitos de sono dos estudantes (56,7%).

A redução das horas de sono nos estudantes do ensino superior é um problema emergente. A redução do tempo de sono tem consequências, devido à sonolência excessiva que o indivíduo comporta durante o dia, associado, a riscos de depressão, insónia e acidentes. Assim, muitos dos estudantes que dormem até tarde nos fins-de-semana ou que dormem a sesta prolongada, ao longo do dia, não estão a usufruir de um sono de qualidade, mas a tentar manter equilibradas as contas do sono (Dumitrescu, Toma & Lascu, 2010).

Estudos realizados nas últimas duas décadas, como é exemplo de Orzech, Salafsky & Hamilton (2011), revelaram que a média de horas de sono relatadas por estudantes universitários, diminuiu cerca de uma hora. Os mesmos autores referem que tem havido um aumento significativo da percentagem de estudantes universitários que mencionam estar insatisfeitos com o seu sono.

Os estudantes universitários são reconhecidos por terem um padrão de sono insuficiente, durante a semana, e por dormirem longas horas durante os fins-de-semana. Os horários de sono dos estudantes universitários são conhecidos pela sua variabilidade, comparativamente com os horários da restante população em geral. Revelam sintomas consistentes de síndrome de atraso de fase (marcada por acordares tardios progressivos ou faltas às aulas, conduzindo a um pobre desempenho académico e sonolência excessiva durante a semana). Tais horários, simultaneamente com outras práticas estudantis, como o consumo de álcool e de

caféina estão associados a uma pobre higiene do sono e, conseqüentemente, baixo desempenho acadêmico. Deste modo, os horários de sono, o deitar em estado ansioso, o barulho ambiental e o estado de preocupação ao adormecer são aspetos que contribuem para uma pobre qualidade do sono (Araújo et al., 2013; Dumitrescu et al., 2010; Orzech et al., 2011). Em conformidade com os autores referidos os estudantes do ensino superior revelam, por norma, um melhor desempenho no período da tarde, contrariamente ao que ocorre no período da manhã. Para além disso os estudantes descrevem um começo cansativo, com diminuição da atenção e dispêndio de um grande esforço no período da manhã.

Refere-se também um conjunto de fatores, como a duração do sono, carga académica excessiva, horários académicos a começar demasiado cedo ou a acabar demasiado tarde, horas de sono, hábitos alimentares e outros hábitos diários que influenciam o sucesso académico, a qualidade do sono e a vigília diurna nos estudantes universitários (Orzech et al., 2011).

Atualmente, os estudantes do ensino superior apresentam grande pressão psicológica devida à elevada competição no mercado de trabalho que pode conduzi-los a problemas relacionados com o sono, diminuindo a sua qualidade de vida. O ensino superior requer esforço por parte dos estudantes, o que pode levar à privação do sono, com conseqüente alteração no ciclo vigília-sono e provocar alterações no seu estilo de vida e nos seus padrões de sono que podem, por sua vez, influenciar a sua qualidade de vida (Sweileh, Sawalha, Abu-Taha, Zyoud & Al-Jabi, 2011).

Num estudo efetuado a estudantes universitários da Midwestern University nos Estados Unidos da América, Lund, Reider, Whiting e Prichard (2010) verificaram que os estudantes que manifestavam mais dificuldades nos padrões de sono, apresentavam mais problemas em termos de saúde física e mental, quando comparados aos estudantes que não evidenciavam essas alterações no sono. Os mesmos autores compararam estudantes universitários com e sem insónias, tendo verificado que existem diferenças significativas ao nível do bem-estar físico e psicológico, dos estados de humor e dos relacionamentos estabelecidos pelos estudantes. Deste modo, constaram que os estudantes que apresentavam insónias tendiam para uma dimensão mais baixa de qualidade de vida.

Um estudo realizado com 282 estudantes do ensino superior em Leiria, com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos, de Caetano e Thomaz (2012), tendo constatado que todos os estudantes, com perturbação do sono, relatam que os seus hábitos de sono interferem o seu rendimento académico. A maioria dos alunos, que

concorda que os hábitos de sono influenciam o seu rendimento, afirma sentir-se cansados durante a época de avaliações. Verificou-se também que os estudantes, que sentem que o seu rendimento diminui quando não dormem o suficiente, encontram-se cansados durante a época de avaliações. Os autores constaram ainda que quase todos os estudantes consideram que os hábitos e perturbações do sono influenciam a qualidade de vida. Apurou-se que diversos fatores que derivam da influência dos hábitos e perturbações do sono, entre os quais, a desmotivação, o cansaço e o desinteresse pelas atividades realizadas, afetam negativamente o bem-estar físico e psicológico, a saúde, o desempenho e o rendimento académico, a gestão do tempo, o estabelecimento de relações interpessoais e a atenção e concentração em tarefas, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida, nomeadamente no que se refere à disponibilidade para novos desafios e a alterações, muitas vezes prejudiciais, ao nível do apetite, prática de atividade física e memória.

Os estudantes afirmaram ainda que os hábitos e perturbações do sono, ao influenciarem negativamente a qualidade de vida, também conduzem a situações de stresse, impaciência e indisponibilidade, irritabilidade, agressividade, distrações e apatia, ou e pelo contrário, a situações de hiperatividade, desconforto, dificuldade de interação, tristeza, isolamento, falta de ânimo e de energia (Caetano & Thomaz, 2012). No mesmo sentido, verificou-se que a influência negativa dos hábitos e perturbações do sono na qualidade de vida leva os estudantes a consumir estimulantes e tornarem-se dependentes de medicamentos. Alguns estudantes referiram que, para diminuir algumas destas consequências negativas, recorrem a estratégias de melhoria da sua qualidade de vida, através de atividades de relaxamento, meditação e exercício físico (Caetano & Thomaz, 2012).

Estudos, como o de Ratanasiripong (2012), demonstram que os estudantes de enfermagem dormem menos de 8 horas de sono, consideradas ideais por noite, apresentando um sono insuficiente e de baixa qualidade. Os estudantes que trabalham no período noturno, durante os ensinamentos clínicos, dormem aproximadamente 5 horas 13 minutos.

Face ao exposto, formulamos a questão de investigação que irá nortear este estudo. Quais os determinantes que influenciam a qualidade do sono em estudantes de enfermagem?

Para dar resposta a esta inquietação, definimos como objetivo identificar os determinantes que influenciam a qualidade do sono em estudantes de enfermagem.

Para se compreender o presente estudo, o mesmo contém na introdução o enquadramento teórico, onde se justifica o problema, faz-se a concetualização de constructos e apresenta-se o estado de arte do problema investigado, qualidade de sono em estudantes de enfermagem. Segue-se o estudo empírico, onde se apresenta o enquadramento da problemática, as questões de investigação e os objetivos. É descrito o esquema da investigação, os métodos de seleção e caracterização da amostra, bem como os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e análise de dados. Segue-se a apresentação e discussão de resultados. Por fim, são apresentadas as principais conclusões, limitações, sugestões para investigações futuras e referências bibliográficas consultadas.



## **Investigação empírica**



## 1. Metodologia

A segunda parte deste estudo descreve os procedimentos metodológicos adotados, que compreendem os métodos no qual se incluem as questões, os objetivos e o tipo de estudo da pesquisa efetuada, os participantes, os instrumentos, os procedimentos formais e éticos e os procedimentos estatísticos adotados.

### 1.1. Métodos

O sono tem sido definido como um estado fisiológico complexo altamente regulado e controlado, onde ocorrem alterações dos processos fisiológicos e comportamentais, com mobilidade relativa e aumento do limiar de respostas aos estímulos (Paterson, Nutt & Wilson, 2011). É um fenômeno ativo, um estado funcional, reversível e cíclico, com comportamentos característicos, como uma imobilidade relativa e o aumento do limiar de respostas aos estímulos externos. Produz variações biológicas e mentais (Paterson, Nutt & Wilson, 2011).

Trata-se de um estado regular do organismo, recorrente e facilmente reversível, caracterizado por uma relativa quietude e grande elevação no limiar de resposta a estímulos externos, em comparação com o estado de vigília (Silva, Oliveira & Inaba, 2011).

Descrevem, Tembo & Parker (2009), que o sono é uma necessidade primordial do ser humano para uma boa saúde e uma vida saudável, na qual há uma restauração física que protege o homem do desgaste natural das horas acordadas, pois, durante o sono, as ondas cerebrais alteram-se, permitindo o relaxamento do corpo. É durante esse período que os músculos entram num estado de profundo relaxamento, baixa a temperatura corporal, os glóbulos oculares movimentam-se, altera o ritmo respiratório, as taxas hormonais e a frequência dos batimentos cardíacos. Os mesmos autores citados afirmam que os recentes avanços nas pesquisas sobre o sono demonstraram que alguns transtornos mentais estão associados às alterações características na fisiologia do sono.

É sabido que a má qualidade do sono afeta diretamente a qualidade de vida humana, pois parece estar envolvida com o aumento da morbidade por disfunção autonómica, distúrbios psiquiátricos, menos rendimento académico, envelhecimento precoce, depressão, diminuição da eficiência laboral, entre outras consequências (Araújo, et al., 2013).

Os estudantes do ensino superior normalmente apresentam um padrão de sono irregular, caracterizado por modificação no horário de início e término, que ocorre mais tarde aos fins-de-semana em comparação com os horários da semana. Além disso, durante a semana, o sono possui menor duração em relação aos fins-de-semana, porque os alunos passam por privações de sono durante os dias de aula ou ensinamentos clínicos, como é o caso dos estudantes de enfermagem (Araújo et al., 2013). Tais irregularidades podem repercutir-se negativamente na saúde dos estudantes, assumindo-se como um fator de risco (Schneider, Vasconcellos et al., 2010).

O precário padrão de sono dos estudantes do ensino superior compromete a atenção, a memória, a capacidade de resolução de problemas e o desempenho acadêmico (Gomes, 2009; Schneider, Vasconcellos et al., 2010). Dado que afeta o funcionamento cognitivo, na visão dos autores consultados, o sono deve ser uma preocupação importante no que se refere aos alunos universitários, para os quais o desempenho acadêmico é uma prioridade.

Na perspectiva dos autores citados, a realização de pesquisas sobre a prevalência de má qualidade do sono de estudantes universitários é relevante, principalmente porque ela acomete um contingencial significativo número de estudantes, independentemente do curso; aumenta as hipóteses para vários problemas de saúde, absentismo, diminuição da produtividade e apresenta uma estreita relação com a condição física e psicológica, resultando em stresse e ansiedade.

A diminuição das horas de sono nos estudantes universitários é um problema emergente, de acordo com o que é expresso por Henriques (2008). A redução do tempo de sono acarreta consequências, devido à sonolência excessiva que o indivíduo comporta durante o dia, associado ainda, a riscos de depressão, insônia e acidentes.

Segundo Henriques (2008), estudos realizados nas últimas duas décadas, como é exemplo o estudo de Hicks, Fernandez e Pellegrini (2005), revelaram que a média de horas de sono relatadas por jovens estudantes, nomeadamente por estudantes universitários, diminuiu cerca de uma hora. Os mesmos autores referem que tem havido um aumento significativo da percentagem de estudantes universitários que mencionam estar insatisfeitos com o seu sono. Entre os diversos fatores que interferem com o padrão de sono/vigília nos estudantes universitários, salientam as exigências sociais e académicas, a diminuição das diretivas parentais, a redução do tempo total de sono, o atraso de fase para fase durante o sono e o aumento do número de episódios de sestas.

Importa também referir que os estudantes de enfermagem, especificamente, têm tido um conceito singular de estilo de vida e estilo de vida saudável. Estes têm

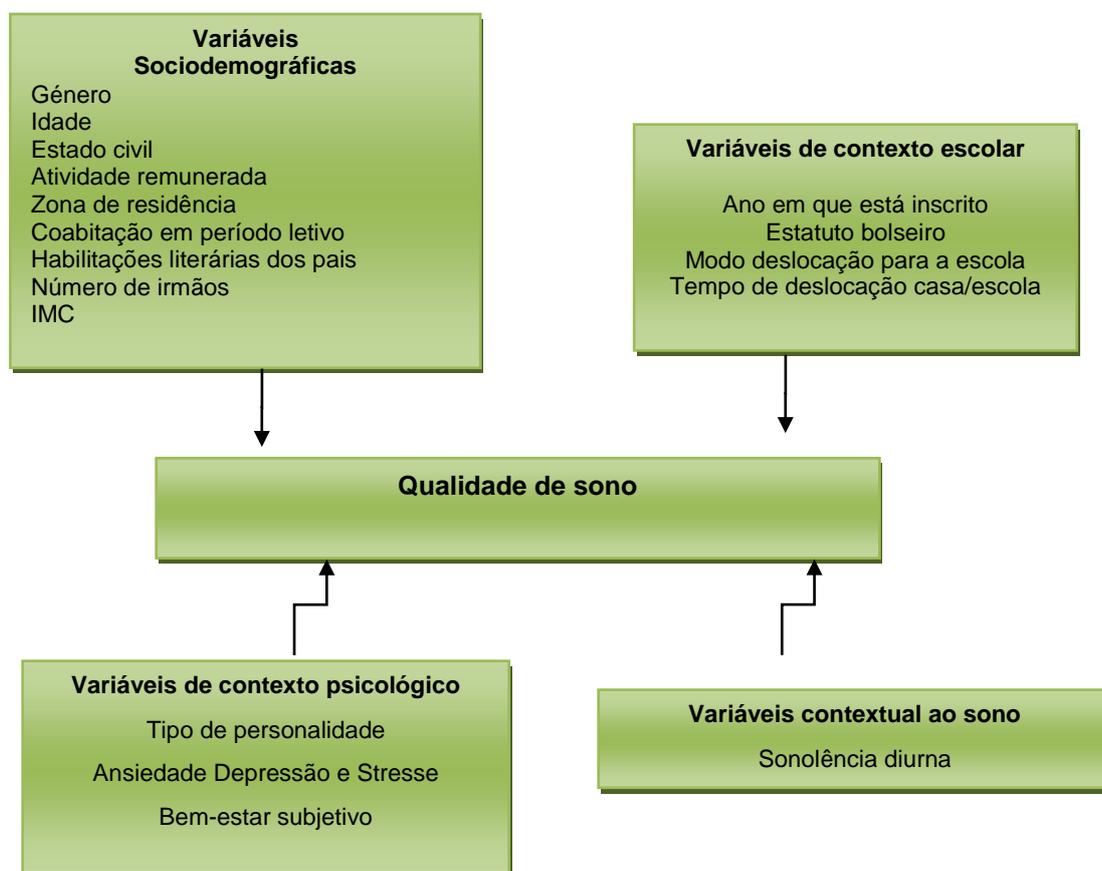
referido como fatores de seu estilo de vida saudável a alimentação, por exemplo, como não-saudáveis o sedentarismo. Identificam, ainda, que há mudanças no seu estilo de vida durante o período letivo, além de outros aspetos que podem ser prejudiciais à sua saúde, tais como: as dimensões relacionadas com hábitos alimentares, atividade física, padrão de sono/repouso, e comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de álcool e tabaco (Soares & Campos, 2008).

Esta problemática suscitou em nós algumas interrogações que equacionamos: (i) Quais os determinantes que influenciam a qualidade do sono em estudantes de enfermagem? (ii) Que variáveis sociodemográficas e de contexto escolar têm repercussão na qualidade do sono em estudantes de enfermagem? (iii) Qual a influência das variáveis de contexto psicológico na qualidade de sono em estudantes de enfermagem? (iv) Qual a relação da sonolência diurna com a qualidade do sono em estudantes de enfermagem?

Face a estas interrogações e no intuito de procurar resposta, delineamos, como objectivos: (i) identificar os determinantes que influenciam a qualidade do sono em estudantes de enfermagem; (ii) Identificar as variáveis sociodemográficas e académicas que interferem na qualidade do sono em estudantes de enfermagem; (iii) analisar a influência das variáveis de contexto psicológico na qualidade de sono em estudantes de enfermagem; (iv) analisar a relação da sonolência diurna com a qualidade do sono em estudantes de enfermagem.

Com base nas questões de investigação, nos objetivos formulados e na revisão da literatura elaborou-se o seguinte esquema de investigação, que procura de uma forma pictográfica estabelecer as relações entre as variáveis em estudo (cf. Figura 1).

Figura 1 – Esquema de investigação



O estudo delineado para esta pesquisa é de natureza descritivo-correlacional e analítico, na medida em que se procura descrever as características dos indivíduos estudados e correlacional ao pretender avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis, sem que se intervenha ativamente para as influenciar. É simultaneamente analítico, permitindo relacionar as variáveis com o tema em estudo.

## 1.2. Participantes

Para este estudo recorreremos a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por estudantes de enfermagem de ambos os sexos distribuídos pelas diferentes escolas de enfermagem e saúde de Portugal Continental. A amostra teórica necessária para sua a realização, uma vez que desconhecemos o efetivo da população, com a utilização um nível de confiança de 95% e uma margem

de erro de amostragem (intervalo de confiança) de 3% seria de 1068 participantes. Dado que a amostra obtida é de 403 participantes, com o mesmo nível de confiança o erro cometido situa-se nos 4.88%.

### 1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Nas tabelas 1 e 2 procedemos à caracterização sociodemográfica da amostra, tendo em conta a idade, o género, o estado civil, local de residência, coabitação, habilitações literárias dos pais e sua atividade profissional, número de irmãos, atividade remunerada e IMC.

#### Idade

As estatísticas da idade dos estudantes revelam uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 54 anos, ao que corresponde uma idade média de 23.61 anos $\pm$ 6.68 anos.

Para o género masculino, que representa 14% da totalidade da amostra, a idade mínima é de 18 anos e a máxima de 47 e para o feminino, com uma representatividade de 86%, a mesma oscila entre os 18 anos e 54 anos, respetivamente.

Os homens são, em média, mais velhos ( $M=25.09\pm 7.136$ ) que as mulheres ( $M=23.37\pm 6.584$ ), com diferenças significativas ( $p=0.000$ ). O teste de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas platicúrticas e enviesadas à esquerda para os dois géneros e para a totalidade da amostra. Já os coeficientes de variação indiciam uma dispersão média face às idades médias encontradas (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade segundo o género

Género	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	56	18	47	25.09	7.136	27.55	4.80	2.69	0.000
Feminino	347	18	54	23.37	6.584	28,17	17.96	21.21	0.000
<b>Total</b>	<b>403</b>	<b>18</b>	<b>54</b>	<b>23.61</b>	<b>6.681</b>	<b>28.29</b>	<b>18.04</b>	<b>19.32</b>	<b>0.000</b>

Dos resultados que se apresentam na Tabela 2, verifica-se que dos 403 estudantes que participaram no estudo, a maioria, do grupo do género feminino, 40.1% situa-se na faixa etária até aos 20 anos, enquanto no grupo de estudantes do género masculino predominam com 50% os de idade igual ou superior a 23 anos. Realça-se ainda que 30.8% das participantes do género feminino possuem idade entre

os 21-22 anos, sendo esta a faixa etária onde se registou o valor percentual mais baixo nos estudantes do género masculino (21.4%). A diferença encontrada entre o género e a idade dos participantes é estatisticamente significativa ( $X^2=9.675$ ;  $p=0.008$ ).

### **Estado civil**

Faz-se igualmente referência na Tabela 2 ao estado civil dos participantes do estudo, dos quais prevalecem, quer para o género feminino (86.7%), quer para o género masculino (82.1%), os solteiros, seguindo-se, em ambos os grupos, os participantes casados (feminino 8.9%; masculino 14.3%).

### **Local de residência**

Os resultados relativos ao local de residência, revelam que, quer para os estudantes do género feminino (60.2%), quer para os do género masculino (51.8%), a maioria reside na cidade, sendo os valores percentuais mais baixos os dos participantes que residem na vila (feminino 15.3%; masculino 16.1%). Para o estudo inferencial procedeu-se à recodificação desta variável em rural que engloba os residentes na vila e aldeia e urbano para os residentes na cidade.

### **Coabitação**

Questionados os estudantes sobre com quem habitam, a grande maioria coabita com os familiares, dos quais 52.4% são estudantes do género feminino e 62.5% são do género masculino. Realça-se que a coabitação com os amigos/residência se observa em 43.8% das mulheres e 30.4%, sendo as percentagens menos elevadas nos participantes que vivem sozinhos, (3.7%) raparigas e (7.1%) rapazes (cf. Tabela 2).

### **Habilitações literárias do pai e mãe**

Quanto à situação académica do pai e mãe, observamos que o pai possui maioritariamente habilitações literárias até ao 9º ano de escolaridade, representando o pai das estudantes do género feminino 64.0% e masculino 66.1%. Com o ensino secundário, 28.0% correspondem aos participantes do género feminino e 16.1% aos do género masculino. A diferença encontrada entre o género e as habilitações literárias dos pais dos participantes é estatisticamente significativa com um  $X^2=7.520$  ( $p=0.023$ ) (cf. Tabela 2).

No que respeita às habilitações literárias da mãe, sobressaem as que possuem até ao 9º ano de escolaridade, sendo 55.3% do grupo de estudantes do género feminino e 51.8% dos estudantes do género masculino. São também significativos os valores percentuais apurados em relação às mães que possuem o ensino secundário, correspondendo 27.1% às mães das participantes e 30.4% às mães dos participantes (cf. Tabela 2).

### **Número de irmãos**

No referente ao número de irmãos, verificámos que quer os estudantes do género feminino (64.0%), quer os do masculino (60.7%), apenas têm um irmão. No grupo das estudantes, também é significativo o valor percentual (23.3%) das que referiram possuir 2 ou mais irmãos, contrariamente aos estudantes do género masculino, onde se obteve um valor percentual mais baixo (17.9%), atendendo que sobressaem os 21.4% dos que não têm irmãos (cf. Tabela 2).

### **Atividade remunerada**

Constata-se pela Tabela 2 que a maioria dos participantes não possuiu uma atividade remunerada (76.7% raparigas vs 60.7% rapazes). Dos que possuem atividade remunerada o maior percentual recai (39.3%) nos homens. A diferença encontrada entre o género e o facto de os participantes terem atividade remunerada é estaticamente significativa com um  $X^2=6.442$ ;  $p=0.011$ ).

### **Índice de Massa Corporal (IMC)**

Apesar do Índice de Massa Corporal (IMC) ser um parâmetro clínico, o mesmo foi introduzido nas variáveis sociodemográficas de modo a que a mesma não fosse tratada estatisticamente de forma isolada.

As estatísticas relacionadas com o IMC dos estudantes a globalidade da amostra apresentam índices mínimos e máximos respetivamente de 16.90 e 38.77 com média e desvio padrão de (Média= 22.88  $\pm$ 3.53). Os valores de assimetria e curtose revelam curvas platicúrticas ( $k/erro=8.72$ ) e enviesadas à esquerda ( $sk/erro=10.20$ ) e o teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) indica que a distribuição não é normal. Já os coeficientes de variação indiciam uma dispersão moderada face aos valores do IMC encontrados (cf. tabela 2).

Recodificado o IMC de acordo com o preceituado pela Direção Geral da Saúde (2005), podemos afirmar que sobressaem os eutróficos com 74.6% das mulheres e 64.3% dos homens, seguindo-se, em termos de valores percentuais, 15.6% de

mulheres e 21.4% de homens com pré-obesidade. É importante referir que 3.5% de mulheres e 10.7% de homens apresentam obesidade.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Variáveis	Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		Nº (347)	% (86.0)	Nº (56)	% (14.0)	Nº (403)	% (100.0)	Fem.	Masc.
<b>Grupo etário</b>									
≤ 20 anos		139	40.1	16	28.6	155	38.5	1.6	-1.6
21-22 anos		107	30.8	12	21.4	119	29.5	1.4	-1.4
≥ 23 anos		101	29.1	28	50.0	129	32.0	-3.1	3.1
<b>Estado civil</b>									
Solteiro		301	86.7	46	82.1	347	86.1	.9	-.9
Casado		31	8.9	8	14.3	39	9.7	-1.3	1.3
Divorciado		9	2.6	1	1.8	10	2.5	.4	-.4
União de facto		6	1.7	1	1.8	7	1.7	Não aplicável	
<b>Local de residência</b>									
Aldeia		85	24.5	18	32.1	103	25.6	-1.2	1.2
Vila		53	15.3	9	16.1	62	15.4	-.2	-.2
Cidade		209	60.2	29	51.8	238	59.1	1.2	-1.2
<b>Coabitação</b>									
Sozinho		13	3.7	4	7.1	17	4.2	-1.2	1.2
Amigos/Residência		152	43.8	17	30.4	169	41.9	1.9	-1.9
Familiares		182	52.4	35	62.5	217	53.8	-1.4	1.4
<b>Habilitações literárias do pai</b>									
Até ao 9.º ano		222	64.4	37	66.1	259	64.3	-.3	.3
10.º-12.º ano		97	28.0	9	16.1	106	26.3	1.9	-1.9
Ensino superior		28	8.1	10	17.9	38	9.4	-2.3	2.3
<b>Habilitações literárias da mãe</b>									
Até ao 9.º ano		192	55.3	29	51.8	221	54.8	.5	-.5
10.º-12.º ano		94	27.1	17	30.4	111	27.5	-.5	-.5
Ensino superior		61	17.6	10	17.9	71	17.6	-.1	.1
<b>Número de irmãos</b>									
Sem irmãos		44	12.7	12	21.4	56	13.9	-1.8	1.8
1 irmão		222	64.0	34	60.7	256	63.5	.5	-.5
2 ou mais irmãos		81	23.3	10	17.9	91	22.6	.9	-.9
<b>Atividade remunerada</b>									
Não		266	76.7	34	60.7	300	74.4	2.5	-2.5
Sim		81	23.3	22	39.3	103	25.6	-2.5	2.5
<b>IMC</b>									
Baixo peso		22	6.3	2	3.6	24	6.0	.8	-.8
Peso normal		259	74.6	36	64.3	295	73.2	1.6	-1.6
Pré-obesidade		54	15.6	12	21.4	66	16.4	-1.1	1.1
Obesidade		12	3.5	6	10.7	18	4.5	-2.4	2.4
								.8	-.8

### 1.2.2. Caracterização académica da amostra

Na Tabela 3 encontram-se os resultados concernentes às variáveis académicas, nomeadamente ano que está inscrito, como se deslocam os estudantes para a escola, tempo de deslocação de casa para a escola e se usufrui do estatuto de bolseiro.

#### Ano que está inscrito

Verificou-se que os valores percentuais mais elevados (28.0%) registam-se nos estudantes que frequentam o 4º ano seguidos dos que frequentam o terceiro ano (21,6%). Com percentagens similares encontramos os que frequentam os 1º e 2º

anos, sendo menos significativos os 15.1% que cursam a pós-graduação/mestrado. (cf. Tabela 3).

### Modo de deslocação para a escola

Na generalidade, quer os estudantes do género feminino (63.4%), quer os do género masculino (71.4%), deslocam-se para a escola num veículo motorizado, contrariamente a 36.6% das mulheres e 28.6% dos homens que o fazem a pé (cf. Tabela 3).

### Tempo de deslocação entre casa/escola

No grupo dos participantes do género feminino, 41.5% demoram até 10 minutos a deslocar-se de casa à escola, enquanto 37.5% do género masculino e 32.2% do feminino demoram tempo igual ou superior a 21 minutos. O valor percentual mais baixo corresponde a 26.5% das mulheres que demoram entre 11-20 minutos a descolar-se de casa à escola, sendo tempo igual para 30.4% dos homens. Ainda, nos homens, o percentual menos significativo corresponde a 32.1% que demoram até 10 minutos a deslocar-se de casa à escola (cf. Tabela 3).

### Estatuto de bolseiro

Denota-se pela Tabela 3 que o estatuto de bolseiro é consignado a 37.8% das raparigas e a 26.8% dos rapazes, sendo que para a totalidade da amostra auferem o estatuto de bolseiro 36.2%.

Tabela 3 - Caracterização académica da amostra em função do género

Variáveis	Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		Nº (347)	% (86.0)	Nº (56)	% (14.0)	Nº (403)	% (100.0)	Fem.	Masc.
<b>Ano que está inscrito</b>									
1º ano		64	18.4	6	10.7	70	17.4	1.4	-1.4
2º ano		63	18.2	9	16.1	72	17.9	.4	-.4
3º ano		74	21.3	13	23.2	87	21.6	-.1	.1
4º ano		95	27.4	18	32.1	113	28.0	-.7	.7
Pós-graduação/mestrado		51	14.7	10	17.9	61	15.1	-.6	.6
<b>Como se desloca para a escola</b>									
A pé		127	36.6	16	28.6	143	35.5	1.2	-1.2
Veículo motorizado		220	63.4	40	71.4	260	64.5	-1.2	1.2
<b>Tempo de deslocação entre casa/escola</b>									
≤ 10 minutos		144	41.5	18	32.1	162	40.2	1.3	-1.3
11-20 minutos		82	26.5	17	30.4	109	27.0	-.6	.6
≥ 21 minutos		111	32.2	21	37.5	132	32.8	-.8	.8
<b>Bolseiro</b>									
Não		216	62.2	41	73.2	257	63.8	1.6	-1.6
Sim		131	37.8	15	26.8	146	36.2	-1.6	1.6

**Em síntese:**

- da totalidade dos inquiridos, apurámos que 86.0% são do género feminino e 14.0% do masculino;
- a maior percentagem das mulheres (40.1%) situa-se na faixa etária inferior ou igual a 20 anos, e metade dos homens (50%) têm idade superior ou igual a 23 anos;
- maioritariamente, os estudantes são solteiros (género feminino 86.7%; género masculino 82.1%), residem na cidade (60.2% para o género feminino; 51.8% para o género masculino) e vivem com os familiares (52.4% estudantes do género feminino vs 62.5% do género masculino);
- quanto às habilitações literária do progenitores prevalecem os pais (64.3%) e mães (54.8%) dos estudantes com habilitações literárias até ao 9º ano de escolaridade,
- maioritariamente os estudantes (64% do género feminino vs 60.7% do género masculino), possuem um irmão;
- do estudo sobressaem ainda 74.6% das raparigas e 64.3% dos rapazes com peso normal;
- quanto à caracterização académica, a maior participação recaiu nos estudantes que frequentam o 4º ano da licenciatura (28.0%), na sua maioria não tem atividade remunerada, (76.7% raparigas vs 60.7% homens), que se deslocam de casa para a escola num veículo motorizado (63.4% das raparigas vs 71.4% dos rapazes), a maior percentagem dos participantes do género feminino (41.5%) demora até 10 minutos a deslocar-se de casa à escola e 37.5% dos participantes do género masculino mais de 20 minutos;
- a grande percentagem dos estudantes, 62.2% das raparigas e 73.2% dos rapazes não são bolseiros.

### 1.3. Instrumentos

Como instrumento de recolha de dados, utilizámos um questionário, constituído por questões de caracterização sociodemográfica e académica construído para o efeito e escalas, inventários e questionários aferidos e validados para a população portuguesa, conforme descreveremos seguidamente.

#### **1.3.1. Questionários de caracterização sociodemográfica e académica**

Esta secção comporta um questionário de caracterização sociodemográfica e outro de caracterização académica.

O questionário sociodemográfico permite-nos caracterizar os sujeitos da amostra em conformidade com o género, idade, estado civil, atividade remunerada, zona de residência, coabitação em período letivo, habilitações literárias dos pais, profissão dos pais, número de irmãos e índice de massa corporal.

O questionário de contexto escolar suporta 4 questões, com as quais se pretende saber o ano em que está inscrito, se possui o estatuto de bolseiro, forma de deslocação para a escola e tempo de deslocação casa/escola.

### **1.3.2. Escalas, Inventários e Questionários**

As escalas, inventários e questionários utilizadas neste estudo serão apresentadas com a seguinte sequência: **(i)** escala de sonolência de Epworth de Johns M.W. (1991), validada para a população portuguesa por Santos, Ferreira e Moutinho (2001); **(ii)**; escala de afetos positivos e negativos de nome original “Positive and Negative Affect Schedule” (PANAS) de Watson, Clark & Tellegen, (1988), traduzido e validado para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005); **(iii)** Inventário de Personalidade de Eysenk versão curta de Silva, Azevedo e Dias (1995); **(iv)** escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) de Lovibond e Lovibond (1995) validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, (2004) e **(v)** Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) de Buysse (1989). Para os referidos instrumentos procedemos ao estudo de algumas propriedades psicométricas, nomeadamente a consistência interna, porquanto esta varia segundo as características dos participantes.

As escalas bem como todos os instrumentos de medição devem ser válidos e confiáveis. A validade alude à capacidade do instrumento medir o constructo que pretende quantificar e a confiabilidade ou fiabilidade, à propriedade de mostrar resultados similares, livres de erro em repetidas medições. A confiabilidade é porém uma condição necessária, mas não suficiente para garantir a validade do instrumento (Campo-Arias & Oviedo, 2008).

A fiabilidade permitem avaliar a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens que se efetua com a determinação do coeficiente alfa de Cronbach e do coeficiente de Split-Half ou método das metades que é uma forma de comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade. Os valores do coeficiente de Cronbach podem oscilar entre 0 e 1 sendo tanto melhor quanto mais elevado. Uma boa consistência interna deve exceder um alpha de .80 (Marôco, 2014). Diferentes autores apontam como valores de referência: superiores a .90 muito

boa; entre .80 – .90 boa; entre .70 – .80 média; entre .60 – .70 razoável; entre .50 – .60 medíocre; e inferior a .50 inaceitável (Marôco 2014; Pestana & Gageiro, 2005).

Nesta pesquisa, não efectuamos estudos de validade, mas testamos a solução fatorial que emergiram dos inventários e escalas originais, realizando análises fatoriais confirmatórias (AFC), com o *software* AMOS 22 (*Analysis of Moment Structures*). Nestas análises considerou-se a matriz de covariâncias e foi adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros.

Para a escolha dos indicadores de qualidade de ajustamento global foram considerados os mais usuais e referenciados na literatura (Marôco, 2014), nomeadamente o Teste do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) que avalia se existem discrepâncias entre a matriz de covariâncias dos dados e a matriz de covariância do modelo. Valores de  $p$  não significativos ( $p > .05$ ) indicam bom ajustamento. É influenciado pelo tamanho da amostra e assume a multinormalidade do conjunto de variáveis. Quanto maior o *qui quadrado*, pior o ajustamento. Índice comparativo, adicional, de ajuste ao modelo (Comparative Fit Index - CFI) e índice de qualidade de ajuste (Goodness of Fit Índice - GFI); Parsimony Comparative Fit Index (PCFI) e Parsimony Goodness Fit Index (PGFI). Um bom ajustamento do modelo é obtido quando: (1) o valor do teste de Qui-Quadrado relativo ( $\chi^2/gl$ ) é inferior a 2; (2) os valores do CFI e do GFI são maiores do que .90; os valores PCFI e PGFI são maiores do que .60 (Marôco, 2014). Utilizou-se, também, o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), sendo que valores inferiores a 0.06 são indicativos de um bom ajustamento, enquanto um ajustamento aceitável é indicado para um valor entre .08 e .10, o *Root mean square residual* (RMR), quanto menor o RMR, melhor o ajustamento com o  $RMR = 0$  a indicar um ajustamento perfeito e o *Standardized root mean square residual* (SRMR) que é uma medida absoluta de ajuste e é definida como a diferença padronizada entre a correlação observada e a correlação prevista. Um valor de zero indica o ajuste perfeito e um valor inferior a 0.08 é, geralmente, considerado como um bom ajuste (Marôco, 2014).

A qualidade do ajustamento local do modelo foi efetuada pela validade compósita através da fidelidade individual dos itens (considerando fiabilidade individual adequada quando o valor do peso fatorial é superior a .50) e da fidelidade compósita (FC) que estima a consistência interna dos itens relativos ao fator, indicando o grau em que estes itens são consistentemente manifestações do mesmo. Valores acima de 0.70 indicam boa consistência interna (Maroco, 2014).

A validade convergente foi avaliada através da variância extraída média (VEM) permite-nos avaliar o modo como os itens que são reflexo de um fator, saturam

fortemente nesse fator. Valores superiores a .50 são considerados indicativos de boa validade convergente (Maroco, 2014). A validade discriminante é aceite quando o valor de VEM para cada constructo é maior do que o quadrado das correlações múltiplas entre esse constructo e um outro qualquer.

### **Escala de sonolência de Epworth (ESE)**

A escala de sono de Epworth de Johns (1991) é universalmente aplicada para a avaliação da sonolência diurna, validada para a população portuguesa por Santos, Ferreira e Moutinho (2001). É constituída por 8 itens que pretendem avaliar a probabilidade de um indivíduo dormir ou de adormecer e não apenas sentir-se cansado(a), quando se encontra sentado a ler, a ver televisão, sentado quieto num lugar público, na condição de passageiro num carro ou outro meio de transporte em movimento, deitado a conversar após o almoço, sentado a conversar com alguém, sentado após uma refeição sem ter bebido álcool e no carro parado por poucos segundos no trânsito.

Neste questionário o indivíduo é solicitado a responder a todas as possibilidades, mesmo que não as tenha realizado ultimamente. Pede-se para imaginar como é que elas o/a afetariam escolhendo o número mais apropriada para cada situação:

- 0 – Nenhuma possibilidade de dormir
- 1 – Ligeira possibilidade de dormir
- 2 – Moderada possibilidade de dormir
- 3 – Forte possibilidade de dormir

A pontuação da escala oscila entre o 0 (zero) e 24 e de acordo com o score obtido, o grau de sonolência é classificado como se segue:

- <8 – Funcionamento normal do sono
- 8-10 – Fraca sonolência
- 11-15 – Moderada sonolência
- 16-20 – Severa sonolência

## Estudo psicométrico da ESE

Procedemos ao estudo de consistência interna da ESE, nomeadamente os estudos de fiabilidade. Os resultados da Tabela 4 mostram as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o global da escala.

Ao analisar-se o alfa de Cronbach, por item, os mesmos podem ser classificados de bons, pois os valores mínimos e máximos oscilam entre os 0.780 no item 1 “Sentado(a) a ler” e 0.817 no item 8 “Ao volante parado no trânsito durante uns minutos”.

Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que se está perante correlações acima de 0.30 sendo o valor mais baixo o do item 8 “Ao volante parado no trânsito durante uns minutos” ( $r=0.394$ ) e o mais elevado no item 1 “Sentado(a) a ler” ( $r=0.627$ ).

Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem-nos afirmar que, na globalidade, os itens se encontram bem centrados, à exceção do item 3 “Sentado inativo num lugar público (sala aula, cinema, etc.)” ( $M=0.89$ ) e o item 6 “Sentado a conversar com alguém” ( $M=0.20$ ).

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.818), dado que para a primeira metade apresenta um valor de 0.754 e a segunda de 0.622 (cf. tabela 4).

Tabela 4 – Consistência interna dos itens da ESE

	Itens	Media	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R <sup>2</sup>	α
1	Sentado(a) a ler	1.16	1.01	0.627	0.418	0.780
2	Ver televisão	1.51	0.934	0.532	0.305	0.798
3	Sentado inativo num lugar público (sala aula, cinema, etc.)	0.89	0.929	0.618	0.421	0.786
4	Como passageiro num autocarro, comboio autocarro, durante uma hora sem paragem	1.38	1.078	0.583	0.380	0.792
5	Deitado a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem	2.04	0.960	0.554	0.379	0.785
6	Sentado a conversar com alguém	0.20	0.485	0.459	0.445	0.812
7	Sentado calmamente depois de almoço sem ter bebido álcool	1.02	0.990	0.593	0.369	0.789
8	Ao volante parado no trânsito durante uns minutos	0.17	0.488	0.394	0.408	0.817
<b>Coefficiente Split-half</b>				Primeira metade = 0.754		
				Segunda metade = 0.622		
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>				0.818		

A Tabela 5 mostra-nos a validade convergente/discriminante. Como verificamos todos os itens apresentam correlações positivas e significativas com o valor global da escala que oscila entre ( $r=0.480$ ) no item 8 “ao volante parado no

trânsito durante uns minutos” que explica 23,04% e ( $r=0.748$ ) no item 1 “sentado(a) a ler” com uma variabilidade de 55.95%.

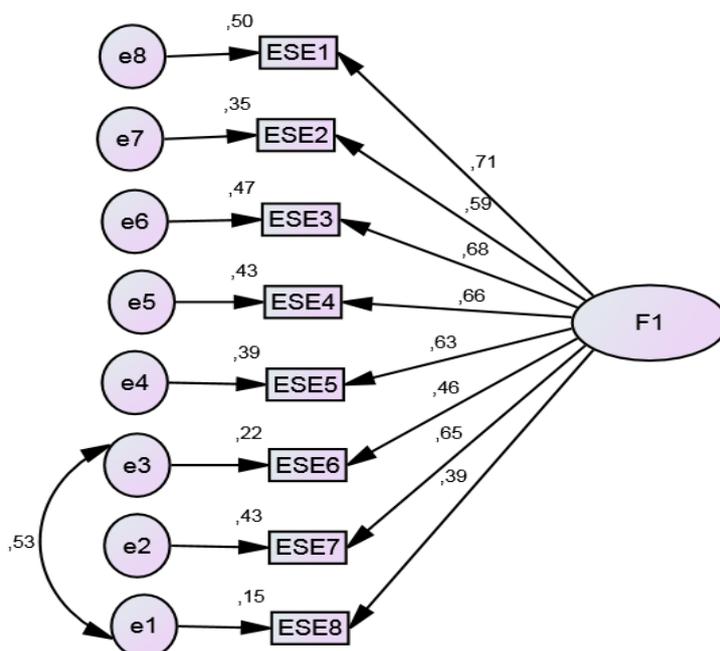
Tabela 5 – Correlação dos itens com o fator global

	Itens	r
1	Sentado(a) a ler	0.748***
2	Ver televisão	0.667***
3	Sentado inativo num lugar público (sala aula, cinema, etc.)	0.732***
4	Como passageiro num autocarro, comboio autocarro, durante uma hora sem paragem	0.724***
5	Deitado a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem	0.687***
6	Sentado a conversar com alguém	0.539***
7	Sentado calmamente depois de almoço sem ter bebido álcool	0.721***
8	Ao volante parado no trânsito durante uns minutos	0.480***

Com o fim de testar a solução unifatorial foi realizada uma análise fatorial confirmatória, conforme se observa na Figura 2. Não observamos problemas relativos à multicolinearidade, singularidade e casos extremos univariados e multivariados influentes de acordo com os critérios distância de Mahalanobis. Com exceção do item 8, todos os itens restantes apresentam pesos fatoriais elevados ( $\lambda \geq 0.50$ ). Já a fiabilidade individual é adequada ( $r^2 \geq 0.25$ ), excluindo-se apenas os itens 6 e 8 que apresentam valores de 0.22 e 0.15. Inicialmente, verificou-se que os índices da AFC apresentaram um ajuste pouco satisfatório de acordo com os valores de referência acima apresentados ( $\chi^2/g.l. = 10.229$ ; GFI = 0,883; AGFI = 0,789; CFI = 0,815; RMSEA = 0,152; RMR= 0.041e SRMR = 0.0852

No entanto, depois de procedermos aos índices de modificação e unicamente correlacionando-se, os erros e1 e3, pode-se verificar um ajuste muito satisfatório:  $\chi^2/g.l. = 4.281$ ; GFI = 0.953; AGFI = 0.911; CFI = 0.937; RMSEA = 0,090; RMR= 0.034 SRMR= 0.053. Todos os pesos de regressão foram significativos e estaticamente diferentes de zero ( $p < 0,001$ ), mostrando a relevância do fator para predizer os itens. A fiabilidade compósita revelou-se adequada (FC= 0.818), mas a variância extraída média, (VEM) um indicador da validade convergente apresenta um valor baixo (VEM= 0.367).

Figura 2 - Modelo unifatorial da escala de sonolência diurna



**Escala de afetos positivos e negativos “Positive and Negative Affect Schedule” (PANAS)**, adaptado para a população portuguesa por Galinha e Ribeiro (2005)

O estudo do bem-estar subjetivo realizou-se através da escala de afetos positivos e negativos de nome original “Positive and Negative Affect Schedule” (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988) adaptado para a população portuguesa por Galinha e Ribeiro (2005). Este instrumento é uma medida específica da dimensão afetiva do bem-estar subjetivo e procura saber de que modo os indivíduos sentem, no presente, emoções positivas e emoções negativas específicas. A versão portuguesa compreende um conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções distribuídas por duas subescalas com 10 itens cada, designadas de afeto positivo e afeto negativo. Estão ordenadas numa escala de cinco pontos, em que zero corresponde a “nada ou muito ligeiramente” e 4 a “extremamente”.

Os adjetivos que traduzem os afetos positivos são: *interessado, excitado, agradavelmente surpreendido, caloroso, entusiasmado, orgulhoso, encantado, inspirado, determinado e ativo*.

Os afetos negativos são exprimidos pelos adjetivos: *perturbado, atormentado, culpado, assustado, repulsa, irritado, remorsos, nervoso, trémulo e amedrontado*. A cotação desta escala consiste na média aritmética dos dez itens de cada escala.

---

Calcula-se ainda o balanço afetivo subtraindo a escala de afeto negativo à escala de afeto positivo.

Os tempos de resposta utilizados pelos autores podem variar desde “agora, ou seja, neste momento”, “hoje”, “durante a última semana”, “durante as últimas semanas”, “durante o último ano” e “geralmente, ou seja, em média”. Neste estudo optou-se pelo tempo de resposta de esta semana.

No estudo de validação para a população portuguesa, os autores encontraram uma consistência interna adequada de  $\alpha=0,86$  para a escala de afeto positivo e de  $\alpha=0,89$  para a escala de afeto negativo. Também, e tal como era esperado, à semelhança com a escala original, a correlação entre os afeto positivo e afeto negativo situou-se perto do zero ( $r=-0,10$ ), determinando a ortogonalidade entre as duas subescalas (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

### **Análise psicométrica para o presente estudo**

No estudo de consistência interna, os resultados da Tabela 6 revelam as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global.

Ao analisar-se os valores de alfa de Cronbach, os mesmos podem ser classificados de bons, pois os índices mínimos e máximos oscilam entre os 0.829 no item 13 “Encantado(a)” e 0.840 no item 2 “Perturbado(a)”. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que se está perante correlações positivas, sendo o valor mais baixo o do item 2 “Perturbado(a)” ( $r=0,274$ ) e o mais elevado no item 13 “Encantado(a)” ( $r=0,532$ ) com uma percentagem de variância explicada de 58.8%. Todavia, o item que apresenta maior variabilidade é o 17 “Determinado(a)” com uma variabilidade de 65.2%. Os valores médios e respetivos desvios padrão permitem-nos afirmar que, na globalidade, os itens se encontram bem centrados.

Pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.842) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.706 e para a segunda de 0.736 (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Consistência Interna da escala de PANAS

Nº Item	Itens	Media	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R <sup>2</sup>	α
1	Interessado(a)	3.67	0.921	0.414	0.500	0.835
2	Perturbado(a)	1.86	0.947	0.274	0.622	0.840
3	Excitado(a)	2.67	1.106	0.437	0.344	0.834
4	Atormentado(a)	1.71	0.943	0.341	0.626	0.838
5	Agradavelmente surpreendido(a)	2.82	1.170	0.495	0.515	0.831
6	Culpado(a)	1.58	0.869	0.340	0.587	0.838
7	Assustado(a)	1.72	0.925	0.434	0.608	0.834
8	Caloroso(a)	2.69	1.186	0.462	0.410	0.833
9	Repulsa	1.40	0.792	0.341	0.433	0.838
10	Entusiasmado(a)	3.38	1.073	0.511	0.630	0.830
11	Orgulhoso(a)	3.11	1.159	0.418	0.484	0.835
12	Irritado(a)	2.36	1,078	0.385	0.497	0.836
13	Encantado(a)	2.58	1.213	0.532	0.588	0.829
14	Remorsos	1.59	0.910	0.345	0.487	0.838
15	Inspirado(a)	2.65	1.105	0.492	0.582	0.831
16	Nervoso(a)	2.58	1.209	0.399	0.506	0.836
17	Determinado(a)	3.19	1.114	0.453	0.652	0.833
18	Tremulo(a)	1.61	0.934	0.444	0.463	0.834
19	Ativo(a)	3.29	1.124	0.406	0.607	0.835
20	Amedrontado(a)	1.56	0.830	0.447	0.557	0.834
Coeficiente Split-half				Primeira metade =0.706		
				Segunda metade =0.736		
Coeficiente alfa Cronbach global				0.842		

Na Tabela 7 encontram-se os alfas de Cronbach por subescala, cujos resultados mostram que, na subescala afetos positivos, o menor valor correlacional se situa no item 3 ( $r=0.471$ ) “Excitado(a)” e o maior ( $r=0.764$ ) no item 10 “Entusiasmado(a)” com percentagens de variância explicada de 30.3% e de 61.9%, respetivamente. Quanto aos valores de alfa, denota-se o inverso, porquanto o menor valor observa-se no item 10 ( $\alpha=0.885$ ) e o maior no item 3 ( $\alpha=0.903$ ) podendo ser classificados de bons.

Na subescala dos afetos negativos, os valores correlacionais são ligeiramente mais elevados do que os da subescala de afetos positivo, situando-se entre  $r=0.586$  no item 9 “Repulsa” que explica 41.4% e ( $r=0.736$ ) no item 7 “Culpado(a)” com uma percentagem de variância explicada de 59.5%. Contudo a maior variabilidade é encontrada no item 17 explicando 63,3% e a menor é encontrada no item 3 com apenas 30.3%. Em relação aos valores de alfa, observamos que oscilam entre ( $\alpha=0.885$ ) para os itens 4 “Atormentado(a)” e 7 “Assustado(a)” e os ( $\alpha=0.896$ ) no item 16 “Nervoso(a)” sendo igualmente classificados de bons.

Tabela 7 - Alfas de Cronbach por subescala

Nº Item	Itens	Correlação Item/total	R <sup>2</sup>	α
<b>Afetos positivos</b>				
1	Interessado(a)	0.639	0.488	0.893
3	Excitado(a)	0.471	0.303	0.903
5	Agradavelmente surpreendido(a)	0.676	0.497	0.890
8	Caloroso(a)	0.578	0.380	0.897
10	Entusiasmado(a)	0.764	0.619	0.885
11	Orgulhoso(a)	0.650	0.459	0.892
13	Encantado(a)	0.684	0.558	0.890
15	Inspirado(a)	0.700	0.561	0.889
17	Determinado(a)	0.717	0.633	0.888
19	Ativo(a)	0.681	0.586	0.890
<b>Afetos negativos</b>				
2	Perturbado(a)	0.702	0.579	0.887
4	Atormentado(a)	0.732	0.618	0.885
6	Culpado(a)	0.684	0.573	0.889
7	Assustado(a)	0.736	0.595	0.885
9	Repulsa	0.586	0.414	0.895
12	Irritado(a)	0.639	0.469	0.892
14	Remorsos	0.585	0.476	0.895
16	Nervoso(a)	0.606	0.466	0.896
18	Tremulo(a)	0.614	0.430	0.893
20	Amedrontado(a)	0.686	0.530	0.889

Na Tabela 8 comparamos valores de alfa encontrados no presente estudo e os alfas originais das subescalas da Escala do Bem-Estar Subjetivo. Registamos que os valores de alfas originais são ligeiramente inferiores aos encontrados na presente investigação, sendo classificados de bons.

Tabela 8 – Alfa de Cronbach por fatores escala de Bem-Estar Subjetivo

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach			Alfa global (original)
		(Split-half)		Alfa global	
		Parte 1	Parte 2		
Afetos positivos	10	0.805	0.858	0.902	0.860
Afetos negativos	10	0.858	0.795	0.900	0.890

A validade convergente/discriminante dos itens é apresentada na Tabela 9, onde é efetuada pela comparação da correlação do item da escala a que pertence com as correlações dos itens com as escalas a que não pertence, estando referenciado a negrito as correlações dos itens com a escala a que pertence. Assim, no que se refere à subescala dos afetos positivos, os valores correlacionais variam entre ( $r= 0,015$ ) no item 12 “Irritado(a)” e ( $r=-0,196$ ) no item 2 “Perturbado(a)” ambos pertencentes à subescala dos afetos negativos. As correlações dos itens com a escala a que pertencem regista o menor valor correlacional ( $r=0.573$ ) no item 3 “Excitado(a)” e o maior ( $r= 0.816$ ) no item 10 “Entusiasmado(a)”.

Quanto à subescala dos afetos negativos, o menor valor correlacional é encontrado no item 5 ( $r=-0.019$ ) “Agradavelmente surpreendido(a)” e o maior no item 19 “Ativo(a)” ( $r=-.145$ ), ambos pertencentes à subescala dos afetos positivos. Entre os itens pertencentes a esta subescala, destaca-se como o de menor variabilidade ( $r=0.695$ ) o item 18 “Trémulo(a)” e o de maior variabilidade ( $r=0.794$ ) o item 7 “Assustado(a)”.

Tabela 9 – Validade convergente/discriminante das subescalas do Bem-Estar Subjetivo

Nº Item	itens	Afetos positivos	Afetos negativos	Diferença afetos
1	Interessado(a)	<b>0.703***</b>	-0.100*	0.585***
2	Perturbado(a)	-0.196***	<b>0.768***</b>	-0.628***
3	Excitado(a)	0.573***	0.106*	0.359***
4	Atormentado(a)	-0.137**	<b>0.793***</b>	-0.599***
5	Agradavelmente surpreendido(a)	<b>0.750***</b>	-0.019n.s.	0.569***
6	Culpado(a)	-0.107*	<b>0.748***</b>	-0.549***
7	Assustado(a)	-0.030n.s.	<b>0.794***</b>	-0.521***
8	Caloroso(a)	<b>0.671***</b>	0.034n.s.	0.477***
9	Répulsa	-0.039n.s.	0.659***	-0.443***
10	Entusiasmado(a)	<b>0.816***</b>	-0.085n.s.	0.659***
11	Orgulhoso(a)	<b>0.728***</b>	-0.096n.s.	0.601***
12	Irritado(a)	-0.015n.s.	<b>0.727***</b>	-0.468***
13	Encantado(a)	<b>0.759***</b>	0.026n.s.	0.547***
14	Remorsos	-0.029n.s.	<b>0.668***</b>	-0.442***
15	Inspirado(a)	<b>0.766***</b>	-0.047n.s.	0.598***
16	Nervoso(a)	0.028n.s.	<b>0.711***</b>	-0.426***
17	Determinado(a)	<b>0.780***</b>	-0.117*	0.0653***
18	Tremulo(a)	0.067n.s.	<b>0.695***</b>	-0.387***
19	Ativo(a)	<b>0.752***</b>	-0.145**	0.649***
20	Amedrontado(a)	0.016n.s.	<b>0.747***</b>	-0.458***

Termina-se o estudo da consistência interna com a matriz de correlação de Pearson onde incluímos a diferença de afetos que resulta conforme descrito da diferença entre afetos positivos e negativos. Verificamos que há uma correlação negativa ( $r=-0.058$ ) entre os afetos positivos vs afetos negativos e entre os afetos negativos vs diferença de afetos ( $r=-.671$ ), sendo positiva entre os afetos positivos vs diferença de afetos ( $r=0.779$ ), com diferenças estatisticamente significativas. (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas do Bem-Estar Subjetivo

	Afetos positivos	Afetos negativos
Afeto negativos	-0.058	--
Diferença de afetos	0.779	-0.671

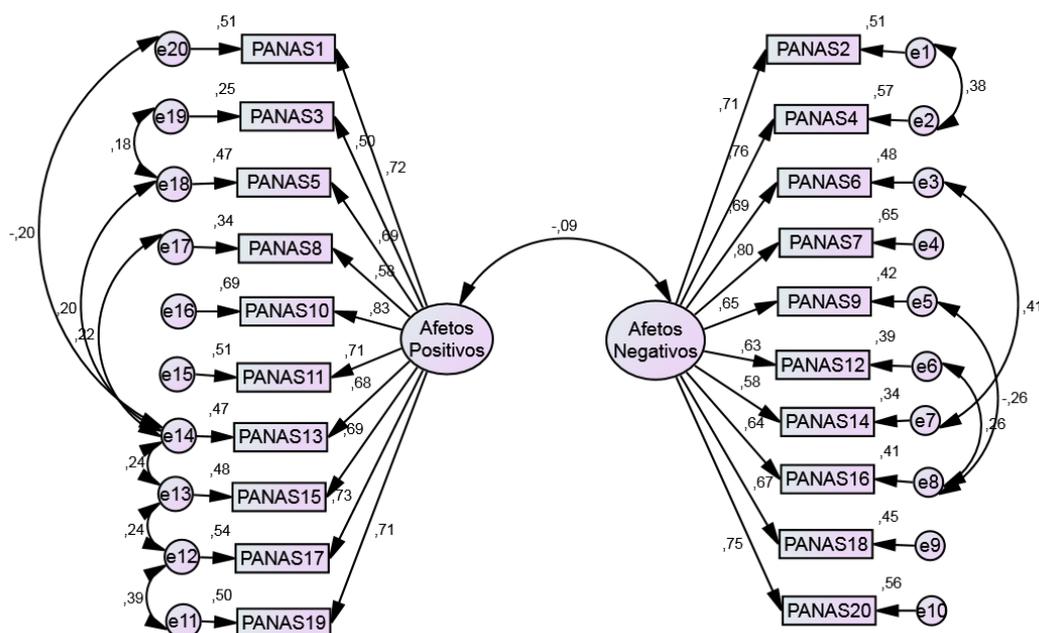
\*\*\*  $p < 0.001$

Testamos a solução bifatorial desta escala através da análise fatorial confirmatória conforme consta na Figura 3. Analisados os pormenores relativos à multicolinearidade e valores univariados e multivariados que pudessem influenciar a análise fatorial, registamos que todos os itens restantes apresentam pesos fatoriais elevados ( $\lambda \geq 0.50$ ) e fiabilidade individual adequada ( $r^2 \geq 0.25$  em ambas as subescalas).

Os índices da AFC numa primeira versão apresentavam um ajuste pouco satisfatório ( $\chi^2/g.l. = 4.432$ ; GFI = 0,835; AGFI = 0,783; CFI = 0,860; RMSEA = 0,092; RMR= 0.075 e SRMR = 0.0714), mas depois de procedermos aos índices de modificação correlacionando alguns erros, o ajustamento na sua globalidade passou a ser bastante satisfatório:  $\chi^2/g.l. = 2.568$ ; GFI = 0.0.909; AGFI =0.0.879; CFI = 0.940; RMSEA = 0,062; RMR= 0.068; SRMR= 0.063. Todos os pesos de regressão são superiores a 0.50 e estaticamente significativos ( $p < 0,001$ ) o que demonstra a relevância do fator para predizer os itens.

Quanto à fiabilidade compósita (FC= 0.937), e a variância extraída média (VEM= 0.645) da subescala afetos positivos os valores são adequados, o mesmo ocorrendo para a fiabilidade compósita da subescala de afetos negativos (FC= 0.938), mas não para a variância extraída média (VEM= 0.311), embora seja patente a existência de validade discriminante (VD) entre os dois fatores (VD=0.0081).

Figura 3 - Modelo fatorial da escala do bem-estar subjetivo



### **Inventário de Personalidade de Eysenk (IPE)**

O Inventário de Personalidade de Eysenk é uma escala ordinal tipo Likert constituída por 12 itens, sendo que cada um possui quatro alternativas de resposta.

É uma versão curta do Eysenk Personality Inventory que resultou de extensas análises fatoriais e, tal como a sua versão original, mede as duas dimensões da personalidade: extroversão e neuroticismo. À extroversão correspondem os itens a, c, e, g, i e k, e ao neuroticismo os itens b, d, f, h, j e l (Silva et al., 1995).

Entre a versão curta e a escala original determinaram-se correlações, tendo-se obtido valores de “r” de 0,82 e 0,79 respetivamente para a extroversão e neuroticismo, o que revela a existência duma correlação positiva significativa nos dois fatores. De igual modo determinaram-se correlações entre o neuroticismo e a extroversão da versão curta, cujo valor de “r” foi de 0,5 (Barton et al., 1992, citado por Silva et al., 1995).

A cotação desta escala faz-se somando os valores dos itens de cada uma das dimensões. Nesse sentido, são atribuídos os valores de 1 a 4 que correspondem às respostas no sentido de “nunca” para “sempre”. Valores baixos indicam níveis elevados nas dimensões (Silva et al., 1995). Também pode utilizar-se uma cotação bimodal (Silva et al., 1995), bastando para isso converter os valores dos itens de 1 e 2 em 0 (zero), e os valores de 3 e 4 em 1 (um), somando-se de seguida os itens de cada fator.

### **Estudo psicométrico da Escala IPE**

Foram calculados os valores médios e respetivos desvios padrão, conforme expostos no Tabela 11, onde constatamos que os itens 1 “Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?” e o 12 “Sofre de insónia?” não se encontram bem centrados, pois situam-se abaixo do ponto médio da escala.

Ao observarmos os coeficientes de correlação item total corrigido, quase todos os itens se revelam razoáveis, à exceção dos itens 6 “Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?” ( $r=0.124$ ), item 7 “Considera-se uma pessoa que confia na sorte?” ( $r=0.102$ ), item 11 “Gosta de pregar partidas?” ( $0.148$ ) e item 12 “Sente insónia?” ( $r=0.148$ ), que numa análise mais conservadora deveriam ser eliminados por se apresentarem com valores correlacionais inferiores a 0.20.

Os valores de alfa de Cronbach podem classificar-se de razoáveis, na medida em que oscilam entre 0.597 e 0.636 com um alfa global da escala de 0.640. Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa revelaram-se mais fracos, já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.519 e para a segunda de 0.375 (cf. Tabela 11).

Tabela 11 – Consistência Interna dos itens da Escala da Personalidade de Eysenck

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	r <sup>2</sup>	α sem item
1	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	1.81	0.774	0.419	0.313	0.597
2	O seu humor tem altos e baixos?	2.57	0.934	0.366	0.386	0.603
3	É uma pessoa cheia de vida?	2.86	0.773	0.308	0.308	0.632
4	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	2.48	0.831	0.360	0.360	0.626
5	Gosta de se misturar com as pessoas?	2.48	0.871	0.385	0.385	0.608
6	Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	2.02	0.934	0.124	0.124	0.612
7	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	2.75	0.809	0.102	0.102	0.632
8	É perturbado por sentimentos de culpa?	2.17	0.792	0.254	0.254	0.623
9	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	2.22	0.892	0.340	0.340	0.618
10	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	2.59	0.977	0.409	0.409	0.617
11	Gosta de pregar partidas?	2.22	0.949	0.189	0.189	0.624
12	Sofre de insónia?	1.56	0.830	0.148	0.148	0.636
Coeficiente Split-half		Primeira metade =0.519				
		Segunda metade =0.375				
<b>Coeficiente alpha Cronbach global</b>		<b>0.640</b>				

Na Tabela 12 apresentam-se os resultados da correlação item total e alfa de Cronbach por subescalas. Quanto aos valores correlacionais na extroversão, variam entre  $r=0.247$  no item 7 “Considera-se uma pessoa que confia na sorte?” e  $r=0.543$  no item 5 “Gosta de se misturar com as pessoas?” com percentagens de variância explicada respetivamente de 7.3% e 36.3% sendo esta a de maior variabilidade. Os alfas oscilam entre 0.644, para os itens 5 e 9 e 0.731 no item 7, sendo os mesmos classificados de razoáveis.

Já os valores correlacionais da subescala neuroticismo indicam que o menor é registado no item 6 ( $r=0.169$ ) “Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?” e o maior ( $r=0.596$ ) no item 10 “Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?”, com alfas a oscilar entre 0.605 no item 2 e 0.692 no item 12, sendo classificados de razoáveis. A maior variabilidade encontra-se no item 10 com 38.9% de variância explicada e a menor no item 6 com 4,2%.

Tabela 12 - Correlação item total e alfas de Cronbach por subescala

Nº Item	Itens	R Item/total	R <sup>2</sup>	α
<b>Extroversão</b>				
1	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	,500	,282	,661
3	É uma pessoa cheia de vida?	,485	,254	,665
5	Gosta de se misturar com as pessoas?	,543	,363	,644
7	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	,247	,073	,731
9	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	,540	,332	,644
11	Gosta de pregar partidas?	,386	,155	,697
<b>Neuroticismo</b>				
2	O seu humor tem altos e baixos?	,561	,363	,605
4	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	,521	,318	,624
6	Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	,169	,042	,736
8	É perturbado por sentimentos de culpa?	,446	,244	,649
10	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	,596	,389	,590
12	Sofre de insónia?	,296	,115	,692

A Tabela 13 apresenta em síntese os valores de alfa de Cronbach por subescala e os coeficientes de bipartição respetivos. Denota-se que os valores globais em ambas as subescalas são razoáveis, mas quando analisado o coeficiente de bipartição, esses valores passam a fracos, o que pode considerar-se normal, dado que há a tendência do alfa de Cronbach ser mais baixo quando a escala possui menor número de fatores.

Tabela 13 – Alfa de Cronbach por fatores da Escala da Personalidade

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach		
		(Split-half)		Alfa global
		Parte 1	Parte 2	
Extroversão	6	0.660	0.455	0.714
Neuroticismo	6	0.509	0.579	0.694

Determinamos também a validade convergente/discriminante dos itens, deduzindo-se numa primeira análise que os itens apresentam uma boa validade convergente/discriminante, porquanto os valores correlacionais são mais elevados na escala a que pertencem, conforme salientado a negrito (cf. Tabela 14)

Quanto aos valores correlacionais obtidos para a subescala da extroversão, pode dizer-se que os mesmos oscilam entre ( $r=0,006$ ) no item 2 “O seu humor tem altos e baixos?” e ( $r=0,261$ ) no item 6 “Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?” ambos pertencentes à subescala do neuroticismo. As correlações dos itens com a escala a que pertencem regista o menor valor correlacional ( $r=0,620$ ) no item 11 “Gosta de pregar partidas?” e o maior ( $r= 0,720$ ) no item 9 “Vai e diverte-se muito numa festa animada?”. Já na subescala do neuroticismo, o menor valor correlacional é encontrado no item 5 ( $r=0,004$ ) “Gosta de se misturar com as pessoas?” e o maior no item 3 “É uma pessoa cheia de vida?” ( $r=-,135$ ), ambos

pertencentes à subescala da extroversão. Entre os itens pertencentes a esta subescala, destaca-se como o de menor variabilidade ( $r=0.514$ ) o item 12 “Sofre de insónia?” e o de maior variabilidade ( $r=0.768$ ) o item 10 “Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?”.

Tabela 14 - Correlação dos itens com as subescalas e escala global da Personalidade

Nº Item	itens	Extroversão	Neuroticismo
1	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	<b>0.667***</b>	0.119+
2	O seu humor tem altos e baixos?	0.006 n.s.	<b>0.738***</b>
3	É uma pessoa cheia de vida?	<b>0.656***</b>	-0.135**
4	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	-0.122*	<b>0.691***</b>
5	Gosta de se misturar com as pessoas?	<b>0.718***</b>	0.004n.s.
6	Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	0.261***	<b>0.434***</b>
7	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	<b>0.473***</b>	0.058n.s.
8	É perturbado por sentimentos de culpa?	-0.045n.s.	<b>0.626***</b>
9	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	<b>0.720***</b>	-0.062n.s.
10	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	-0.097n.s.	<b>0.768***</b>
11	Gosta de pregar partidas?	<b>0.620***</b>	0.016n.s.
12	Sofre de insónia?	-0.023n.s.	<b>0.514***</b>

Terminamos esta fase de estudo de consistência com a matriz de correlação de Pearson entre as duas subescalas que como se verifica pela tabela esta é negativa ínfima não significativa ( $r=-0.001$ ) (cf. Tabela 15).

Tabela 15 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e a Personalidade

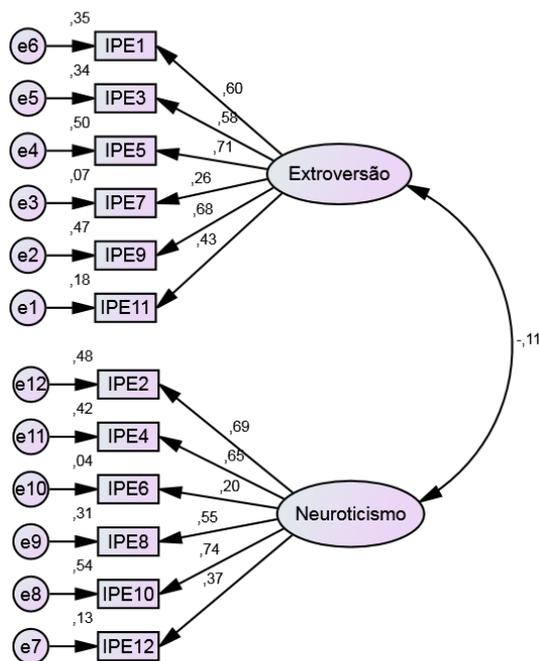
	Extroversão
Neuroticismo	-0.001 n.s.

\*\*\*  $p < 0.001$

Com o objetivo de conseguir mais evidências para se corroborar a bidimensionalidade da escala, conduziu-se uma análise fatorial confirmatória. A Figura 4 reproduz o modelo testado. Os índices de qualidade de ajustamento são considerados satisfatórios, dado apresentarem os seguintes resultados:  $\chi^2/g.l. = 2.884$ ; GFI = 0,942; AGFI = 0,915; CFI = 0,890; RMSEA = 0,068; RMR= 0.056 e SRMR = 0.074. Não foi necessário proceder a índices de modificação, uma vez que os valores propostos eram inferiores a 11.0 e todos os pesos fatoriais, lambdas, foram estatisticamente significativos e diferentes de zero ( $p < 0,001$ ) embora numa análise mais conservadora os itens 7 e 11 da extroversão e os itens 6 e 12 do neuroticismo, deveriam retirar-se por explicarem menos de 50% da variabilidade do fator a que pertencem. A fiabilidade individual nestes mesmos

índices vem justificar a sua exclusão na medida em que os valores correlacionais são inferiores a 0.25.

Figura 4 - Modelo fatorial da escala da personalidade



Analisada a fiabilidade compósita ( $FC = 0.790$ ) da personalidade e da extroversão ( $FC = 0.784$ ) denotamos que são adequadas, o mesmo não ocorrendo com a variância extraída média que em ambas as subescalas são inferiores aos valores de referência com uma variância extraída média de ( $VEM = 0.314$ ) e ( $VEM = 0.320$ ) respetivamente. Contudo, entre os dois fatores encontramos validade discriminante ( $VD = 0.012$ ).

### Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) foi utilizada para avaliar algumas perturbações psicopatológicas dos estudantes (depressão, ansiedade e stresse). É uma versão adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, (2004) sendo os seus autores originais Lovibond e Lovibond (1955) que a designaram por *Depression, Anxiety Stress Scale* (DASS) constituída por 42 itens. A tradução, adaptação e validação para a população portuguesa foi efetuada em 2004 pelos autores acima citados e no mesmo ano a versão com 21 itens conhecida

pelo acrónimo EADS-21, mede os mesmos construtos à semelhança da versão de 42 itens.

A EADS- 21 está organizada em três escalas: depressão, ansiedade e stresse, contendo cada uma delas sete itens. Cada item comporta uma frase, uma afirmação que remete para sintomas emocionais negativos, e à qual se pede ao sujeito que responda se a afirmação se se aplicou “na semana passada”. Os itens são apresentados em escala ordinal tipo Likert de 0 a 3 com quatro pontos de gravidade ou frequência (0) “*não se aplicou nada a mim*” (1) “*aplicou-se a mim algumas vezes*” (2) “*aplicou-se a mim muitas vezes*” e (3) “*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*”.

A escala fornece três notas, uma por subescala que resulta do somatório dos itens que a constituem, sendo que o valor mínimo é “0” e o máximo “21”. Notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos.

Os itens agruparam-se, nas três dimensões, da seguinte forma: **Depressão** – itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21; **Ansiedade** – itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e **Stresse** – itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.

O estudo da consistência interna com recurso ao alfa de Cronbach da versão portuguesa revelaram um valor de 0,85 para a subescala de depressão, 0,74 para a ansiedade e 0,81 para o stresse.

### **Estudo de consistência interna da EADS-21**

Começamos por apresentar na Tabela 16 as estatísticas (médias e desvios padrão) e os resultados da fiabilidade e as correlações obtidas entre cada subescala e o índice global. Quanto às estatísticas observamos pouca dispersão entre itens já que apresentam um índice médio inferior ao esperado, com valores a oscilar entre 2.03 no item 19 e 0.38 no item 2. No referente aos valores de alfa de Cronbach podem classificar-se de muito bons, dado que oscilam entre 0.930 e 0.945. Os coeficientes de correlação item total corrigido, parecem-nos bem centrados pois apresentam valores correlacionais acima de 0,50 com exceção do item 2 ( $r=0.449$ ) “Senti a minha boca seca” e do item 19 “Senti que por vezes estava sensível” ( $r=0.016$ ) que deveria ser excluído porquanto apenas explica 5.1% da variabilidade da escala.

A determinação do índice de fiabilidade pelo método das metades indica-nos valores de Alfa de Cronbach ligeiramente mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.935), mas também classificados de muito bons, já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.890 e para a segunda de 0.869.

Tabela 16 – Valores correlacionais e de alfa de Cronbach para a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	r <sup>2</sup>	α sem item
1	Tive dificuldades em me acalmar	1.04	0.797	0.667	0.569	0.931
2	Senti a minha boca seca	0.80	0.828	0.449	0.264	0.935
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0.63	0.789	0.741	0.637	0.930
4	Senti dificuldades em respirar	0.54	0.763	0.571	0.461	0.933
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0.79	0.812	0.610	0.472	0.932
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0.96	0.861	0.581	0.450	0.933
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0.63	0.816	0.519	0.433	0.934
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0.97	0.875	0.686	0.585	0.931
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0.64	0.796	0.667	0.549	0.931
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0.50	0.790	0.656	0.608	0.932
11	Dei por mim a ficar agitado	0.89	0.858	0.747	0.679	0.930
12	Senti dificuldade em me relaxar	1.09	0.880	0.693	0.635	0.931
13	Senti-me desanimado e melancólico	0.83	0.857	0.730	0.597	0.930
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0.70	0.793	0.684	0.528	0.931
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0.50	0.767	0.732	0.635	0.930
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0.50	0.805	0.741	0.726	0.930
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0.52	0.827	0.696	0.682	0.931
18	Senti que por vezes estava sensível	1.22	0.826	0.612	0.491	0.932
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	2.03	1.052	0.016	0.051	0.945
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0.62	0.788	0.734	0.583	0.930
21	Senti que a vida não tinha sentido	0.38	0.728	0.662	0.702	0.932
Coeficiente Split-half				Primeira metade – 0.890		
				Segunda metade - 0.869		
Coeficiente alpha Cronbach global				0.935		

Na Tabela 17 são apresentados os resultados de fiabilidade por subescala. Para a depressão, nota-se, pelos valores médios, homogeneidade nas respostas dadas aos diferentes itens, uma vez que se obteve uma pontuação que oscila entre os 0.38 ( $\pm 0.729$  dp) no item 21 e 0.83 ( $\pm 0.857$  dp) no item 13. Os coeficientes de alpha de Cronbach dão indicações de boa consistência interna porquanto o menor valor ( $\alpha=0.889$ ) foi encontrado no item 16 e o maior ( $\alpha=0.911$ ) no item 5. O coeficiente de bipartição de split-half ( $\alpha=0.825$ ) para a primeira metade e ( $\alpha=0.889$ ) para a segunda revelam uma boa consistência interna, com um alfa total mais elevado ( $\alpha=0.913$ ).

Analisando os resultados relativos à ansiedade, observamos que os índices médios divergem ligeiramente, situando-se entre  $r=0.50$  ( $\pm 1.052$  dp) no item 15 e  $r=2.03$  ( $\pm 0.789$  dp) no item 19, o mesmo ocorrendo com o coeficiente de consistência interna, ao revelar valores de alfa a oscilarem entre 0.682 e 0.870, podendo classificar-se entre o razoável e o bom. Todavia, o valor de alfa global 0.747 indica uma consistência razoável o que também acontece para a primeira metade do coeficiente de bipartição com um alfa de Cronbach de 0.733 mas não para a segunda metade cujo resultado foi de 0.397.

Relativamente ao stresse, registámos valores de alfa classificados bons, uma vez que oscilam entre os 0.865 no item 11 e 0.875 no item 1, com um valor global para o total da escala de 0.893. Os valores de split-half na primeira ( $\alpha=0.849$ ) e segunda

metade ( $\alpha=0.750$ ), constituindo-se como bons indicadores da consistência interna da subescala. Os valores correlacionais indicam que o item 11 é o que está mais correlacionado com o stresse ( $r=0.788$ ) explicando 64.1% da variabilidade no fator. De notar ainda a pouca variabilidade no que concerne aos índices médios e respetivos desvios padrão.

Tabela 17 – Consistência interna por subescalas da escala de depressão, stresse e ansiedade

Itens	Depressão	Média	Dp	r/item total	r <sup>2</sup>	$\alpha$ sem item
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0.63	0.789	0.420	0.590	0.898
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0.79	0.812	0.597	0.427	0.911
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0.50	0.790	0.534	0.589	0.899
13	Senti-me desanimado e melancólico	0.83	0.857	0.611	0.439	0.909
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0.50	0.805	0.698	0.691	0.889
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0.52	0.827	-0.001	0.668	0.893
21	Senti que a vida não tinha sentido	0.38	0.728	0.622	0.672	0.897
<b>Ansiedade</b>						
2	Senti a minha boca seca	0.80	0.828	0.567	0.225	0.689
4	Senti dificuldades em respirar	0.54	0.763	0.647	0.433	0.701
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0.63	0.816	0.671	0.372	0.870
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0.64	0.767	0.618	0.478	0.684
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0.50	1.052	0.719	0.568	0.667
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	2.03	0.789	0.712	0.012	0.837
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0.62	0.788	0.742	0.468	0.682
<b>Stresse</b>						
1	Tive dificuldades em me acalmar	1.04	0.797	0.717	0.552	0.875
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0.96	0.861	0.622	0.404	0.886
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0.97	0.875	0.725	0.543	0.873
11	Dei por mim a ficar agitado	0.89	0.858	0.788	0.641	0.865
12	Senti dificuldade em me relaxar	1.09	0.880	0.753	0.617	0.870
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0.70	0.793	0.602	0.390	0.887
18	Senti que por vezes estava sensível	1.22	0.826	0.635	0.420	0.884

A Tabela 18 sintetiza os valores de alfa de Cronbach por subescala obtidos no presente estudo. Observam-se valores de alfa no presente estudo superiores aos da escala adaptada para a população portuguesa oscilando os mesmos entre 0.747 na ansiedade e 0.913 na depressão, enquanto na escala adaptado os valores mínimos e máximos são de 0.740 e 0.850, respetivamente, nas mesmas subescalas.

Tabela 18 – Valores de alfa de Cronbach para as subescalas de depressão, ansiedade e stresse

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach		Alfa Global	Alfa Global (adaptada)
		(Split-half)			
		Parte 1	Parte 2		
Depressão	7	0.825	0.889	0.913	0.850
Ansiedade	7	0.733	0.397	0.747	0.740
Stresse	7	0.849	0.750	0.893	0.810

O resultado inerente à validade convergente/ discriminante dos itens apresenta-se na Tabela 19. Aferimos que todos os itens estabelecem com as três escalas correlações positivas e altamente significativas ( $p < 0,000$ ) com valores superiores a 0.40 na escala a que pertencem o que dá indicação de uma boa validade convergente/discriminante. Na subescala da depressão, os valores correlacionais dos itens da escala a que pertencem regista o menor valor ( $r=0.730$ ) no item 5 “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas” e o maior ( $r= 0.879$ ) no item 16 “Não fui capaz de ter entusiasmo por nada”. Quanto à subescala ansiedade, o menor valor correlacional da escala a que não pertence é encontrado no item 6 ( $r=0.487$ ) relacionado com o stresse “Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações” e o maior no item 8 “Senti que estava a utilizar muita energia nervosa” que pertence à escala de stresse ( $r=0.711$ ). Entre os itens pertencentes a esta subescala, destaca-se como o de menor variabilidade ( $r=0.292$ ) o item 19 “Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico” e o de maior variabilidade ( $r= 0.777$ ) o item 15 “Senti-me quase a entrar em pânico” que explica 60.3%. Relativamente à escala do stresse, os valores correlacionais para os itens que não fazem parte da escala situam-se entre ( $r=0.025$ ) no item 19 “Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico” e o mais elevado no item 7 ( $r=0.783$ ) “Senti tremores (por ex., nas mãos)”. Todos os itens pertencentes à mesma escala apresentam correlações superiores aos itens das restantes escalas, que neste caso particular se situam entre os ( $r= 0.706$ ) no item 14 “Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer” e ( $r=0.853$ ) no item 11 “Dei por mim a ficar agitado”.

Tabela 19 - Correlação dos itens com as escalas de depressão, ansiedade e stresse

	Itens	Depressão	Ansiedade	Stresse
		r	r	r
1	Tive dificuldades em me acalmar	0.521***	0.608***	<b>0.796***</b>
2	Senti a minha boca seca	0.395***	<b>0.597***</b>	0.393***
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	<b>0.820***</b>	0.594***	0.631***
4	Senti dificuldades em respirar	0.479***	<b>0.716***</b>	0.480***
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	<b>0.730***</b>	0.497***	0.505***
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0.473***	0.487***	<b>0.730***</b>
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0.393***	<b>0.687***</b>	0.783***
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0.527***	0.711***	<b>0.809***</b>
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0.569***	<b>0.647***</b>	0.600***
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	<b>0.817***</b>	0.503***	0.505***
11	Dei por mim a ficar agitado	0.624***	0.624***	<b>0.853***</b>
12	Senti dificuldade em me relaxar	0.544***	0.613***	<b>0.830***</b>
13	Senti-me desanimado e melancólico	<b>0.756***</b>	0.589***	0.706***
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0.622***	0.584***	<b>0.706***</b>
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0.635***	<b>0.777***</b>	0.631***
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	<b>0.879***</b>	0.588***	0.584***
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	<b>0.853***</b>	0.546***	0.538***
18	Senti que por vezes estava sensível	0.523***	0.520***	<b>0.736***</b>
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0.016n.s.	<b>0.292***</b>	0.025n.s.
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0.669***	<b>0.736***</b>	0.648***
21	Senti que a vida não tinha sentido	<b>0.826***</b>	0.517***	0.494***

A matriz de correlação entre as três escalas (cf. Tabela 20) indica-nos que as correlações são positivas e significativas, oscilando entre ( $r=0.676$ ) na relação Depressão vs. Ansiedade, explicando 45.6% da sua variabilidade e, ( $r=0.759$ ) na relação Ansiedade vs Stress, com uma variabilidade de 57.6%.

Tabela 20 - Matriz de Correlação de Pearson entre as escalas de depressão, ansiedade e stresse

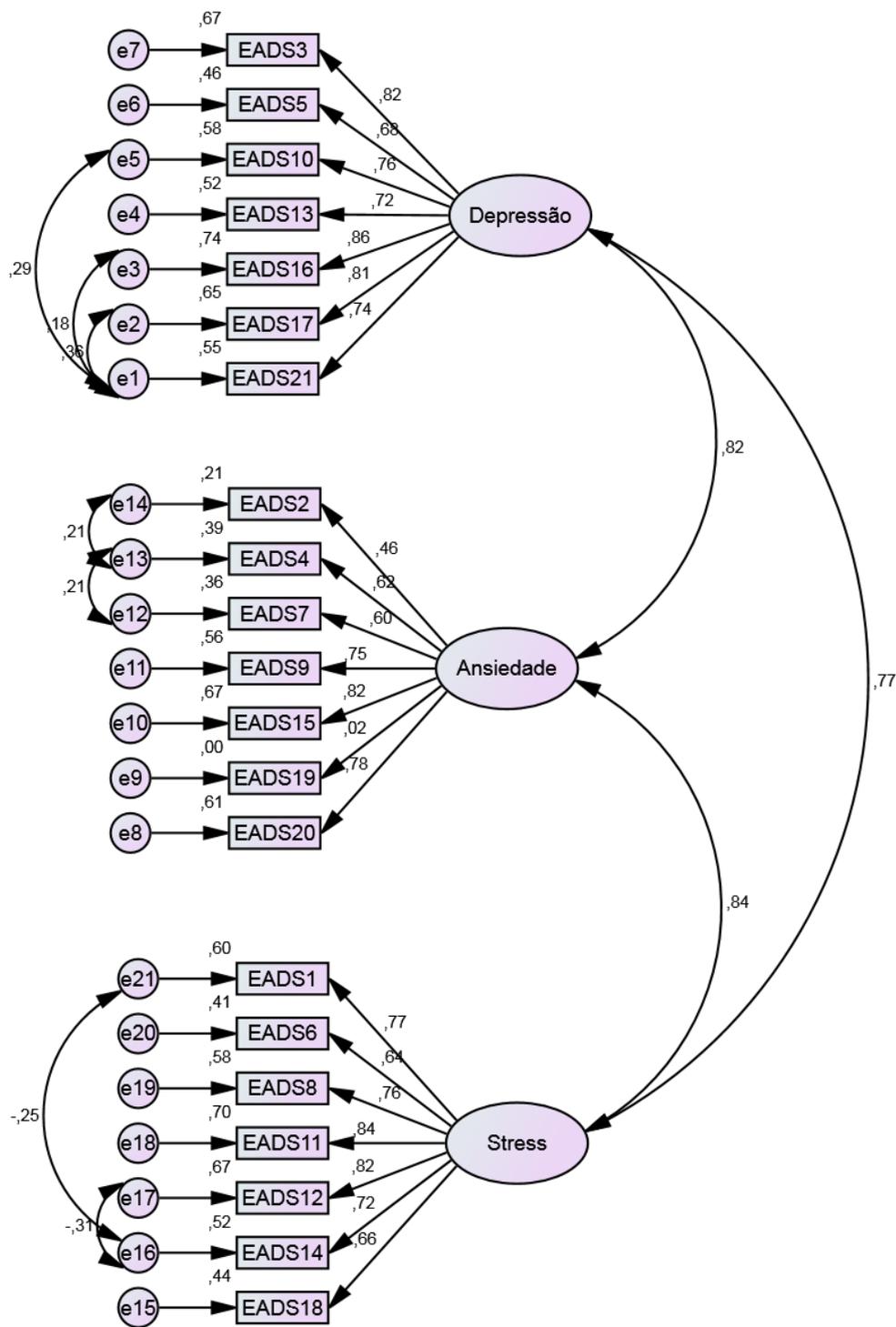
Subescalas	Depressão	Ansiedade
Ansiedade	0.676***	--
Stress	0.701***	0.759***

\*\*\*  $p > 0,001$

Tal como para as escalas anteriores efetuamos a análise fatorial confirmatória (cf. Figura 5) As cargas fatoriais para a depressão e stresse apontam para valores superiores a 0.50, o que não ocorre para a escala de ansiedade relativamente aos itens 2 e 19 que deveriam ser excluídos, mas decidimos manter por forma a conservar a estrutura fatorial do autor da escala. São também estes dois itens que apresentam fiabilidade individual inferior aos valores a 0.25. Todos os itens apresentam significância estatística à exceção do item 19 que revela uma probabilidade de ( $p=0.738$ ). Numa primeira análise fatorial os índices de qualidade de ajustamento são sofríveis para o ( $\chi^2/g.l. = 3.251$ ), GFI = 0,87 e AGFI = 0,834) e bom para os índices (CFI = 0,916; RMSEA = 0,075; RMR = 0.038 e SRMR =

0.057). Por tal facto efetuamos alguns ajustamento ao modelo de acordo com os índices de modificação propostos derivando daí ajustamento adequado todos os índices de qualidade de ajuste:  $\chi^2/g.l.$  = 2.551; GFI = 0,906; AGFI = 0,878; CFI = 0,944; RMSEA = 0,062; RMR= 0.032 e SRMR = 0.047).

Figura 5 - Modelo fatorial da escala de depressão, ansiedade e stresse



Analisamos a fiabilidade compósita das três escalas: (FC= 0.932), (FC= 0.848) e (FC= 0.938) respetivamente para a depressão, ansiedade e stresse que revelou valores ajustados. O mesmo não ocorre com a variância extraída média que nas referidas escalas são inferiores aos valores de referência (VEM= 0.420 depressão), (VEM=0.364 ansiedade) e (VEM=0.446 stresse). Denota-se também a inexistência de validade discriminante uma vez que da comparação entre depressão vs ansiedade ( $r^2 = 0.672$ ), depressão vs stresse ( $r^2 = 0.592$ ) e ansiedade vs stresse ( $r^2 = 0.705$ ), os coeficientes de determinação são todos superiores às variâncias extraídas médias.

### **Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh h (PSQI)**

Em 1988, Buysse e colaboradores elaboraram o questionário da qualidade de sono de Pittsburgh h que pretendia analisar a qualidade de sono e, simultaneamente, ser usado em ensaios clínicos. Este instrumento é hoje largamente utilizado e adotado em muitos trabalhos de investigação. É constituído por 19 questões autoaplicadas e de cinco questões avaliadas por alguém que coabita com o inquirido, mas que não contribuem para a pontuação total do PSQI e que não foram analisadas no nosso estudo. Os 19 itens analisam os diferentes fatores da qualidade de sono, agrupados de modo a formar sete subescalas: qualidade do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, alterações do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna.

A cada uma das subescalas é atribuída uma pontuação que oscila entre 0 a 3 pontos, sendo que uma pontuação de 0 pontos significa que não existe dificuldade, e uma pontuação de 3 indica uma severa dificuldade. Com o somatório destas sete subescalas obtém-se uma pontuação global, que oscila entre zero (0) (não existe dificuldades) e vinte e um (21), (dificuldades severas em todas as áreas estudadas). Sugerem os autores da escala um ponto de corte de 5, o que permite classificar os participantes em dois grupos: boa qualidade de sono <5 e pouca qualidade de sono =>5.

Como instrumento autoadministrado, este questionário oferece uma medida “standardizada” e quantitativa da qualidade de sono que identifica quem tem ou não problemas de sono, todavia não propicia um diagnóstico, ainda que oriente para áreas do sono mais deterioradas.

#### **1 - Qualidade subjetiva do sono**

Ao examinar-se o item 6 do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, obtém-se uma pontuação que poderá ser:

Resposta	Pontuação
Muito boa	0
Bastante boa	1
Bastante mal	2
Muito mal	3

## 2 - Latência do sono

O item 2 refere-se ao tempo que o respondente demora a adormecer, o que indicará uma pontuação de:

Resposta	Pontuação
< 0 = a 15 minutos	0
16 – 30 minutos	1
31 – 60 minutos	2
> 60 minutos	3

A pontuação obtida no item 5 indica a quantidade de vezes que os respondentes não conseguiram adormecer nos 30 minutos após se terem deitado, correspondendo-lhe a seguinte pontuação:

Resposta	Pontuação
Nunca	0
Menos de uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
Três ou mais vezes por semana	3

A latência do sono resulta do somatório de 2 itens que irá corresponder a uma nova pontuação:

Resposta	Pontuação
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

## 3 - Duração do sono

A duração do sono obtém-se com o item 4, correspondendo-lhe a seguinte pontuação:

Resposta	Pontuação
>7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
< 5 horas	3

#### 4 - Eficiência habitual do sono

De modo a obter-se a eficiência do sono habitual são indispensáveis três parâmetros:

- A quantidade de horas efetivamente dormidas descritas no item 4;
- As horas de levantar dos jovens, obtidos com o item 3;
- As horas a que, normalmente, vão para a cama que se obtém com o item 1;

Para o cálculo final da eficiência habitual do sono utiliza-se a seguinte fórmula:

$$(\text{n}^\circ \text{ de horas dormidas} / \text{n}^\circ \text{ de horas permanecidas na cama}) * 100$$

De acordo com a percentagem obtida corresponderá a seguinte pontuação:

Resposta	Pontuação
> 85 %	0
75 – 84 %	1
65 – 74 %	2
< 65 %	3

#### 5 - Perturbações do sono

As perturbações do sono resultam do somatório dos itens 5b até ao 5j. Os problemas colocados com estes itens são: acordar a meio da noite ou de madrugada; levantar para ir à casa de banho; não conseguir respirar adequadamente; tossir ou ressonar; ter sensação de frio; ter sensação de calor; ter pesadelos; ter dores; e por fim, outras razões que os próprios, podiam identificar. Para cada um dos problemas, o respondente quantifica de acordo com o seguinte critério:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez no último mês	0
Menos de uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
Três ou mais vezes por semana	3

O somatório total, que oscila entre 0 e 27 pontos, é classificado em:

Somatório (5b a 5j)	Pontuação
0	0
1 – 9	1
10 – 18	2
19 – 27	3

#### 6 - Uso de medicação hipnótica

O item 7 indica o número de vezes a que se recorre à medicação hipnótica e à qual corresponderá uma pontuação de:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez no último mês	0
Menos de uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
Três ou mais vezes por semana	3

### 7 - Disfunção diurna

A disfunção diurna obtém-se com o somatório dos itens 8 e 9. O item 8 quantifica as dificuldades em se manterem acordados nas atividades, correspondendo-lhe a seguinte pontuação:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez no último mês	0
Menos de uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
Três ou mais vezes por semana	3

Com o item 9 obtém-se a quantidade de vezes em que houve dificuldades em se manter o entusiasmo nas atividades, cuja pontuação atribuída é:

Resposta	Pontuação
Nenhum problema	0
Pequeno problema	1
Um problema	2
Um grande problema	3

Do somatório destes dois parâmetros que oscila entre zero (0) e seis (6) resultará a seguinte classificação:

Soma dos itens 8 e 9	Pontuação
0	0
1 -2	1
3 -4	2
5 -6	3

**8 - O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)** resulta do somatório das 7 subescalas e, de acordo com a pontuação obtida, os respondentes serão classificados conforme se segue:

< 5 – Boa qualidade de sono  
 ≥ 5 - Má qualidade de sono

## Estudo psicométrico do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh h (PSQI)

A Tabela 21 apresenta os resultados da fiabilidade ao mostrar as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada subescala e o índice global. Os valores médios e respetivos desvios padrão permitem-nos observar alguma variabilidade nas subescalas, oscilando as médias com um mínimo no uso de medicação hipnótica ( $M=0.18 \pm 0.592$ ) e o máximo na qualidade subjetiva do sono ( $M=1.29 \pm 0.456$ ).

Quanto aos valores de alfa de Cronbach podem considerar-se bastante razoáveis, pois oscilam entre 0.605 na duração do sono e 0.679 no uso da medicação hipnótica. No que respeita aos coeficientes de correlação item total corrigido as subescalas não parecem homogêneas entre si dado existir discrepância entre o valor da menor correlação ( $r=0.172$ ) no uso de medicação hipnótica, pelo que deveria ser excluída, uma vez que apresenta uma correlação inferior a 0.20 e a correlação máxima ( $r=0.584$ ) na qualidade subjetiva do sono. Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala ( $\alpha=0.666$ ) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.633 e para a segunda de 0.438.

Tabela 21 - Consistência Interna do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	$\alpha$ com item
Qualidade subjetiva do sono	1.29	0.456	0.584	0.607
Latência do sono	1.11	0.915	0.379	0.636
Duração do sono	0.99	0.705	0.461	0.605
Eficiência do sono	0.53	0.864	0.404	0.624
Uso de medicação hipnótica	0.18	0.592	0.172	0.679
Disfunção diurna	1.09	0.812	0.355	0.639
Perturbação do sono	1.12	0.486	0.459	0.621
<b>Coefficiente Split-half</b>				Primeira metade = 0.633
				Segunda metade = 0.438
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>				0.666

Efetuámos uma matriz de correlação de Pearson entre as subescalas e o índice global. Dos resultados que se expressam na Tabela 22, notamos que as correlações entre as subescalas e o valor global da escala são positivas e significativamente correlacionadas. No que se refere às correlações existentes entre as diferentes subescalas e o valor global, observa-se que estas são razoáveis. Estes resultados permitem-nos inferir que o aumento ou diminuição numa das subescalas se encontra associado a aumentos ou diminuições nas restantes subescalas.

Tabela 22 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e o Índice da Qualidade de Sono

Subescalas	Qualidade do sono	Qualidade subjetiva do sono	Latência do sono	Duração do sono	Eficiência do sono	Uso de medicação hipnótica	Disfunção diurna
Qualidade sub do sono	0.655**						
Latência do sono	0.635**	0.389**					
Duração do sono	0.643**	0.375**	0.228**				
Eficiência do sono	0.640**	0.314**	0.256**	0.453**			
Uso medic. hipnótica	0.639**	0.173**	0.080**	0.086	0.088		
Disfunção diurna	0.590**	0.315**	0.176**	0.274**	0.129**	0.140**	
Perturbação sono	0.588**	0.354**	0.324**	0.197**	0.245**	0.132**	0.385**

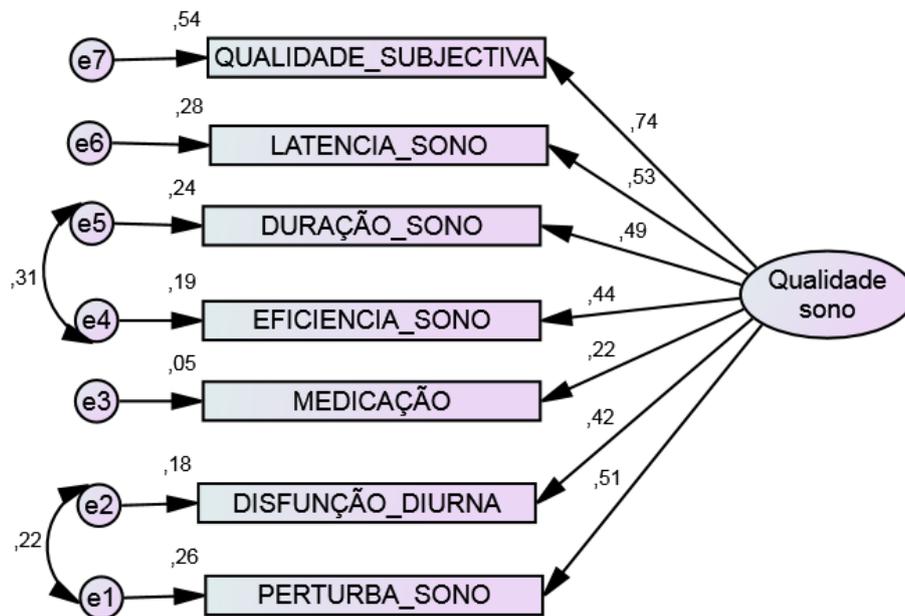
Realizado o estudo exploratório da escala, procedemos à análise fatorial confirmatória. Os resultados reforçam que a subescala “uso de medicação ara dormir” deveria ser removida por apresentar uma saturação inferior a 0.50. Menos preocupantes são as subescalas disfunção diurna, eficiência do sono, e duração do sono que apresentam saturações acima de 0.40, aceitáveis para as ciências sociais. O índice de qualidade de ajuste do modelo inicial revelou que o mesmo não se encontrava adequado principalmente no que respeito à razão do qui quadrado ( $\chi^2/gl=4.914$ ), do CFI (0.867), NFI (0.841) e RMSEA (0.099). Após os índices de modificação propostos que indicam que deveriam ser associados os erros da “duração do sono vs eficiência do sono” e da “disfunção diurna vs perturbações do sono” o modelo final revela índices de bom ajustamento, conforme resultado da Tabela 23.

Tabela 23 - Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da Escala de Pittsburgh

Modelo	$\chi^2$	gl	$\chi^2/gl$	GFI	NFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial	68.795	14	4.914	0.955	0.841	0.867	0.099	0.031	0.0559
Modelo final	21.633	12	1.803	0.984	0.950	0.977	0.045	0.016	0.0286

No concernente à fiabilidade compósita, o valor é adequado uma vez que é superior a 0.70, mas a variância extraída média apresenta índice inferior aos de referência (VEM= 0.247) (cf. Figura 6).

Figura 6 - Modelo fatorial da escala de Pittsburgh



#### 1.4. Procedimentos

Dado que o instrumento de recolha de dados foi divulgado via “online”, após parecer positivo da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) com o parecer nº 1/2004 (cf. Anexo II) para melhor compreensão do mesmo, seccionámo-lo em partes distintas, com enfoque especial para a primeira, onde é referido o objetivo desta recolha e são dadas as orientações básicas de preenchimento do mesmo. Após leitura atenta destas indicações, o respondente é convidado a participar de forma voluntária descrevendo os seus dados sociodemográficos e académicos e preenchendo as escalas que fazem parte deste estudo. Participaram neste estudo várias escolas superiores de enfermagem/saúde do país que aceitaram participar, para além de contactos pessoais de estudantes de enfermagem através de *email*. Os participantes no estudo foram informados de que os dados obtidos ficariam em arquivo, em formato impresso e digital (CD), na biblioteca, da ESSV. Foi assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados, respeitada a autonomia e a liberdade na participação no estudo.

#### 1.5. Análise dos dados

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica sendo que com a primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas

de tendência central ou de localização, nomeadamente médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de assimetria e achatamento e medidas de associação como correlação linear de Pearson.

Quanto ao coeficiente de variação, possibilita comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados, do seguinte modo:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

O coeficiente de correlação de Pearson é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas sendo que os valores oscilam entre -1 e +1; se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, o aumento dos índices de uma variável está associado, em média, à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Como indicadores de referência são apontados os seguintes valores absolutos:

- $r < 0.2$  – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$  – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$  – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$  – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$  – associação muito alta

A comparação dos coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação ( $r^2$ ) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra.

Quanto à **estatística inferencial**, recorreu-se à estatística paramétrica, e à estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos requer que estejam reunidas duas condições: que as variáveis de natureza quantitativa tenham uma distribuição normal e que as variâncias populacionais sejam homogêneas, caso se esteja a comparar duas ou mais amostras.

Assim, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis usou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, (KS) enquanto para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene, na medida em que este se assume como um dos mais potentes (Marôco, 2014).

Os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade, desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou

achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (Maroco, 2014).

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as suas condições de aplicação, designadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos, não se verificaram (Maroco, 2014). Só se recorreu a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.5, tendo em conta o referido por Pestana e Gageiro (2014). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar  $H_0$  é muito menor.

Neste estudo usamos os seguintes testes paramétricos e não paramétricos

- **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;
- **Análise de variância a um fator (ANOVA) ou teste de Kruskal Wallis** - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo (Pestana & Gageiro, 2009);
- **Teste de qui quadrado ( $\chi^2$ )** – é um teste de proporções, para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Quando há relação entre as variáveis devem usar-se os resíduos ajustados estandardizados para localizar as diferenças. Para Pestana e Gageiro (2009), o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de  $\chi^2$ , porque os resíduos ajustados, na forma estandardizada, fornecem informações acerca das células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou, por outras palavras, os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis.

Na análise estatística, utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa

- $p < 0.01^{**}$  - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001^{***}$  - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 para Windows e do pacote estatístico AMOS (*Analysis of Moments Structures*) versão 22.

Após estas considerações metodológicas, no capítulo seguinte, far-se-á a apresentação e análise dos resultados.

## 2. Resultados

Neste capítulo, faz-se a apresentação dos resultados, com base na análise descritiva e na inferencial, procurando-se dar respostas às questões e aos objetivos estabelecidos. A descrição e análise dos resultados seguem a ordem pela qual foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

### 2.1. Variáveis de Contexto psicológico e de sono

#### 2.1.1. Personalidade

As estatísticas relacionadas com a personalidade indicam para a extroversão um valor mínimo de 6 e um máximo de 24 com uma média de 14,14 ( $\pm 3.26$  dp), o que revela uma tendência dos participantes no estudo para se mostrarem mais extrovertidos.

Para o neuroticismo os valores mínimos e máximos foram de 6 e 22, respetivamente com média e desvio padrão de (média=12.32 $\pm$ 3.34 dp) mais consentâneo para a estabilidade. Os coeficientes de variação revelam dispersão moderada e os valores de assimetria e curtose curvas normais (cf. Tabela 24).

Tabela 24 - Estatísticas relativas à personalidade

Género	IMC	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
	Extroversão/ introversão	403	6	24	14.14	3.26	23.0	-0.950	-0.230	0.000
Neuroticismo/ estabilidade	403	6	22	12.32	3.34	27.11	1.581	-2.621	0.00	

#### Relação entre o género e personalidade

Estudamos a relação entre a personalidade e o género, tendo-se realizado para o efeito o teste de UMW. Denota-se que os participantes do género masculino são mais extrovertidos (OM =218.58), e as mulheres mais neuróticas (OM=207.31), com diferenças significativas entre sexos para o neuroticismo ( $p=0.022$ ), aferindo-se, assim, que as mulheres são mais propensas ao neuroticismo e os homens à estabilidade (cf. Tabela 25).

Tabela 25 - Relação entre o género e a personalidade

Personalidade	Género	Masculino	Feminino	UMW	p
		OM	OM		
Extroversão		218.58	199.32	8787.500	0.249
Neuroticismo		169.09	207.31	7873.000	0.022

### Relação entre a idade e a personalidade

Quanto à possível interferência da idade na personalidade dos estudantes de enfermagem, em conformidade com os resultados da análise de variância (teste One-Way Anova), apuramos a sua relação de dependência. Assim, no que respeita à extroversão notamos que os estudantes com idade igual ou inferior a 20 anos revelam uma personalidade mais extrovertida ( $M=14.87\pm 3.107$  dp) e mais estável ( $M=12.83\pm 3.234$  dp) e os mais velhos tendem mais para a introversão e neuroticismo (cf. Tabela 26).

Tabela 26 - Relação entre a idade e a personalidade

Idade	<= 20 anos		21-22 anos		>= 23 anos		f	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Extroversão	14.87	3.107	13.73	3.245	13.65	3.318	6.483	0.002
Neuroticismo	12.83	3.234	12.42	3.475	11.62	3.243	4.802	0.009

### 2.1.2. Ansiedade, Depressão e Stresse

Na Tabela 27 apresentamos as estatísticas da depressão, ansiedade e stresse. Os valores mínimos são de 0 (zero) para todas as subescalas e o máximo oscila entre os 20 na ansiedade e 21 na depressão e stresse. Porém, os índices médios são ligeiramente mais elevados para o stresse ( $média= 6.86\pm 4.60$  dp) e ansiedade ( $média= 6.07\pm 3.70$  dp) quando comparadas com a depressão ( $média= 4.14\pm 4.54$  dp). Os coeficientes de variação são elevados ultrapassando os 100.0% no caso da depressão, que ocorre devido ao facto de apresentar um desvio padrão superior ao valor médio. Os valores de assimetria e curtose, bem como o teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov indicam que as variáveis não apresentam uma distribuição normal, sendo estas enviesadas à esquerda e apenas platicúrtica para a depressão.

Tabela 27 – Estatísticas relativas à depressão, ansiedade e stresse segundo o género

Género	N	Min	Max	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Depressão	403	0	21	4.14	4.54	109.66	11.606	7.123	0.000
Ansiedade	403	0	20	6.07	3.70	60.95	6.688	2.061	0.000
Stress	403	0	21	6.86	4.60	67.05	4.655	0.102	0.000

Estudamos a relação entre os níveis de depressão, ansiedade e stresse em função do género e idade, Os resultados do teste U de Mann-Whitney mostram que a variável género não interfere estatisticamente nos participantes da amostra ao apresentar significâncias superiores a 0.05. Ao fazer-se a análise pela ordenação média, constatamos que são os estudantes do género feminino que apresentam índices mais elevados nas três subescalas, aferindo-se assim que são mais depressivas, ansiosas e stressadas (cf. Tabela 28).

Tabela 28 – Relação entre o género e depressão, ansiedade e stresse

Depressão, ansiedade e stresse	Género	Masculino	Feminino	UMW	p
	OM	OM			
Depressão		196.46	202.89	9405.500	0.698
Ansiedade		188.87	204.12	8980.500	0.361
Stresse		181.18	205.36	8550.000	0.148

Quanto à idade, os resultados da análise da variância a um fator (cf. Tabela 29) demonstram significância estatística nas três subescalas com níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stresse nos estudantes com idade inferior ou igual aos 20 anos. O teste Post Hoc Tukey indica-nos que as diferenças se situam para a depressão entre os estudantes com idade igual ou inferior a 20 anos e superior ou igual a 23 anos ( $p=0.000$ ) e os de idade entre 21-22 anos e superior ou igual a 23 anos ( $p=0.033$ ); para a ansiedade e stresse, encontram-se significâncias estatísticas entre os de idade igual ou inferior a 20 anos e superior ou igual a 23 anos com probabilidade igual ( $p=0.000$ ).

Tabela 29 – Relação entre a idade e depressão, ansiedade e stresse

Idade	<= 20 anos		21-22 anos		>= 23 anos		f	p	% V. E
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Depressão	5.12	5.12	4.27	4.42	2.85	3.51	9.200	0.000	4.39
Ansiedade	6.89	3.94	6.06	3.57	6.07	3.70	8.443	0.000	4.05
Stresse	7.94	4.69	6.79	4.56	5.63	4.21	9.227	0.000	4.41

### 2.1.3. Bem-estar subjetivo

O bem-estar subjetivo, como já referimos, comporta os afetos positivos, negativos e o balanço afetivo, resultante da diferença entre os afetos positivos e negativos. Na Tabela 30 encontramos as estatísticas que apresentam para os afetos positivos e negativos um índice mínimo de 10 e um máximo de 50 com médias e desvios padrão respetivamente de (média=30.09±8.15 dp) e (média=18.01±6.90 dp). Para o balanço afetivo, os índices mínimos e máximos oscilam entre -35 e 40 (média=12.07±10.98 dp). Os valores de assimetria e curtose revelam que apenas para os afetos negativos se encontram curvas platicúrticas e enviesadas à esquerda. O teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov apresenta significância estatística aferindo-se daí que a distribuição não é normal e o coeficiente de variação apresenta dispersão elevada para o balanço afetivo e afetos negativos e moderada para os afetos positivos.

Tabela 30 – Estatísticas relativas ao bem-estar subjetivo e género

Género	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Afetos positivos	403	10	50	30.09	8.15	27.08	-1.229	-2.329	0.001
Afetos negativos	403	10	40	18.01	6.90	38.31	10.229	6.938	0.000
Balanço afetivo	403	-35	40	12.07	10.98	90.96	3.303	2.810	0.048

Analizamos a relação entre o bem estar subjetivo e o género. Analisando a Tabela 31, notamos que os homens tendem para índices mais elevados no que tange aos afetos positivos (OM=216.63) e balanço afetivo (OM=216.42), quando comparados com as mulheres, que mostram índices mais elevados no afeto negativo (OM=202.18) mas as diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 31 – Relação entre o género e bem-estar subjetivo

Personalidade	Género	Masculino	Feminino	UMW	p
		OM	OM		
Afetos positivos		216.63	199.64	8896.500	0.311
Afetos negativos		200.90	202.18	9654.500	0.939
Balanço afetivo		216.42	199.67	8908.500	0.318

No que concerne à idade os resultados do teste One-Way Anova demonstram que os participantes no estudo com idade inferior ou igual a 20 anos apresentam índices médios mais elevados para os afetos positivos e negativos, enquanto o balanço afetivo é mais elevado nos de idade superior a 22 anos, mas somente encontra significância estatística para os afetos negativos (cf. Tabela 32). Localizados

pelos testes Post Hoc de Tukey entre os de idade  $\leq 20$  anos vs  $\geq 23$  anos ( $p=0.000$ ) e entre os de 21-22 anos vs  $\geq 23$  anos ( $p=0.014$ ).

Tabela 32 - Relação entre a idade e bem-estar subjetivo

Personalidade	Idade $\leq 20$ anos		21-22 anos		$\geq 23$ anos		f	p	% V. E
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Afetos positivos	30.70	8.16	29.73	8.15	29.69	8.16	0.696	0.499	0.34
Afetos negativos	19.33	7.15	18.45	6.80	16.03	6.25	8.721	0.000	4.17
Balanco afectivo	11.36	10.94	11.28	11.25	13.66	10.70	1.991	0.138	0.98

#### 2.1.4. Sonolência diurna

Apresentamos na Tabela 33 as estatísticas da sonolência diurna avaliada através da escala de Epworth. Para a globalidade da amostra, os índices são de 0 (zero) e o máximo de 22 com uma média de 8.37 (4.65 dp). No sexo masculino e feminino os valores mínimos foram de 0 (zero) mas o máximo de 19 e 22 respetivamente. Os coeficientes de variação apontam para dispersões elevadas e os valores de assimetria e curtose para curvas normocurticas e tendência para enviesamento à direita no sexo feminino e globalidade da amostra.

Tabela 33 – Estatísticas da sonolência diurna

Género	IMC								
	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	56	0.0	19	8.25	5.06	61.3	1.018	-1.004	0.200
Feminino	347	0.0	22	8.37	4.65	55.5	3.068	-0.724	0.000
Total	403	0.0	22	8.35	4.70	56.2	3.163	-1.106	0.000

Reportando-nos à relação entre o género e a sonolência diurna, os resultados do Teste de U-Mann de Whitney revelam que as mulheres ostentam maior sonolência diurna mas não foram encontradas significância estatística ( $p=0.822$ ) (cf. Tabela 34) o que nos indica que o género não influencia a sonolência diurna.

Tabela 34 - Relação entre o género e sonolência diurna

Sonolência diurna	OM	UMW	p
Masculino	198.75	9534.000	0.822
Feminino	202.52		

No concernente à idade, os resultados da análise de variância indicam que não há significância estatística ( $p=0.072$ ). Os valores médios mostram que os estudantes com idade igual ou inferior a 20 anos são os que revelam mais sonolência diurna

( $M=9.00\pm 4.400$  dp), seguindo-se dos estudantes na faixa etária dos 21-22 anos ( $M=8.20\pm 5.134$  dp) (cf. Tabela 35).

Tabela 35 - Análise de variância entre sonolência diurna e idade

Idade	Média	Dp	f	p	% V.E.
<= 20 anos	9.00	4.40	2.652	0.072	1.30
21-22 anos	8.20	5.13			
>= 23 anos	7.73	4.59			

A Tabela 36 contém a classificação da sonolência diurna, normalizada segundo os critérios definidos pelo autor da escala. Dos resultados obtidos afere-se que a maioria dos participantes do género masculino (42.9%) e do género feminino (43.5%) revelam uma sonolência diurna normal, o que perfaz 43.4% da amostra total. A fraca sonolência também é expressiva, representando 25% dos estudantes do género masculino e 27.4% dos estudantes do género feminino. Entre os grupos as diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=0.877$ ;  $p=0.831$ ).

Tabela 36 – Classificação da sonolência diurna

Classificação	Género		Feminino		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	Masculino		Nº	%	Nº	%	1	2		
Normal	24	42.9	151	43.5	175	43.4	-0.1	0.1	0.877	0.831
Fraca sonolência	14	25.0	95	27.4	109	27.0	-0.4	0.4		
Moderada sonolência	11	19.6	68	19.6	79	19.6	0.0	-0.0		
Severa sonolência	7	12.5	33	9.5	40	9.9	0.9	-0.0		
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>	<b>347</b>	<b>100.0</b>	<b>403</b>	<b>100.0</b>				

### 2.1.5. Qualidade do sono

Na determinação da qualidade de sono da amostra foi utilizado o índice de qualidade de sono de Pittsburgh h que, como abordado no capítulo da metodologia, avalia a qualidade subjetiva de sono, a latência de sono, a duração do sono, a eficiência de sono global, as perturbações do sono, o uso de medicação hipnótica, a disfunção diurna e o índice global de sono. Iremos inicialmente proceder à caracterização de cada uma destas componentes do sono em função do género e idade, para, posteriormente, procedermos à análise da qualidade do sono.

### Qualidade subjetiva do sono

Os resultados da Tabela 37 revelam que a maioria dos homens (73.2%) e percentagem próxima das mulheres (70.0%) apresentam uma qualidade subjetiva de sono bastante boa não se registando contudo diferenças estatísticas significativas

Tabela 37 – Qualidade subjetiva do sono e género

Qualidade subjetiva do sono	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bastante boa	41	73.2	243	70.0	284	70.5
Bastante má	15	26.8	104	30.0	119	29.5
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>	<b>347</b>	<b>100.0</b>	<b>403</b>	<b>100.0</b>

No referente à idade, apuramos que, em todos os grupos etários constituídos, prevalecem os participantes no estudo com uma qualidade de sono bastante boa, sem se registar diferenças significativas ( $p > 0.05$ ). Todavia, no que se refere à qualidade de sono bastante má, sobressaem os estudantes com idade inferior ou igual a 20 anos (31.6%) (cf. Tabela 38).

Tabela 38 – Qualidade subjetiva do sono e idade

Qualidade subjetiva sono	<= 20 anos		21-22 anos		>= 23 anos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bastante boa	106	68.4	86	72.30	92	71.30	284	70.5
Bastante má	49	31.6	33	27.70	37	28.70	119	29.5
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100.0</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	<b>129</b>	<b>100.0</b>	<b>403</b>	<b>100.0</b>

### Latência do sono

Conforme os dados expressos na Tabela 39, quer para os homens (39.3%), quer para as mulheres (41.5%), a maior percentagem, referem que demoram entre 16-30 minutos a adormecer. Considera-se também significativo os 30.4% dos homens que demoram entre 31-60 minutos a adormecer, e os 28.0% das mulheres que afirmam demorar a adormecer até 15 minutos.

Tabela 39 – Latência do sono e género

Latência sono	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 0 = a 15 minutos	16	28.6	97	28.0	113	28.0
16-30 minutos	22	39.3	144	41.5	166	41.2
31-60 minutos	17	30.4	72	20.7	89	22.1
> 60 minutos	1	1.8	34	9.8	35	8.7
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>	<b>347</b>	<b>100.0</b>	<b>403</b>	<b>100.0</b>

Quanto aos resultados da latência do sono em função da idade, verifica-se que, em todos os grupos etários constituídos, sobressaem os estudantes que demoram entre 16-30 minutos a adormecer, seguindo-se, em termos de representatividade, os estudantes que mencionam demorar a adormecer cerca de 15 minutos (cf. Tabela 40).

Tabela 40 – Latência do sono e idade

Idade	<= 20 anos		21-22 anos		>= 23 anos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Latência do sono								
< 0 = a 15 minutos	40	25.8	30	25.2	43	33.3	113	28.0
16-30 minutos	62	40.0	54	45.4	50	38.8	166	41.2
31-60 minutos	39	25.2	22	18.5	28	21.7	89	22.1
> 60 minutos	14	9.0	13	10.9	8	6.2	35	8.7
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100.0</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	<b>129</b>	<b>100.0</b>	<b>403</b>	<b>100.0</b>

### Duração do sono

A duração do sono para os estudantes de enfermagem ocorre entre 6 a 7 horas para 61.5% da globalidade da amostra contribuindo para este percentual os 57.1%, do género masculino e os 62.2% do género feminino. Regista-se porém 21.9% dos estudantes com duração de sono superior a 7 horas com maior prevalência (21.9%) entre as mulheres (cf. Tabela 41). O teste de qui quadrado não evidencia significância estatística.

Tabela 41 – Duração do sono e género

Duração do sono	Género		Total			
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
> 7 horas	10	17.9	76	21.9	86	21.3
6- 7 horas	32	57.1	216	62.2	248	61.5
5 – 6 horas	8	14.3	46	13.3	54	13.4
< 5 horas	6	10.7	9	2.6	15	3.7
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>	<b>347</b>	<b>100.0</b>	<b>403</b>	<b>100.0</b>

Quando analisamos os resultados em função da idade denota-se que, em todos os grupos etários constituídos, prevalecem os estudantes que referem ter uma duração de sono entre 6-7 horas, seguindo-se-lhes os participantes com uma duração de sono superior a 7 horas com significância a 10% entre os grupos em estudo (cf. Tabela 42).

Tabela 42 – Duração do sono e idade

Idade	<= 20 anos		21-22 anos		>= 23 anos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Duração do sono								
> 7 horas	35	22.6	28	23.5	23	17.8	86	21.3
6-7 horas	100	64.5	69	58.0	79	61.2	248	61.5
5-6 horas	15	9.7	21	17.6	18	14.0	54	13.4
< 5 horas	5	3.2	1	0.8	9	7.0	15	3.7
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100.0</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	<b>129</b>	<b>100.0</b>	<b>403</b>	<b>100.0</b>

### Eficiência do sono

No referente à eficiência do sono, constatamos que nos estudantes do género masculino (67.9%), e nos estudantes do género feminino (66.6%) prevalecem os que consideram que o seu sono tem uma eficiência superior a 85%, sendo também relevante os 23.2% dos homens que apresentam uma eficiência entre 75-84% sem significância estatística entre os grupos (cf. Tabela 43).

Tabela 43 – Eficiência do sono e género

Eficiência do sono	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
> 85%	38	67.9	231	66.6	269	66.7
75-84%	13	23.2	61	17.6	74	18.4
65-74%	4	7.1	36	10.4	40	9.9
< 65%	1	1.8	19	5.5	20	5.0
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>	<b>347</b>	<b>100.0</b>	<b>403</b>	<b>100.0</b>

No referente à idade os resultados mostram que, em todos os grupos etários constituídos, prevalecem os estudantes que referem que o seu sono tem uma eficácia superior a 85%, seguindo-se-lhes os que avaliam o seu sono com uma eficácia de 75-84% (cf. Tabela 44) mas sem significância estatística entre grupos.

Tabela 44 – Eficiência do sono e idade

Idade	<= 20 anos		21-22 anos		>= 23 anos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Duração do sono								
> 85%	108	69.7	81	68.1	80	62.0	269	66.7
75-84%	29	18.7	19	16.0	26	20.2	74	18.4
65-74%	14	9.0	13	10.9	13	10.1	40	9.9
< 65%	4	2.6	6	5.0	10	7.8	20	5.0
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100.0</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	<b>129</b>	<b>100.0</b>	<b>403</b>	<b>100.0</b>

### Perturbação do sono e género

A Tabela 45 apresenta a prevalência das perturbações do sono. Apuramos que cerca de oito em cada dez estudantes do género masculino, e sete em cada dez do feminino, tiveram perturbações de sono “menos de uma vez por semana”. No grupo das mulheres, é igualmente revelante referenciar-se os 19.6% das que mencionam ter

perturbações do sono uma ou duas vezes por semana. Entre os grupos verifica-se a existência de diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2=9.242$ ;  $p=0.026$ ).

Tabela 45 – Perturbação do sono e género

Perturbações do sono	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhuma vez no último mês	6	10.7	17	4.9	23	5.7
Menos de uma vez por semana	47	83.9	260	74.9	307	76.2
Uma ou duas vezes por semana	3	5.4	68	19.6	71	17.6
Três ou mais vezes por semana	-	0.0	2	0.6	2	0.5
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>	<b>347</b>	<b>100.0</b>	<b>403</b>	<b>100.0</b>

Para a idade os resultados mostram que, em todos os grupos etários prevalecem os estudantes que admitem que tiveram “menos de uma vez por semana” perturbações do sono, sendo igualmente relevante os que mencionam “uma ou duas vezes por semana” perturbações do sono, não se evidenciando porém significâncias estatísticas (cf. Tabela 46).

Tabela 46 – Perturbação do sono e idade

Perturbação sono	<= 20 anos		21-22 anos		>= 23 anos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhuma último mês	9	5.8	9	7.6	5	3.9	23	5.7
Menos de uma vez semana	118	76.1	88	73.9	101	78.3	307	76.2
Uma ou duas vezes semana	26	16.8	22	18.5	23	17.8	23	17.6
Três ou mais vezes semana	2	1.30	-	0.00	-	0.00	2	0.5
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100.0</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	<b>129</b>	<b>100.0</b>	<b>403</b>	<b>100.0</b>

### Uso de medicação hipnótica e género

Verifica-se pela Tabela 47 que quer a grande a maioria dos estudantes do género masculino (94.6%), quer dos estudantes do género feminino (87.9%) refere não usar qualquer medicamento hipnótico no último mês.

Tabela 47 – Uso de medicação hipnótica e género

Uso de medicação	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhuma vez no último mês	53	94.6	305	87.9	358	88.8
Menos de uma vez por semana	3	5.4	22	6.3	25	6.2
Uma ou duas vezes por semana	-	0.0	10	2.9	10	2.5
Três ou mais vezes por semana	-	0.0	10	2.9	10	2.5
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>	<b>347</b>	<b>100.0</b>	<b>403</b>	<b>100.0</b>

### Uso de medicação hipnótica e idade

A análise dos resultados indica que, em todos os grupos etários constituídos, prevalecem, com valores percentuais elevados, os estudantes que admitem nunca ter recorrido no último mês a qualquer medicação hipnótica (cf. Tabela 48).

Tabela 48 – Uso de medicação hipnótica e idade

Idade	<= 20 anos		21-22 anos		>= 23 anos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Uso de medicação								
Nenhuma vez último mês	144	92.9	105	88.2	109	84.5	358	88.8
Menos de uma vez semana	7	4.5	9	7.6	9	7.0	25	6.2
Uma ou duas vezes semana	3	1.9	2	1.7	5	3.9	10	2.5
Três ou mais vezes semana	1	0.6	3	2.5	6	4.7	10	2.5
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100.0</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	<b>129</b>	<b>100.0</b>	<b>403</b>	<b>100.0</b>

### Disfunção diurna e género

Constata-se que a grande maioria dos homens (58.9%), e das mulheres (49.0%) referem ter tido menos de uma vez por semana disfunção diurna, sendo também significativo o valor percentual encontrado para os homens (23.2%) que referem nunca ter tido qualquer disfunção diurna no último mês. Ressalva-se ainda que 22.2% das mulheres alude que teve uma ou duas vezes por semana disfunção diurna (cf. Tabela 49).

Tabela 49 – Disfunção diurna e género

Disfunção diurna	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhuma vez no último mês	13	23.2	8	23.1	21	6.3
Menos de uma vez por semana	33	58.9	170	49.0	203	61.3
Uma ou duas vezes por semana	7	12.5	77	22.2	84	25.4
Três ou mais vezes por semana	3	5.4	20	5.8	23	6.9
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>	<b>347</b>	<b>100.0</b>	<b>403</b>	<b>100.0</b>

### Disfunção diurna e idade

A análise dos resultados indica que, em todos os grupos etários constituídos, sobressaem, com valores percentuais elevados, os estudantes que admitem ter tido menos de uma vez por semana disfunção diurna. Importa referir que 23.2% dos estudantes com idade igual ou inferior a 20 anos admitem ter tido uma ou duas vezes por semana disfunção diurna, sendo esta uma situação semelhante a 26.1% dos estudantes na faixa etária dos 21-22 anos. Também 26.1% dos participantes com idades compreendidas entre os 21-22 anos referem nunca ter tido qualquer disfunção

diurna no último mês, tal como 29.5% dos participantes que têm idade igual ou superior a 23 anos. Encontrou-se diferença estatisticamente significativa ( $p=0.002$ ) (cf. Tabela 50).

Tabela 50 – Disfunção diurna e idade

Idade	<= 20 anos		21-22 anos		>= 23 anos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhuma vez último mês	24	15.5	31	26.1	38	29.5	93	23.1
Menos de uma vez semana	80	51.6	52	43.7	71	55.0	203	50.4
Uma ou duas vezes semana	36	23.2	31	26.1	17	13.2	84	20.8
Três ou mais vezes semana	15	9.7	5	4.2	3	2.3	23	5.7
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100.0</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	<b>129</b>	<b>100.0</b>	<b>403</b>	<b>100.0</b>

### Índice da qualidade de sono

O índice global apresenta uma cotação mínima de 0 e um máximo de 19 com um valor médio de  $6.34 \pm 2.834$  dp. Os valores de assimetria e curtose revelam curvas leptocurticas e enviesadas à esquerda e o teste de aderência à normalidade (Kolmogorov-Smirnov).

Para os estudantes do género masculino os dados revelam um índice mínimo de 2.00 e um máximo de 10.00, resultando numa média de  $5.92 \pm 1.943$  dp e no género feminino, o mínimo é de 1.00 e o máximo de 17.00, com o valor médio de  $6.40 \pm 2.950$  dp. Assim, constatamos que os homens são os que revelam melhor qualidade de sono, atendendo que à menor pontuação corresponde melhor qualidade de sono. O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal e os valores de assimetria e curtose, indiciam curvas normocúrticas e enviesadas à esquerda, enquanto os coeficientes de variação apontam para uma dispersão alta em relação aos valores médios obtidos (cf. Tabela 51).

Tabela 51 – Estatísticas descritivas relativas à qualidade do sono

Qualidade do sono	Min	Max	Média	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	2.00	10.00	5.92	1.943	32.82	3.76	-0.001	0.019
Feminino	1.00	17.00	6.40	2.950	46.09	6.54	2.32	0.000
<b>Índice qualidade sono</b>	<b>1.00</b>	<b>17.00</b>	<b>6.34</b>	<b>2.834</b>	<b>0.44</b>	<b>7.16</b>	<b>3.26</b>	<b>0.158</b>

Na Tabela 52 apresentamos a classificação da qualidade de sono dos participantes do estudo em função dos pontos de corte preconizados pelos autores da escala. Nesta conformidade, a prevalência de uma boa qualidade de sono cifra-se nos 26.1%, com percentagens de 23.2% e 26.5%, respetivamente para o género masculino e feminino. Com má qualidade de sono encontramos 76.8% dos homens e 73.5% das mulheres. As diferenças entre grupos não é estatisticamente significativa.

Tabela 52 – Qualidade do sono e género

Qualidade do sono	Masculino		Feminino		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Boa qualidade	13	23.2	92	26.5	105	26.1	-0.5	.05	0.272	0.602
Má qualidade	43	76.8	255	73.5	298	73.9	0.5	-.05		
Total	56	100.0	347	100.0	403	100.0				

Analisando os resultados em função da idade, observamos que em todas as faixas etárias, prevalecem os estudantes que admitem ter má qualidade de sono, destacando-se com maior percentual (74.2%) os estudantes com idade inferior ou igual a 20 anos, mas entre as variáveis em estudo as diferenças não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 53).

Tabela 53 – Qualidade do sono e idade

Índice qualidade de sono	<= 20 anos		21-22 anos		>= 23 anos		Total		$\chi^2$	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Boa qualidade	40	25.8	31	26.1	34	26.4	105	26.1	0.011	0.994
Má qualidade	115	74.2	88	73.9	95	73.6	298	73.9		
Total	155	100.0	119	100.0	129	100.0	403	100.0		

### Em síntese

- os estudantes do género masculino apresentam uma média superior em relação à extroversão ( $M=218.58$ ), enquanto as mulheres se revelam mais neuróticas ( $M=207.31$ );

- os estudantes com idade igual ou inferior a 20 anos revelarem uma personalidade mais extrovertida ( $M=18.87 \pm 3.107$  dp), enquanto os participantes com idades iguais ou superiores aos 20 anos demonstram uma personalidade mais neurótica ( $M=12.83 \pm 3.234$  dp);

- na globalidade, são os estudantes do género feminino que apresentam médias mais elevadas na depressão ( $M=202.89$ ), na ansiedade ( $M=204.12$ ) e no stress (M=205.26);

- os estudantes com idade inferior ou igual aos 20 anos revelam-se mais deprimidos, ansiosos e stressados;

- os homens têm médias mais elevadas no afeto positivo ( $M=216.63$ ) e no balanço afetivo ( $M=216.42$ ), quando comparados com as mulheres, que apresentam a média mais elevada no afeto negativo ( $M=202.18$ );

- os estudantes com idade igual ou inferior a 20 anos revelarem um afeto negativo mais elevado ( $M=19.33 \pm 7.159$  dp), contrariamente aos participantes com idade igual ou superior a 23 anos ( $M=16.03 \pm 6.259$  dp);

- as mulheres apresentam mais sonolência diurna ( $M=202.52$ ) do que os homens;
- os estudantes com idade igual ou inferior a 20 anos são os que revelam mais sonolência diurna ( $M=9.00\pm 4.400$  dp), seguindo-se os estudantes na faixa etária dos 21-22 anos ( $M=8.20\pm 5.134$  dp);
- a maioria dos homens (42.9%) e das mulheres (43.9%) revela uma sonolência diurna normal;
- a maioria dos homens (73.2%) tem uma qualidade de sono subjetiva bastante boa, bem como as mulheres (70.0%);
- sobressaem os estudantes com idade inferior ou igual a 20 anos (31.6%) com uma qualidade de sono bastante má;
- quer os homens (39.3%), quer as mulheres (41.5%), na sua maioria, demoram entre 16-30 minutos a adormecer;
- predominam os estudantes que referem demorar entre 16-30 minutos a adormecer, independentemente do grupo etário;
- quer nos estudantes do género masculino (57.1%), quer nos estudantes do género feminino (62.2%), prevalecem os que o seu sono tem uma duração entre 6-7 horas;
- em todos os grupos etários constituídos, predominam os estudantes que referem ter uma duração de sono entre 6-7 horas;
- quer nos estudantes do género masculino (67.9 %), quer nos estudantes do género feminino (66.6%) sobressaem os que consideram que o seu sono tem uma eficácia de >85%;
- em todos os grupos etários constituídos, prevalecem os estudantes que referem que o seu sono tem uma eficácia >85%;
- quer nos estudantes do género masculino (93.9%), quer nos estudantes do género feminino (74.9%) sobressaem os que referem não ter tido nenhuma vez, no último mês, perturbações do sono;
- em todos os grupos etários constituídos, predominam os estudantes que admitem ter menos de uma vez por semana perturbações do sono;
- quer a grande maioria dos estudantes do género masculino (94.6%), quer dos estudantes do género feminino (87.9%) refere não usar qualquer medicamento hipnótico no último mês;
- em todos os grupos etários constituídos, prevalecem os estudantes que admitem nunca ter recorrido no último mês a qualquer medicação hipnótica;
- a grande maioria dos homens (58.9%) e das mulheres (49.0%) refere ter tido menos de uma vez por semana disfunção diurna;

- em todos os grupos etários constituídos, sobressaem os estudantes que admitem ter tido menos de uma vez por semana disfunção diurna;
- quer os homens (76.8%), quer as mulheres (73.5%) referem ter má qualidade do sono no global;
- em todas as faixas etárias, predominam os estudantes que admitem ter má qualidade de sono.

## 2.2. Análise inferencial

Após a caracterização da amostra face às diversas variáveis em estudo, neste subcapítulo, procederemos à análise inferencial, com a finalidade de darmos resposta às questões de investigação formuladas.

Assim, a primeira questão procurava saber que variáveis sociodemográficas e de contexto escolar têm repercussão na qualidade do sono dos estudantes de enfermagem.

### 2.2.1. Relação entre qualidade do sono e variáveis sociodemográficas e de contexto escolar

#### Relação entre a qualidade do sono e variáveis sociodemográficas

Para o estudo das variáveis sociodemográficas com a qualidade do sono, utilizamos a análise de variância a um fator para a idade, o teste U de Mann-Whitney na análise da relação do género, zona de residência, coabitação, e atividade remunerada, e o teste de Kruskal Wallis para o IMC (cf. Tabela 54).

Assim, dos resultados obtidos para a idade, afere-se que não há diferenças significativas ( $f=0.026$ ;  $p=0.974$ ) entre os grupos. Contudo, os índices médios condizentes com pior qualidade de sono tendem para os estudantes com idade igual ou inferior a 20 anos ( $M=6.38 \pm 2.780$  dp) e os que pressupõe melhor qualidade de sono são os estudantes com idade igual ou superior a 23 anos. Dada a inexistência de significância estatística não se realizaram os testes *Post Hoc Tukey*.

Tabela 54 - Relação entre a qualidade do sono e idade

Idade	Média	Dp	f	p
<= 20 anos	6.38	2.780		
21-22 anos	6.33	3.04	0.026	0.974
>= 23 anos	6.30	2.83		

Assim, no que se refere ao género, os resultados mostram-nos que as raparigas têm pior qualidade de sono, mas as diferenças não são significativas ( $p=0.817$ ), inferindo-se, portanto, que o sexo não tem influência a qualidade do sono.

Analisamos também a relação entre a qualidade de sono e o local de residência. De acordo com os resultados do teste U de Mann-Whitney, afere-se da inexistência de diferenças ( $p=0.767$ ), embora a ordenação média tenda a que os estudantes a residir na zona urbana possuem melhor qualidade do sono.

Procurou-se saber se a variável coabitação influenciava a qualidade do sono dos estudantes de enfermagem, tendo-se verificado que não há diferença estatisticamente significativa ( $p=0.247$ ). Os estudantes que coabitam com os familiares, durante o tempo de aulas, são os que revelam ter mais qualidade do sono, atendendo ao valor médio registado (OM=193.75).

A análise dos dados indica que o facto de os estudantes terem ou não atividade remunerada não interfere na sua qualidade de sono ( $p=0.415$ ). Através da ordenação média, constata-se que os alunos com atividade remunerada são os que revelam ter melhor qualidade de sono (OM=193.99).

A análise dos dados demonstra que não há diferença estatisticamente significativa no que se refere à interferência do IMC na qualidade de sono dos participantes do estudo ( $p=0.714$ ). Constata-se que os estudantes com baixo peso são os que revelam melhor qualidade de sono (OM=190.50), seguindo-se os com obesidade (cf. Tabela 55).

Tabela 55 – Relação entre a qualidade do sono e género

Variáveis	OM	UMW	p
<b>Género</b>			
Masculino	198.68	9530.000	0.817
Feminino	202.54		
<b>Zona residência</b>			
Rural	204.05	19296.500	0.767
Urbana	200.58		
<b>Coabitação</b>			
Sozinho	228.52	2.798	0.247
Amigos/colegas	209.23		
Familiares	193.75		
<b>Atividade remunerada</b>			
Não	204.75	14625.000	0.415
Sim	193.99		
<b>IMC</b>		$\chi^2$	
Baixo peso	190.50	1.363	0.714
Peso normal	200.08		
Pré-obesidade	216.25		
Obesidade	196.53		

### Relação entre a qualidade do sono e variáveis de contexto acadêmico

A análise da ordenação média mostra que são os estudantes inscritos no 4º ano de enfermagem que apresentam melhor qualidade de sono, seguindo-se os da pós-graduação/mestrado. Com menor qualidade de sono, encontram-se os alunos do 1º ano (cf. Tabela 56), mas as diferenças não são significativas, o que demonstra a relação de independência entre as variáveis em estudo.

Tabela 56 - Relação entre a qualidade do sono e o ano em que está inscrito

Ano em que está inscrito	OM	$\chi^2$	p
1º ano	219.74	4.477	0.345
2º ano	204.85		
3º ano	211.34		
4º ano	188.26		
Pós graduação/mestrado	190.39		

Com base na ordenação média, apuramos que os estudantes que se deslocam para a escola em veículo motorizado são os que revelam ter melhor qualidade de sono (M=6.24). Verificamos, contudo, que não influencia a qualidade de sono dos estudantes de enfermagem (p=0.346). (cf. Tabela 57).

Tabela 57 - Relação entre a qualidade do sono e o modo de deslocação para a escola

Deslocação de casa/escola	Média Dp		Leven,s p	t	p
	A pé	6.52	2.865	0.586	0.944
Veículo motorizado	6.24	2.875			

Finalmente, para o estatuto de bolsheiro, notamos pelas ordenações médias que os estudantes não bolsheiros são os que revelam ter melhor qualidade de sono, mas as diferenças entre grupos não são significativas (cf. Tabela 58).

Tabela 58 - Relação entre a qualidade do sono e estatuto de bolsheiro

Estatuto de bolsheiro	OM	UMW	p
Não	199.54	18128.000	0.570
Sim	206.34		

### **2.2.2. Regressão linear múltipla entre o índice da qualidade do sono e as variáveis sociodemográficas, psicológicas e sonolência diurna**

A segunda e terceira questões de investigação procuravam saber qual a influência das variáveis de contexto psicológico na qualidade de sono dos estudantes de enfermagem e a relação da sonolência diurna com a qualidade do sono dos estudantes de enfermagem. Para o efeito, efetuamos uma regressão linear múltipla, uma vez que este é o método mais usado para as análises multivariadas, nomeadamente quando se estuda mais do que uma variável independente de natureza quantitativa em simultâneo e uma variável dependente igualmente quantitativa. Para além das variáveis de contexto psicológico (bem-estar subjetivo e personalidade) da variável relacionada com o sono (sonolência diurna), foram ainda introduzidas duas variáveis sociodemográficas nomeadamente a variável sexo e a idade dada a importância que as mesmas apresentam na qualidade do sono. A variável sexo foi transformada em variável muda assumindo os seguintes valores 1 (masculino) e 0 (feminino).

O método de estimação usado foi o de stepwise (passo a passo) que originam tantos modelos quantos os necessários até se obter as variáveis que são preditoras da variável dependente. Expostas estas considerações, passamos a analisar os resultados.

As correlações que as variáveis independentes estabelecem com a qualidade do sono, oscilam entre o fraco e o razoável registando-se o maior valor correlacional com o neuroticismo. Com a idade, sexo, extroversão, afetos positivos e diferença de afetos verificamos uma associação inversa e direta com as restantes. Apenas na idade, sexo e IMC não são encontradas significâncias estatísticas. Os rácios críticos indicam que apenas as variáveis extroversão ( $p=0.011$ ) neuroticismo ( $p=0.000$ ) sonolência diurna ( $p=0.000$ ) e ansiedade ( $p=0.004$ ) se revelaram significativas. (cf. Tabela 59).

Tabela 59 - Correlação de Pearson e rácios críticos entre o ndice da qualidade de sono e variáveis independentes

Variáveis	Correlação		Rácio crítico		r <sup>2</sup>
	r	p	CR	p	
Idade	-0.043	0.195	0,422	0,673	0,020
Sexo (dummy)	-0.048	0.168	0,001	0,999	0,000
IMC	0.049	0.163	0,639	0,523	0,029
Depressão	0.345	0.000	0,507	0,612	0,038
Ansiedade	0.360	0.000	2,846	0,004	0,203
Stresse	0.336	0.000	-1,098	0,272	-0,086
Extroversão	-0.131	0.004	-2,549	0,011	-0,125
Neuroticismo	0.448	0.000	6,029	***	0,347
Sonolência diurna	0.264	0.000	3,419	***	0,157
Afetos positivos	-0.139	0.003	-1,226	0,220	-0,059
Afetos negativos	0.333	0.000	-0,372	0,710	-0,027

Com efeito as quatro variáveis acima referenciadas mostraram-se preditoras da qualidade do sono, explicando no seu conjunto 26.2% da variação com a qualidade de sono, sendo a variância explicada ajustada de 25.5%. O erro padrão de regressão  2.478, correspondente  diferença entre os índices observados e estimados da qualidade do sono. O teste F é estatisticamente significativo ( $f=11.337$ ;  $p=0.001$ ) e o valor de t, uma vez que tmbm apresenta significância estatística, sugerem que estas variáveis têm poder explicativo sobre a qualidade de sono.

Com base no coeficiente padronizado beta, verifica-se que a extroversão estabelece uma relação inversa com a qualidade de sono, significando que quanto mais extrovertidos melhor a qualidade de sono dos estudantes. Por outro lado, verificamos que há relação direta com as restantes variáveis, isto é, quanto maior o neuroticismo, maior a ansiedade e maior a sonolência diurna pior a qualidade de sono uma vez que esta variável tem cotação inversa. Utilizou-se tmbm o VIF (*variance inflation factor*) com o intuito de determinar a colinearidade que é de 1.388 para o neuroticismo, 1.378 para a ansiedade, 1.027 para a extroversão e 1.142 para a sonolência diurna, sendo estes valores inferiores a 5, o que reforça que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. Tabela 60).

Termina-se com a apresentação do modelo final ajustado para a qualidade de acordo com a seguinte equação e regressão:

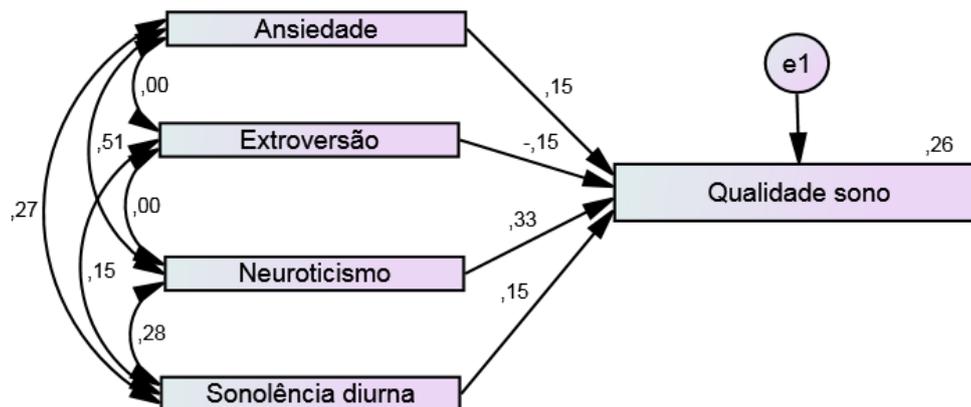
$$\text{Qualidade do sono} = 3.290 + (0.280 \text{ neuroticismo}) + 0.119 \text{ ansiedade} + 0.155 \text{ sonolência diurna} - 0.0135 \text{ extroversão}$$

Tabela 60 – Regressão múltipla entre o índice de qualidade do sono e as variáveis independentes

Variável dependente: <b>Qualidade sono</b>					
R = 0.512					
R <sup>2</sup> = 0.262					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.255					
Erro padrão da estimativa = 2.478					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0.021					
F = 11.337					
P = 0.001					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente b	Coefficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	3.290	-	4.596	0.000	-
Neuroticismo	0.280	0.326	6.435	0.000	1.388
Ansiedade	0.119	0.153	3.030	0.003	1.378
Extroversão	-.0135	-0.154	-3.523	0.000	1.027
Sonolência diurna	0.094	0.155	3.367	0.001	1.142
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	8.69.348	4	227.337	35.373	0.000
Residual	2445.397	398	6.144		
Total	3314.744	402			

A Figura 7 representa o output gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados. Neste modelo o coeficiente de regressão ou de trajetória com a qualidade de sono é para a ansiedade ( $\beta_{\text{ansiedade}} = 0.15$ ), extroversão ( $\beta_{\text{extroversão}} = -0.15$ ), neuroticismo ( $\beta_{\text{neuroticismo}} = 0.33$ ) e sonolência diurna de ( $\beta_{\text{sonolência diurna}} = 0.15$ ). O modelo explica conforme referimos anteriormente cerca de 26% da variação observada da qualidade de sono nas diferentes variáveis. Pelos valores correlacionais apuramos que entre neuroticismo vs extroversão e extroversão vs ansiedade não existe correlação. O maior valor correlacional situa-se entre o neuroticismo e ansiedade com uma percentagem de variância explicada de 26.0% e a menor entre sonolência diurna e extroversão com uma variabilidade de 2.25%

Figura 7 – Gráfico do modelo ajustado para o índice da qualidade do sono



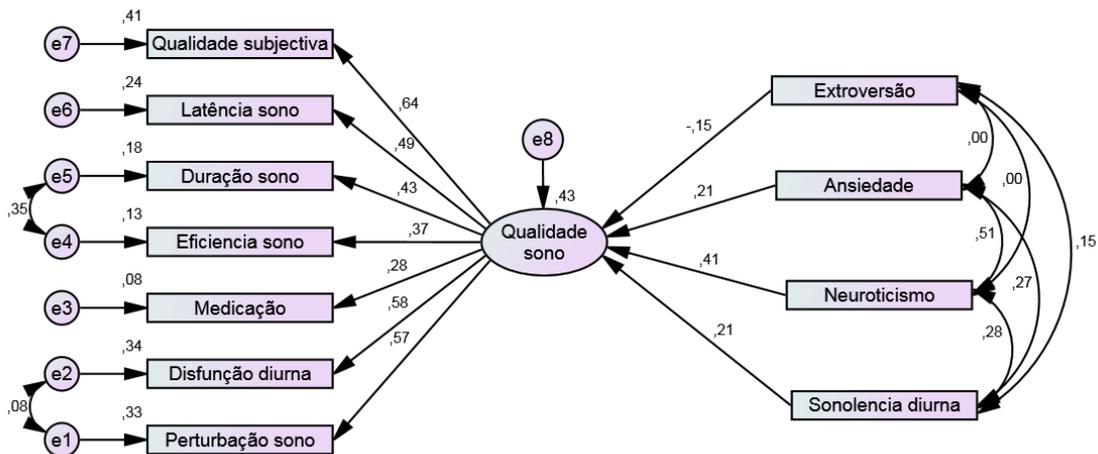
Entretanto quisemos saber como se comportavam as variáveis manifestas relacionadas com o sono e as variáveis manifestas preditoras com a variável latente qualidade de sono. Comprovamos que os rácios críticos são todos altamente significativos ( $p < 0.001$ ) exceto a trajetória qualidade de sono-extroversão, cuja probabilidade era de 0.005, conforme a Tabela 61.

Tabela 61 - Trajetória, Rácios Críticos e coeficientes standarizados do modelo final

Trajetórias		C.R.	p	$r^2$
Qualidade sono	<--- Extroversão	-2,833	0,005	-0,147
Qualidade sono	<--- Ansiedade	3,426	***	0,209
Qualidade sono	<--- Neuroticismo	6,138	***	0,414
Qualidade sono	<--- Sonolência diurna	3,695	***	0,207
Perturbação sono	<--- Qualidade sono	8,389	***	0,572
Disfunção diurna	<--- Qualidade sono	8,589	***	0,581
Medicação para dormir	<--- Qualidade sono	4,546	***	0,278
Eficiência sono	<--- Qualidade sono	5,707	***	0,365
Duração sono	<--- Qualidade sono	6,474	***	0,427
Latência sono	<--- Qualidade sono	7,185	***	0,492
Qualidade subjetiva sono	<--- Qualidade sono	8,389	***	0,640

A Figura 8 evidencia os coeficientes estandardizados Beta, onde são analisados dois modelos em simultâneo, o modelo reflexivo constituído pelas dimensões que originam a qualidade de sono e o modelo formativo resultante das variáveis preditoras. Denota-se que os coeficientes relativos às trajetórias das variáveis preditores com a variável latente sofreram um ligeiro aumento, o que se traduz também na percentagem de variância explicada da qualidade de sono que passou a ser de 43%.

Figura 8 – Modelo final da relação da qualidade do sono com as variáveis manifestas



### Em síntese:

- as mulheres têm pior qualidade de sono (OM=202.54);
- pior qualidade de sono está presente nos estudantes com idade igual ou inferior a 20 anos ( $M=6.38 \pm 2.780$  dp);
- os estudantes a residir na zona urbana possuem melhor qualidade do sono (OM=208.58);
- os participantes que coabitam com os familiares, durante o tempo de aulas revelam ter mais qualidade do sono (OM=193.75);
- os alunos com atividade remunerada são os que revelam melhor qualidade de sono (OM=193.99);
- os estudantes com baixo peso demonstram melhor qualidade de sono (OM=190.50);
- os participantes do 4º ano apresentam melhor qualidade de sono (188.26);
- os estudantes que se deslocam para a escola em veículo motorizado são os que patenteiam melhor qualidade de sono ( $M=6.24$ );
- os alunos não bolsistas mostram melhor qualidade de sono (OM=199.54);
- as correlações que as variáveis independentes estabelecem com a qualidade do sono oscilam entre o fraco e o razoável, registando-se o maior valor com o neuroticismo;
- a idade, o sexo, a extroversão e os afetos positivos estabelecem uma associação inversa com a qualidade de sono e direta com o IMC, depressão, ansiedade e stresse, neuroticismo, sonolência diurna e afetos negativos;
- os rácios críticos revelaram preditoras as variáveis extroversão ( $p=0.011$ ), neuroticismo ( $p=0.000$ ), sonolência diurna ( $p=0.000$ ) e ansiedade ( $p=0.004$ ),

- a extroversão estabelece uma relação inversa com a qualidade de sono, o que significa que os estudantes mais extrovertidos são os que revelam melhor qualidade de sono;

- há relação direta com o neuroticismo, a ansiedade e a sonolência diurna, o que significa que estudantes mais neuróticos, mais ansiosos e com maior sonolência revelam pior qualidade de sono.



### 3. Discussão

O presente capítulo contém a discussão metodológica e a discussão dos resultados, a qual é feita tendo-se em conta as questões de investigação e os objetivos inicialmente delineados.

#### 3.1. Discussão Metodológica

Desde o início da conceitualização do estudo, que uma das preocupações consistiu em desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso. A metodologia usada foi a que pareceu ser a mais correta para facilitar e tornar possível a realização deste estudo. Os procedimentos metodológicos utilizados no presente estudo foram ao encontro dos objetivos traçados, estando igualmente concordantes com as características da amostra. No entanto, durante a elaboração desta investigação confrontamo-nos com algumas dificuldades metodológicas, que se passam a descrever.

Salienta-se que o facto de o instrumento de recolha de dados ter sido preenchido através da Internet (*on line*), não necessitando da presença da investigadora, pode conduzir à subjetividade de interpretação das questões e os respondentes podem ser levados a dar respostas dirigidas mais à conduta desejável e não tanto à sua realidade. Este constrangimento poderá ter influído na forma como foram dadas essas respostas. Por outro lado, nada nos garante que tenha sido um estudante de enfermagem a responder ao questionário, o que pode trazer vieses nos resultados finais.

Outro fator prende-se com a extensão do questionário, podendo-se ter tornado exaustivo a nível de preenchimento, o que também poderá ter influenciado as respostas dadas. Ainda a este propósito importa salientar que recorreremos a instrumentos validados e adaptados para a população portuguesa, no entanto, efetuamos para todas as escalas estudos de fiabilidade (consistência interna) e análise fatorial confirmatória. Considera-se, assim, que os instrumentos de recolha de dados foram adequados ao estudo, tendo em conta as questões de investigação e respetivos objetivos.

Considera-se também uma limitação metodológica o facto de os participantes terem sido recrutados segundo um processo de amostragem não probabilística por conveniência, o que pode trazer alguns vieses nos resultados. Mesmo assim, considera-se o tamanho da amostra suficientemente elevado o que pode traduzir-se em resultados fiáveis, na medida em que a margem de erro que se pode cometer com um intervalo de confiança de 95% é de 4.88%, ainda que, como já referido, o tipo de amostragem (não probabilística), não sendo representativa, impede que se faça a generalização dos resultados a outra população de estudantes de enfermagem. O presente estudo necessita, assim, de confirmação com a realização de outros estudos no mesmo âmbito, se possível, com amostras ainda mais alargadas.

O estudo empírico, com corte transversal, descritivo e correlacional, pretendeu descrever a perceção dos participantes acerca da sua qualidade do sono e identificar a relação entre a variável dependente e independentes. Foi com base neste pressuposto que se tornou possível avaliar a eficácia preditiva de algumas variáveis em estudo sobre a qualidade do sono em estudantes de enfermagem.

O facto do presente estudo ser transversal, aponta para algumas vantagens e desvantagens metodológicas. Assim, considera-se vantajoso o facto de ser um estudo mais breve e metodologicamente menos complexo. Todavia, as desvantagens prendem-se com o aspeto da avaliação ficar centrada no momento da recolha de dados, ou seja, na perceção retrospectiva do respondente, não havendo um seguimento da problemática em estudo, o que poderia ser evitado através da realização de um estudo longitudinal. Considera-se também que há sempre limitações quando se trabalha com este tipo de instrumento de recolha de dados e com uma amostra possivelmente “saturada” em termos de aplicação de questionários.

Apesar das limitações apresentadas e algumas dificuldades inerentes, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido, o qual facultou um conhecimento mais concreto da qualidade do sono em estudantes de enfermagem, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, de contexto escolar e de contexto psicológico e do sono.

### 3.2. Discussão dos Resultados

A qualidade do sono é a principal variável em estudo. Como tal, optámos por, previamente, proceder ao seu enquadramento, de modo a melhor compreender e

---

discutir a sua variação relativamente às variáveis independentes os instrumento de recolha de dados.

A realização de investigações sobre a prevalência de má qualidade do sono de estudantes universitários é relevante, sobretudo porque acomete um contingencial significativo número de estudantes, independentemente do curso; aumenta as hipóteses para vários problemas de saúde, absentismo, diminuição da produtividade e apresenta uma estreita relação com a condição física e psicológica, resultando em stress e ansiedade (Gomes, Tavares & Azevedo, 2009; Vasconcelos et al., 2010).

Expostas estas considerações, tidas como pertinentes, passamos, de seguida, a discutir os resultados obtidos nas análises estatísticas realizadas, em corte transversal.

Ao estudarem os hábitos de sono dos estudantes de enfermagem Araújo, Frazili e Almeida (2011), constataram que a maioria era do género feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 39, anos sendo que a média de idades dos mesmos corresponde a 23 anos. No presente estudo, também se encontraram resultados semelhantes, na medida em que na nossa amostra, constituída por 403 estudantes de enfermagem, prevaleceram os estudantes do género feminino, a frequentar o 4º ano, estando a maioria das mulheres na faixa etária é inferior ou igual a 20 anos, enquanto os homens, possuem maioritariamente idades superior ou igual a 23 anos. Verificou-se também uma prevalência de estudantes solteiros, a residir, na cidade, a coabitarem com os familiares e tendo unicamente um irmão. À semelhança deste estudo, Araújo, Frazili e Almeida (2011) também apuraram que predominam estudantes de enfermagem solteiros, com residência na área urbana.

Em relação aos valores do IMC, constatou-se que há um claro predomínio de estudantes de ambos os géneros com peso normal. Independentemente do género, apurou-se que a maioria dos estudantes não possui atividade remunerada e não é bolseira, e que se deslocam para a escola num veículo motorizado. No que concerne às habilitações literárias dos pais, a maioria possui até ao 9º ano de escolaridade. A amostra deste estudo apresenta características semelhantes às de Benavente, Higashi, Silva, Guido e Costa (2014), cujos resultados mostraram que dos 151 estudantes de enfermagem, que participaram na investigação, há um predomínio do sexo feminino, com idade média de 20,93 anos e que moram com a família. Benavente et al. (2014) verificaram que os estudantes utilizam como meios de transporte, para se deslocarem de casa para a escola, em veículo motorizado.

Para analisar que determinantes estão implícitos na qualidade de sono dos estudantes de enfermagem, colocámos três questões de investigação e iremos seguidamente proceder à sua análise.

### **3.2.1. Relação entre as variáveis sociodemográficas e qualidade do sono**

Dando lugar à discussão dos resultados da primeira questão de investigação, constatou-se que nenhuma das variáveis sociodemográficas teve repercussão estatística na qualidade do sono em estudantes de enfermagem. Todavia em termos de valores médios, as mulheres revelaram pior qualidade do sono e mais sonolência diurna, comparativamente aos homens. Estes resultados estão em conformidade com a literatura, pois, segundo Rocha e De Martino (2010), uma má qualidade de sono resulta no aumento da sonolência diurna, com redução do estado de alerta. Corroboramos estes resultados com Ferreira e Martino (2013) que observaram que as estudantes de enfermagem do sexo feminino apresentam maiores perturbações do sono e um nível de sonolência diurna mais elevado do que os estudantes do género masculino.

Neste âmbito, salienta-se que os estudantes de enfermagem, de acordo com vários estudos (Araújo, Lima et al., 2013; Ratanasiripong, 2012; Schneider, Vasconcellos et al., 2010) apresentam, por norma, um padrão de sono irregular, caracterizado pela alteração do horário de início e *terminus*, que acontece mais tarde aos fins-de-semana em comparação com os horários da semana. Os mesmos autores são unânimes ao afirmarem que, durante a semana, a duração do sono é menor que aos fins-de-semana, na medida em que os estudantes passam por privações de sono durante os dias de aulas ou ensinios clínicos. Estas irregularidades podem repercutir-se negativamente na saúde dos estudantes, arrojando-se como um fator de risco, influenciando no sucesso escolar e na capacidade para a resolução de problemas.

Outro resultado a que se chegou foi que os estudantes a revelarem pior qualidade de sono são os que têm idade igual ou inferior a 20 anos, o que não está em consonância com os dados encontrados por Angelone, Mattei, Sbarbati e Di Orio (2011), que observaram que a alteração do padrão de sono é frequente, havendo predomínio de insónia e aumento da má qualidade de sono com o avançar da idade dos estudantes de enfermagem. Inclusive, neste estudo, verificamos que os estudantes com idade igual ou superior a 23 anos são os que apresentam melhor qualidade de sono. Benavente et al. (2014) referem que as exigências impostas pelas

---

atividades universitárias favorecem o aumento da ocorrência de alterações na qualidade do sono, sendo esta uma opinião partilhada por Angelone et al. (2011). Também Araújo et al. (2010) referem que com o avançar da idade há um aumento da latência e uma redução da eficiência do sono, o que não verificámos no presente estudo.

Apesar de a prevalência variar, vários estudos mostram que muitos estudantes têm 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). No grupo etário igual ou inferior aos 20 anos, uma das queixas mais comuns é a da dificuldade em iniciar o sono, sendo uma grande parte dos sujeitos afetados pela síndrome de atraso de fase do sono e experienciam a dificuldade em iniciar e em terminar o sono num horário considerado “normal”, preferindo horários de deitar mais tardios, assim como os de levantar (Millman, 2005).

Desta forma, cabe ainda referir que durante os anos de frequência universitária, sobretudo ao longo do 1º ano por representar um período de transição e adaptação, existe uma acentuada irregularidade do padrão de sono, ocorre uma diminuição da duração total do sono, bem como um atraso no seu início, resultando numa menor qualidade do mesmo e no aumento da sonolência diurna (Araújo & Almondes, 2012).

Apurou-se que os participantes a residir na zona urbana têm melhor qualidade do sono, o mesmo ocorrendo com os estudantes que coabitam com os familiares, durante o tempo de aulas. Estes resultados, de certo modo, poderão ser contraditórios, os estudantes que residem num meio rural é que não estão tão propensos a saídas noturnas, comparativamente aos que residem no meio urbano, onde a oferta de divertimento noturno é grande, dormindo menos horas, conforme salienta Henriques (2008). Também os estudantes que residem sozinhos revelam pior qualidade de sono, o que se poderá justificar com os resultados apurados por Griffey (2003), ao afirmar que existem diversas situações do quotidiano que interferem, quer na qualidade quer na quantidade, do sono diário, como o facto de os estudantes que vivem sozinhos estarem mais predispostos a estilos de vida pouco saudáveis, com influência na sua qualidade subjetiva do sono. De acordo com o autor, o padrão de

sono normal é, muitas vezes, prejudicado por alterações significativas no dia a dia ou alterações do estilo de vida indutoras de stresse.

É importante ressalvarmos que o ingresso no Ensino Superior pode ser considerado o momento inicial de um projeto de vida decisivo para a maioria dos estudantes universitários, confrontando-os com diversos desafios e mudanças, designadamente 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 (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). Estes pressupostos poderão justificar o facto de termos observado que os alunos mais novos, os que coabitam sozinhos, durante o tempo de aulas, e os que residem em meio urbano (por norma afastados da família) foram os que demonstraram melhor qualidade subjetiva do sono.

Neste sentido, Griffey (2003) menciona que as manifestações de pior qualidade subjetiva de sono por parte de estudantes do ensino superior, com características semelhantes às dos participantes do nosso estudo, estão relacionadas, principalmente, com a falta de rotinas, no que diz respeito ao sono, ou seja, horários de sono irregulares, refeições mais tardias, saídas noturnas dos estudantes e convívio entre os estudantes que residem com outros colegas/amigos.

### **3.2.2. Relação entre as variáveis de contexto académico e qualidade do sono**

Os alunos do 4<sup>o</sup> ano de enfermagem revelaram melhor qualidade de sono, sendo os estudantes do 1<sup>o</sup> ano os que mostraram ter menor qualidade de sono. Estes resultados corroboram os apurados em relação à idade, ou seja, ficou demonstrado no presente estudo que os estudantes de enfermagem mais novos são os que têm pior qualidade de sono, depreendendo-se que os estudantes mais novos são os que se encontram nos 1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> anos do curso. Por outro lado, estes dados não estão em

conformidade com os apurados por Bertolazi (2008), cujos resultados do seu estudo revelam que os alunos do 4º ano de enfermagem são os que têm menor qualidade de sono, o que se deve essencialmente ao facto de serem estes os que apresentam uma maior sobrecarga de responsabilidades académicas, constituindo-se como um fator causador de stresse, um dado também corroborado por Eswi, Radi e Youssri (2013).

Ao analisarem o padrão de sono dos estudantes, na transição entre o último ano do curso de enfermagem e os três primeiros anos do seu ingresso, Hasson, Gustavsson e Declining (2010) observaram que a má qualidade de sono se iniciou no último semestre do início do curso e continuou durante o decorrer dos anos, com agravamento no 4º ano. Dessa forma, evidencia-se que a má qualidade do sono, conforme apuramos na presente investigação, ocorre na fase de transição entre o ingresso no ensino superior.

De acordo com variados autores (Almeida, Ferreira & Soares, 1999; Costa, 2008; Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro & Gomes., 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, nomeadamente o académico, o social, o pessoal e o vocacional/institucional, sendo estes alguns dos fatores que poderão explicar o facto de termos apurados nesta investigação que os estudantes mais novos e no 1º ano do curso de enfermagem são os que patenteiam pior qualidade do sono.

Num estudo de Benavente et al. (2014) verificou-se que os alunos do 1º ano de enfermagem apresentam um padrão de sono melhor do que os dos alunos dos anos mais avançados, sendo os alunos do 4º ano a apresentarem maior prevalência de insónia, ocorrendo um aumento dessa alteração com o avançar da idade dos estudantes, o que não foi observado no presente estudo. A este respeito salienta-se que as exigências impostas pelas atividades universitárias favorecem o aumento da ocorrência de alterações na qualidade do sono (Angelone, Mattei, Sbarbati & Di Orio, 2011). Neste âmbito, faz-se igualmente referência a um estudo exploratório descritivo realizado em estudantes do 1º ano de enfermagem, onde foi identificado que, após o início das aulas, houve o predomínio de má qualidade de sono e indisposição diurna (Furlani & Ceolim, 2005). Por consequência, de acordo com os mesmos autores, muitas vezes, os estudantes têm dificuldade em iniciar o sono, dormem um tempo total menor ou não conseguem dormir durante a noite, o que leva à baixa qualidade de sono. Deste modo, ressaltamos que a redução do período de sono pode estar associada à má qualidade de sono e à sonolência diurna, o que pode também interferir negativamente no desenvolvimento de atividades diárias. Ainda, o horário de início das

atividades acadêmicas contribuirão para a antecipação no horário de despertar, o que parece agravar a má qualidade do sono dos estudantes de enfermagem, sobretudo quando têm de conciliar as atividades escolares com os ensinamentos clínicos e com o trabalho, quando se trata de estudantes trabalhadores.

Confirma Brunschwig (2008) que a chave das perturbações do sono é a ansiedade, sendo que a persistência das preocupações da vigília ameaça a qualidade do repouso. Ora, sendo a entrada no ensino superior uma fase de mudança para os alunos do 1º 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 alunos com uma série de aspetos à sua volta, tendo um impacto mais ou menos direto na sua higiene do sono, conforme observamos no presente estudo.

A análise dos dados indicou que os alunos com atividade remunerada são os que revelam ter melhor qualidade de sono, não estando em conformidade com os resultados apurados por vários autores, dos quais se destaca Ferreiro e Martino (2013), que afirmam que os estudantes de enfermagem que são trabalhadores revelam menor qualidade do sono e apresentam elevados níveis de sonolência diurna. Acresce, ainda, que os estudantes de enfermagem possuem um considerável número de disciplinas teóricas, acrescidos de uma carga elevada de atividades a nível prático. Por outro lado, exercer atividade remunerada concomitantemente ao curso exige que os estudantes atendam, para além das exigências académicas, às exigências e horários de trabalho, o que pode levar à sobrecarga e repercutir-se na qualidade do sono e sua duração.

De acordo com Teixeira, Lowden, Turte, Nagai, Moreno, Latorre et al. (2007), há diminuição nas horas de sono de estudantes trabalhadores, os quais possuem uma duração do sono noturno, em média, uma hora e trinta minutos a menos durante a semana, comparativamente com os estudantes que não trabalham. Assim, os autores concluíram que o trabalho tem repercussões negativas na duração e perceção da qualidade do sono dos estudantes trabalhadores, podendo, inclusive, limitar significativamente a sua qualidade de vida, bem como o desenvolvimento intelectual e o bem-estar físico e mental. Assim, pode referir-se que o trabalho é um importante fator para o aumento da sonolência diurna excessiva entre os estudantes de enfermagem e preditor de menor qualidade de sono, o que não ocorreu na presente investigação, atendendo a que são os estudantes com atividade remunerada a revelarem melhor qualidade de sono.

### **3.2.3. Relação entre as variáveis de contexto psicológico e contextuais ao sono e qualidade do sono**

Procurou-se saber a influência da ansiedade, stresse, depressão na qualidade do sono dos estudantes de enfermagem, verificou-se que a ansiedade foi a variável a tornar-se preditora da qualidade do sono, ou seja, quanto mais ansiosos os estudantes de enfermagem se encontram menor é a sua qualidade de sono. Estes resultados estão em conformidade com os alcançados por Akhlagi e Ghalebardi (2009), que demonstraram que os estudantes que apresentavam sinais de ansiedade tinham o sono menos reparador. Esta asserção reúne consenso por parte de Araújo et al. (2010), que apuraram que os estudantes de enfermagem com maiores níveis de ansiedade revelam menor qualidade de sono. Bastos, Mohallem e Farah (2008), no seu estudo, apuraram que, na sua amostra de estudantes de enfermagem, um número significativo de participantes apresentavam níveis elevados de ansiedade, com interferência na sua qualidade do sono.

Procurou-se também saber se existia correlação entre a personalidade e a qualidade do sono dos estudantes de enfermagem, tendo-se constatado que o neuroticismo e a extroversão constituíram-se variáveis preditoras da qualidade do sono. A extroversão estabeleceu uma relação inversa com a qualidade de sono, significando que quanto mais extrovertidos melhor a qualidade de sono dos estudantes e que quanto maior neuroticismo pior é a qualidade de sono. Começa-se por referir que, em relação ao neuroticismo, os resultados vão ao encontro do referido por Santes et al. (2009), segundo os quais os estudantes com uma personalidade extrovertida, ou seja, otimista apresentam uma maior facilidade em lidar com o stresse inerente ao percurso no ensino superior. Referem também que os estudantes com uma personalidade neurótica são os que revelam mais risco de um bem-estar mais negativo, com possível repercussão na sua qualidade de sono. Na mesma linha, Cano-García, Padilla-Muñoz e Carrasco-Ortiz (2005) mencionam que as pessoas com menores níveis de neuroticismo apresentam uma forte tendência para apresentarem níveis superiores de realização pessoal e menores níveis de exaustão emocional e menor perturbações de sono.



#### 4. Conclusão

Pretende-se que esta conclusão seja um ponto de reflexão sobre o estudo realizado, de modo a realçar os resultados obtidos, mas sempre com a consciência que continuam em aberto inúmeras questões relacionadas com a qualidade de sono em estudantes de enfermagem. As conclusões desta investigação levam-nos a fazer uma síntese do conjunto de resultados discutidos onde se põe em evidência os novos elementos que o estudo permitiu.

Recorreu-se a uma revisão crítica da literatura que procurou ser o mais atual possível, de modo a aprofundar e consolidar conhecimentos interligados com o tema. Todavia, deparamo-nos com uma escassez de estudos em algumas variáveis consideradas chave no estudo, nomeadamente na relação entre personalidade e qualidade de sono.

O presente estudo procurou avaliar a qualidade de sono em estudantes de enfermagem e identificar a presença de variáveis que a pudessem influenciar. Nesta perspetiva, deram-se respostas às questões de partida, ao avaliarem-se os determinantes que estão implícitos na qualidade de sono dos participantes.

Procurou-se responder às seguintes questões de investigação: (i) Quais os determinantes que influenciam a qualidade do sono em estudantes de enfermagem? (ii) Que variáveis sociodemográficas e de contexto escolar têm repercussão na qualidade do sono em estudantes de enfermagem? (iii) Qual a influência das variáveis de contexto psicológico na qualidade de sono em estudantes de enfermagem? (iv) Qual a relação da sonolência diurna com a qualidade do sono em estudantes de enfermagem?

A investigação empírica permitiu traçar um perfil sociodemográfico dos estudantes de enfermagem que revelou serem participantes com idade média de 23.61 anos, a oscilar entre os 18 e os 54 anos, maioritariamente do género feminino, a frequentar o 4º ano, solteiros, a residir na cidade, a coabitar com familiares, tendo unicamente um irmão e com peso normal.

Ainda em relação ao perfil dos estudantes, apurou-se que, independentemente do género, a maior parte dos estudantes não possui atividade remunerada, nem estatuto de bolseiro e que se deslocam para a escola num veículo motorizado. No que

concerne às habilitações literárias dos pais, sobressaem os que possuem até ao 9º ano de escolaridade.

Identificou-se que as variáveis sociodemográficas e académicas estudadas não interferem na qualidade do sono dos estudantes de enfermagem. Contudo, quanto ao perfil dos estudantes com pior qualidade de sono dir-se-ia tratar-se de estudantes do género feminino, com idade igual ou inferior a 20 anos, residentes em meio rural, sem atividade remunerada, a coabitar sozinhos em período de aulas, com estatuto de bolseiro, a frequentar o 1º ou 2º anos, que se deslocam para a escola a pé, que apresentam pré-obesidade e com sonolência diurna.

Determinou-se que as variáveis independentes estabelecem com a qualidade do sono associações que oscilam entre o fraco e o razoável, com maior valor correlacional ao nível do neuroticismo. A idade, o sexo, a extroversão e os afetos positivos estabelecem uma associação inversa com a qualidade de sono e direta com o IMC, depressão, ansiedade e stresse, neuroticismo, sonolência diurna e afetos negativos. Concluiu-se, de igual modo, que os rácios críticos revelaram preditoras as variáveis extroversão, neuroticismo, sonolência diurna e ansiedade inferindo-se que quanto mais extrovertidos, mais estáveis, com menor ansiedade e menor sonolência diurna, melhor é a qualidade de sono.

Independentemente dos resultados alcançados sugerem-se estudos de replicação com amostras mais alargadas que procure estudar os determinantes da qualidade de sono em estudantes de enfermagem, o que permitirá, futuramente fazer uma comparação de resultados. Sugere-se que se relacione a qualidade do sono com as saídas à noite, com a vivência académica e com a prática de atividade física em estudantes de enfermagem, que se verifique se a qualidade do sono está relacionada com o período de realização das frequências/avaliações, bem como estudar a qualidade do sono apenas nos estudantes do curso de licenciatura de enfermagem. Estas sugestões decorrem da certeza que este tema, de modo algum, ficou esgotado.

O estudo deixa algumas questões em aberto e algumas das conclusões a que se chegou requerem um estudo mais detalhado.

Como reflexão final, a partir deste estudo, pensamos estar em condições de afirmar que há a necessidade de se implementarem programas que proporcionem intervenções cognitivas e comportamentais de autorregulação do sono aos estudantes de enfermagem, os quais têm de estar informados de que tais intervenções existem e podem ajuda-los a melhorar a sua qualidade de sono, sendo este um fator determinante para o desempenho académico e para a minimização de estados de

stresse e de ansiedade. Uma forma de melhorar a qualidade do sono e evitar distúrbios associados poderá ocorrer com uma boa higiene do sono, que, no caso particular dos estudantes, consistirá em horários regulares no início e no fim do sono, com uma duração adequada, para além de uma melhor organização dos horários de estudo e de atividades extracurriculares. A capacitação dos estudantes de enfermagem sobre a qualidade do sono é fundamental, contribuindo, não só, para a sua tomada de decisão a nível individual, mas também, para que, enquanto profissionais de saúde, sejam veículos de informação e promotores de hábitos saudáveis de vida.



## Referências Bibliográficas

- Akhlagi, A.A.K. & Ghalebandi, M.F. (2009). Sleep quality and its correlation with general health in pre-university students of Karaj, Iran. *IJPBS*; 3(1): 44-9.
- Alapin, I., Fichten, C.S., Libman, E., Creti, L., Bailes, S. & Wright, J. (2010). How is good and poor sleep in older adults and college students related to daytime sleepiness, fatigue, and ability to concentrate? *J Psychosom Res.*; 49(5): 381-90.
- Almeida, L. S., & Cruz, J. F. A. (2010). *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. Acedido em: <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.
- Alves, E.F. (2010). Qualidade de vida de estudantes de enfermagem de uma faculdade privada. *Rev Bras Qualidade Vida*; 2(1): 23-30.
- Angelone, A.M., Mattei, A., Sbarbati, M. & Di Orio, F. (2011). Prevalence and correlates for self-reported sleep problems among nursing students. *J Prev Med Hyg.*; 52(4): 201-8.
- Araújo, C. L. de O., Frazili, R. T. V. & Almeida, E. C. de. (2011). Influência do Sono nas Atividades Acadêmicas dos Graduandos de Enfermagem que Trabalham na Área no Período Noturno. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Vale do Paraíba*, Lorena, 1: 53-62.
- Araújo, D.F. & Almontes, K.M. (2010). Qualidade de Sono e sua Relação com o Rendimento Acadêmico em Estudantes Universitários de Turnos Distintos. *Revista de Psicologia*; v. 43, 3: 350-359.
- Araújo, M.F.M., Lima, A.C.S., Alencar, A.M.P.G., Thiago, M.A., Fragoso, L.V.C. & Damasceno, M.C. (2013). Avaliação da qualidade do sono de estudantes Universitários de Fortaleza. *Texto Contexto Enferm.*; 22(2): 352-60.
- Bastos, J. C. F., Mohallem, A. G. & Farah, O. G. D. (2008). Ansiedade e depressão em alunos de enfermagem durante o estágio de oncologia, *Einstein*, 6 (1): 7-12.

- Benavente, S.B.T., Silva, R.M.; Higashi, A.B., Azevedo, L.A. & Costa, G. (2014). Influência de fatores de estresse e características sociodemográficas na qualidade do sono de estudantes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48 (3): 514-520.
- Bertolazi, A. N. (2008). Validação da escala de sonolência de Epworth em português para uso no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(9): 877-883.
- Brunschwig, H. (2008). *Sono*. Lisboa: Pergaminho.
- Bublitz, S., Guido, L.A., Freitas, E.O. & Lopes, L.F.D. (2012). Estresse em estudantes de enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev Enferm UFSM.*; 2(3): 530-8.
- Caetano, T. & Thomaz, J. (2012). A Influência do Sono na Qualidade de Vida: Uma Amostra de Estudantes do Ensino Superior de Leiria Estudantes do Ensino Superior de Leiria. Lisboa: Centro de Estudos de Gestão do Instituto Superior Técnico (CEG-IST), Acedido em: [http://www.academia.edu/4690511/A\\_Influ%C3%Aancia\\_do\\_Sono\\_na\\_Qualidade\\_de\\_Vida\\_dos\\_Estudantes](http://www.academia.edu/4690511/A_Influ%C3%Aancia_do_Sono_na_Qualidade_de_Vida_dos_Estudantes).
- Cano-Garcia, F.J., Padilla-Munoz, E.M., Carrasco-Ortiz, M. A. (2005). Personality and contextual variables in teacher burnout. *Personality and Individual Differences*, 38, 929-940.
- Costa S.V. & Ceolim M.F. (2013). Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Rev Esc Enferm USP*; v.47, 1: 46-52.
- Costa, A.L.S. & Polak, C. (2009). Construção e validação de instrumento para Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE). *Rev Esc Enferm. USP.*; 43: 1017-26.
- 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). Acedido em: <http://hdl.handle.net/10400.1/229>
- De Martino, M. M. F. & Basto, M. L. (2009). Qualidade do Sono, Cronótipos e Estados Emocionais: O caso de enfermeiros portugueses que trabalham por turnos. Lisboa, *Pensar Enfermagem*, vol.13, 1: 49-60.
- Dumitrescu, A.L., Toma, C. & Lascu, V. (2010). Associations among sleep disturbance, vitality, fatigue and oral health. *Oral Health Prev Dent.*; 8(4): 323-30.
- Eby, L.T. & Brown, C.P. (2009). The intersection of work and family life: The role of

- affect. *Annual Review of Psychology*, 61(9):1-9.
- Eliassen, K. & Hopstock, L. (2011). Sleep promotion in the intensive care unit – A survey of nurses' interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*; 27: 138-142.
- Ferreira, L.R.C. & De Martino, M.M.F. (2013). Sleep patterns and fatigue of nursing students who work. *Rev Esc Enferm USP*; 46(5):1178-1183
- Furlani, R. & Ceolim, M.F. (2005). Padrões de sono de estudantes ingressantes na Graduação em Enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 58(3): 320-324.
- Ganelin-Cohen E. & Ashkenasi A. (2013). Disordered sleep in pediatric patients with attention deficit hyperactivity disorder: an overview. *Isr Med Assoc J*; 15(11): 705-709.
- Ganelin-Cohen, E. & Ashkenasi, A. (2013). Disordered sleep in pediatric patients with attention deficit hyperactivity disorder: an overview. *Isr Med Assoc J*; 15(11): 705-709.
- Geers, A.L., Wellman, J.A. & Lassiter, H.M. (2009). Bienestar psicológico, estilos de personalidad y objetivos de vida en estudiantes universitarios. *Pensam. psicol.* Acedido em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-89612012000100001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612012000100001).
- 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. (2008). *Caracterização do Sono dos Estudantes Universitários do Instituto Superior Técnico*. Acedido em: Repositório da Universidade de Lisboa: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1039/1/17000\\_SonoEstudantesIST\\_PaulaCunhal.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1039/1/17000_SonoEstudantesIST_PaulaCunhal.pdf)
- 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.
- Khemlani, M. H. (2008). *Insomnia in Palliative Care*. Hong Kong Society of Palliative Medicine, pp. 20-25.
- Louter, M., Aar".den, W., Lion, J., Bloem, B. & Overeem, S. (2012). Recognition and diagnosis of sleep disorders in Parkinson's disease.
- Lund, H., Reider, B., W".hiting, A. & Prichard, R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of*

Adolescent Health; 46(2):124-132.

- Luz, A., Castro, A., Couto, D., Santos, L. & Pereira, A. (2009). Stress e percepção do rendimento académico no aluno do ensino superior. Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia (pp. 4663- 4669). Braga: Universidade do Minho.
- Maroco, J., Campos, J.C., Bonafé, F.S., Vinagre, M.G. & Pais-Ribeiro, J. (2014). Adaptação transcultural Brasil-Portugal da escala brief cope para estudantes do ensino superior. *Psicologia Social & Doenças*. Acedido em: [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862014000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862014000200001&script=sci_arttext).
- Mejía, O.L. & McCarthy, C.J. (2010). Acculturative stress, depression, and anxiety in migrant farming college students of Mexican heritage. *International Journal of Stress Management*; vol. 17, 1: 1-20.
- Millman, R. P. (2005). Excessive sleepiness in adolescents and young adults: causes, consequences and treatment strategies. *Pediatrics*, 115(6): 1774-1786.
- Müller, M.R. & Guimarães, S.S. (2008). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia*; 24(4): 519-528.
- Oliveira, S. V. (2013). *A qualidade de sono dos enfermeiros*. Porto. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências de Saúde. Acedido em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4056/1/Projecto%20Gradua%C3%A7%C3%A3o.pdf>.
- Orzech, K.M., Salafsky, D.B. & Hamilton, L.A. (2011). The state of sleep among college students at a large public university. *J Am Coll Health.*; 59(7): 612-619.
- Páramos, M.A., Straniero, C.M., García, C.S., Torrecilla, N.M. & Gómez, E.E. (2012). Bienestar psicológico, estilos de personalidad y objetivos de vida en estudiantes universitários. *Pensamiento Psicológico*. Acedido em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-89612012000100001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612012000100001).
- Paterson, L.M., Nutt, D.J. & Wilson, S.J. (2011) Sleep and its disorders in translational medicine. *J. Psychopharmacol* [Internet]. 2011. Acedido em: [http://jop.sagepub.com/content/early/2011/04/13/02698811114\\_00643.long](http://jop.sagepub.com/content/early/2011/04/13/02698811114_00643.long).

- Pereira, A.R.S. (2013). *Hábitos de Sono em Estudantes Universitários*. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Acedido em: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4079/1/Tese%20Final\\_Raquel.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4079/1/Tese%20Final_Raquel.pdf).
- Phun, E.T. & Santos, C.B. (2010). Consumo de álcool e estresse em estudantes do segundo ano de enfermagem. *Rev latinoam enferm.*; 18: 496-503. predisposición a síndrome de burnout en estudiantes de enfermería. *Rev Chilena Salud Pública*; 13(1): 23-9.
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde (2005). Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas Programa nacional de combate à obesidade. Lisboa: DGS.
- Rangel, J. V. & Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo: Una breve revisión teórica. *Educere*; 49: 265-275.
- Ratanasiripong, P. & Rodriguez, A. (2011). Promoting wellness for Thai college students. *Journal of College Student Development*, vol. 52, 2: 217–223.
- Ratanasiripong, P. (2012). Mental Health of Muslim Nursing Students in Thailand. *International Scholarly Research Network ISRN Nursing*, Vol. 12, Article ID 463471: 1-7.
- Rente, P. & Pimentel, T. (2004). *A patologia do sono*. Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, L.F.M. (2012). *Hábitos de Sono dos Alunos do 4ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Faculdade Ciências da Saúde. Acedido em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3654/1/Lu%C3%ADs%20Filipe.pdf>.
- Rios, A.L.M, Peixoto, M.F.T. & Senra, V.L.F. (2008). *Transtornos do sono, qualidade de vida e tratamento psicológico*. Universidade Vale do Rio Doce. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Acedido em: <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Transtornosdosonoqualidadedevidaetratamentopsicologico.pdf>.
- Rocha, M. C. P. & De Martino, M. M. F. (2010). *O estresse e qualidade do sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares*. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/06.pdf>
- Salmera-Aro, K. (2010). An investigation of vocational indecision in college students: Correlates and moderators. *Journal of Vocational Behavior*, 21(3): 318-329.
- Santes, M.C., Martínez, N., Ramos, I., Preciado, M.L. & Pando, M. (2009). La salud

- mental y predisposición al síndrome de burnout en estudiantes de enfermería. *Rev. Chilena de Salud Pública*. 13(1): 23-29.
- Santos, C., Ferreira, P.L., & Moutinho, J. (2001). *Avaliação da sonolência diurna excessiva: adaptação cultural e linguística da escala de sonolência de Epworth para a população portuguesa*. Dissertação de Licenciatura em Neurofisiologia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto.
- Santos, L., Veiga, F. & Pereira, A. (2010). Bem-estar, sintomas emocionais e dificuldades interpessoais dos estudantes do ensino superior. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 103-115). Acedido em: <http://www.actassnip2010.com>.
- Schneider, M.L.M., Vasconcellos, D.C., Dantas, G., Levandovski, R., Caumo, W., Allebrandt, K.V. (2010). Morningness-eveningness, use of stimulants, and minor psychiatric disorders among undergraduate students. *Int J Psychol.*; 46(1):18-23.
- Seco, G., Dias, M., Pereira, M., Casimiro, M. & Custódio, S. (2007). *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. Acedido em: [http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/18/1/texto\\_SPCE%20Funchal.pdf](http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/18/1/texto_SPCE%20Funchal.pdf)
- Silva, C.F., Azevedo, M.H.P., & Dias, M.R.V.C. (1995). Estudo padronizado do trabalho por turnos: versão portuguesa do SSI. *Psychologica*, 13: 27-36.
- Silva, L.E.L., Oliveira, M.L.C. & Inaba, W.K. (2011). Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Acedido em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/pdf/v13n3a18.pdf>.
- Silveira, D., Bock, L.F. & Silva, E.F. (2012). Qualidade do sono em unidades de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *Revista de Enfermagem*. Acedido em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Os%20meus%20documentos/Downloads/2280-22042-1-PB.pdf>.
- Soares, R. D. O. P & Campos, L. F. (2008). Estilo de vida dos estudantes de enfermagem de uma universidade do interior de minas gerais. *Cogitare Enferm.*, v. 13, 2: 227-234.

- 
- Sweileh, W., Ali, I., Sawalha, A., Abu-Taha, A., Zyoud, S. & Al-Jabi, S. (2011). Sleep habits and sleep problems among Palestinian students. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*; 5(25): 1-8.
- Tavares, D.M. (2012). Adaptação ao Ensino Superior e Otimismo em Estudantes do 1º ano. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do Porto. Acedido em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3617/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Daniela%20Tavares%20-%20FINAL.pdf>.
- Tavares, J., Pereira, A. S., Gomes, A. A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Tembo, A.C. & Parker, V. (2009). Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive Crit Care Nurs.*; 25(6): 314-22.
- Viljaranta, J., Nurmi, J., Aunola, K. & Salmela-Aro, K. (2009). The role of task values in adolescents' educational tracks: A person-oriented approach. *Journal of Research on Adolescence*, 19(4): 786–798.
- Yazdani, M., Rezaei, S. & Pahlavanzadeh, S. (2010). The effectiveness of stress management training program on depression, anxiety and stress of the nursing students. *Iran J Nurs Midwifery Res.*; 15(4): 208-15.
- 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.



## **Anexos**



**Anexo I - Pedido de Parecer à Comissão de Ética**





**PARECER**  
**Nº 1/2014**

**ASSUNTO:** PARECER SOBRE O ESTUDO "PERSONALIDADE VERSUS FATORES DE RISCO NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM"

Tendo as estudantes Ana Cláudia Santos, Ana Gabriela Saraiva; Carla Cristina Nunes, Liliana Filipa Martins e Madalena Fátima Silva, sob a orientação da Profª Doutora Cláudia Chaves e Profº Doutor João Duarte solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do Relatório Final do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, incluindo como participantes os estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSV e outras Escolas Superiores que aceitem participar no estudo, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e as de contexto psicológico, na qualidade do sono, no comportamento alimentar, no exercício físico, nos níveis de *stress*, ansiedade e depressão, e nos hábitos tabágicos dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem;
- Considerando que o estudo se reverte em benefícios por constituir uma oportunidade para identificar os factores de risco de saúde dos estudantes e propor estratégias no sentido de proporcionar um ambiente académico mais saudável, favorecedor de melhores níveis de qualidade de vida e de mais elevados níveis de desempenho; nesse sentido, recomendamos que os dados sejam divulgados e que o relatório final seja disponibilizado à instituição;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário aos estudantes e que a sua participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado a todos os sujeitos participantes;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será garantida a anonimização dos sujeitos; recomendamos, contudo, o cumprimento do segredo profissional por parte das investigadoras na recolha de informação e administração dos questionários;
- Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 18 de fevereiro de 2014

*Enfermeira Bárbara Filipe*  
A presidente da CE da ESSV

*Respondida,*  
*A. Costa*  
15.2.2014



## **Anexo II – Instrumentos de Recolha de dados**



**Instituto Politécnico de Viseu  
Escola Superior de Saúde de Viseu**

IIº Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO**

Este protocolo de instrumentos de avaliação destina-se a colher dados no sentido de identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e as de contexto psicológico, na qualidade do sono, no comportamento alimentar, no exercício físico, nos níveis de *stress*, ansiedade e depressão, e nos hábitos tabágicos dos estudantes do curso de enfermagem, para um estudo descritivo correlacional, no âmbito de um projeto de investigação no contexto do 2º curso de mestrado em Enfermagem Comunitária, que estamos a desenvolver sob orientação dos Professores Cláudia Chaves e João Duarte sobre a “**Personalidade versus fatores de risco nos estudantes de enfermagem**”. Para tal, solicitamos a sua participação, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas.

As respostas são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

O mesmo é constituído por questões fechadas. Não existem respostas certas ou erradas, dado que todas as respostas visam exclusivamente obter informação sobre a realidade vivenciada por cada estudante.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO**

A equipa de investigação

## I PARTE

1 – Idade \_\_\_\_ anos    2 – Sexo:     Masculino     Feminino

3 – Estado civil:     Solteiro     Casado     Divorciado     União de facto     Outro. Qual? \_\_\_\_\_

4 – Onde vive atualmente?     Aldeia     Vila     Cidade

5 – Com quem vive durante período letivo?

- Sozinho     Pai/Mãe/Irmãos e Outros familiares  
 Amigos/colegas     Irmãos  
 Residência estudantil     Marido/Esposa/Companheiro(a) e Outros familiares

6 – Ano que está inscrito:

- 1º ano     2º ano     3º ano     4º ano     Pós-graduação/Mestrado

7 – Quais as habilitações literárias dos seus Pais? (assinala a mais elevada)

	Pai	Mãe		Pai	Mãe
Analfabeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bacharelato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4ª Classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11º ou 12º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

8 – Profissão do Pai: \_\_\_\_\_

9 – Profissão da Mãe: \_\_\_\_\_

10 – Quantos irmãos tem? \_\_\_\_\_

11 – Tem alguma atividade remunerada?     Não     Sim

12 – Como se desloca para a escola?     A pé     Carro     Transportes públicos     Outro. Qual? \_\_\_\_\_

13 – Tempo de deslocação entre casa/escola \_\_\_\_ minutos

14 – É bolseiro?     Não     Sim

15- Peso atual: \_\_\_\_\_ kg

16 – Altura: \_\_\_\_\_ cm

## **II Parte**

### **Escala de Restrição Alimentar**

Vai encontrar 10 perguntas com diversas alternativas de resposta, leia cuidadosamente cada pergunta e marque aquela alternativa que melhor a (o) representa.

Conteste todas as perguntas, tenha presente que as suas respostas devem refletir os seus gostos e sentimentos pessoais.

#### **1. Com que frequência faz dieta?**

- |               |                  |
|---------------|------------------|
| a) Nunca.     | d) Quase sempre. |
| b) Raramente. | e) Sempre.       |

#### **2. A maior quantidade de peso que perdeu num mês da sua vida foi:**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| a) Entre 0 e 2 Kg.     | d) Entre 7,1 e 9,5 Kg. |
| b) Entre 2,1 e 4,5 Kg. | e) Mais de 9,5 Kg.     |
| c) Entre 4,6 e 7 Kg.   |                        |

#### **3. Qual a máxima quantidade de peso que ganhou em uma semana?**

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| a) Entre 0 e 0,5 Kg.    | d) Entre 1,55 e 2,5 Kg. |
| b) Entre 0,55 e 1 Kg.   | e) Mais de 2,55 Kg.     |
| c) Entre 1,05 e 1,5 Kg. |                         |

#### **4. Em quanto acredita variar o seu peso numa semana normal?**

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| a) Entre 0 e 0,5 Kg.    | d) Entre 1,55 e 2,5 Kg. |
| b) Entre 0,55 e 1 Kg.   | e) Mais de 2,55 Kg.     |
| c) Entre 1,05 e 1,5 Kg. |                         |

#### **5. Uma variação de 2,5 Kg afetaria a forma como vive a sua vida?**

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| a) De modo nenhum. | c) Moderadamente. |
| b) Levemente.      | d) Muito.         |

#### **6. Come menos quando está com outras pessoas?**

- |               |                  |
|---------------|------------------|
| a) Nunca.     | c) Quase sempre. |
| b) Raramente. | d) Sempre.       |

#### **7. Passa muito tempo a pensar no que vai comer?**

- |               |                  |
|---------------|------------------|
| a) Nunca.     | c) Quase sempre. |
| b) Raramente. | d) Sempre.       |

**8. Sente-se culpada (o) depois de ter comido em excesso?**

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Quase sempre.
- d) Sempre.

**9. É consciente de quanto come habitualmente?**

- a) De modo nenhum.
- b) Levemente.
- c) Moderadamente.
- d) Muito.

**10. Qual foi o máximo que chegou a pesar acima do seu peso normal?**

- a) Entre 0 e 0,5 Kg.
- b) Entre 0,55 e 2,5 Kg.
- c) Entre 2,55 e 5 Kg.
- d) Entre 5,05 e 10 Kg.
- e) Mais de 10 Kg.

### III PARTE

#### QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ) VERSÃO CURTA

Estamos interessados em conhecer os diferentes tipos de atividade física, que faz no seu cotidiano.

As questões que lhe vamos colocar referem-se à semana imediatamente anterior àquela em que o questionário é feito. Por favor, responda a todas as questões, mesmo que não se considere uma pessoa fisicamente ativa. Vamos colocar-lhe questões sobre as atividades desenvolvidas na sua atividade profissional, acadêmica e nas suas deslocações, sobre as atividades referentes aos trabalhos domésticos e às atividades que efetuou no seu tempo livre para a recreação ou prática de exercício físico/desporto.

Ao responder às seguintes questões, considere o seguinte:

- **Atividades físicas vigorosas** referem-se a atividades que requerem um esforço físico intenso que fazem ficar com a respiração ofegante;
- **Atividades físicas moderadas** referem-se a atividades que requerem esforço físico moderado e tornam a respiração um pouco mais forte do que o normal.

Ao responder às questões considere apenas as atividades físicas que realize durante pelo menos **10 minutos seguidos**.

**Q.1** - Diga por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez atividades físicas **vigorosas**, como por exemplo, levantar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica, nadar, jogar futebol, andar de bicicleta a um ritmo rápido?

\_\_\_\_\_ **Dias**

**Q.2** - Nos dias em que pratica atividades físicas **vigorosas**, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

\_\_\_\_\_ **Horas** \_\_\_\_\_ **Minutos**

**Q.3** - Diga por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez atividades físicas **moderadas** como por exemplo, carregar objetos leves, caçar, trabalhos de carpintaria, andar de bicicleta a um ritmo normal ou ténis de pares? Por favor não inclua o “andar”.

\_\_\_\_\_ **Dias**

**Q.4** - Nos dias em que faz atividades físicas **moderadas**, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

\_\_\_\_\_ **Horas** \_\_\_\_\_ **Minutos**

**Q.5** – Diga por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias **andou** pelo menos 10 minutos seguidos?

\_\_\_\_\_ **Dias**

**Q.6** - Quanto tempo no total, despendeu num desses dias, a andar/caminhar?

\_\_\_\_\_ **Horas** \_\_\_\_\_ **Minutos**

**Q.7** - Diga por favor, num dia normal quanto tempo passa **sentado**? Isto pode incluir o tempo que passa a uma secretária, a visitar amigos, a ler, a estudar ou a ver televisão.

\_\_\_\_\_ **Horas** \_\_\_\_\_ **Minutos**

## IV PARTE

### QUESTIONÁRIO DE MOTIVAÇÃO PARA O EXERCÍCIO

*The Exercise Motivations Inventory* (EMI - 2) (Original de Markland, 1997)

Tradução e Adaptação de José Alves e António Lourenço (2001)

Nas páginas seguintes são apresentadas várias afirmações relacionadas com as razões que as pessoas normalmente apresentam para fazerem exercício físico. Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações e assinale-as TODAS com uma cruz, no número apropriado:

- Se considerar que uma afirmação não é, de maneira nenhuma, verdadeira para si, deverá assinalar “0”.
- Se entender que a afirmação é completamente verdadeira para si, assinale “5”.
- Se entender que uma afirmação é parcialmente verdadeira para si, assinale “1”, “2”, “3” ou “4”, de acordo com a intensidade com que essa mesma afirmação reflete o porquê de você praticar exercício físico.

Lembre-se, nós pretendemos saber porque razão pratica exercício físico, independentemente de as afirmações apresentadas serem, ou não, boas razões para qualquer pessoa praticar exercício físico.

NÃO HÁ PORTANTO, AFIRMAÇÕES CORRETAS OU ERRADAS e todas elas deverão ser assinaladas em apenas um único número. Se se enganar, por favor, desmarque e assinale aquela que para si é mais verdadeira. A resposta sincera às questões que colocamos é importante. Garantimos que todas as informações prestadas serão ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAIS e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

		Nada verdadeiro para mim			Completamente verdadeiro para mim		
Pessoalmente, faço exercício físico (ou poderei vir a fazer)		↓				↓	
1	Para me manter elegante	0	1	2	3	4	5
2	Para evitar ficar doente	0	1	2	3	4	5
3	Porque me faz sentir bem	0	1	2	3	4	5
4	Para me ajudar a parecer mais novo	0	1	2	3	4	5
5	Para mostrar o meu mérito/valor perante os outros	0	1	2	3	4	5
6	Para poder pensar	0	1	2	3	4	5
7	Para ter um corpo saudável	0	1	2	3	4	5
8	Para me fortalecer/tornar mais robusto	0	1	2	3	4	5

9	Porque gosto da sensação de me exercitar	0	1	2	3	4	5
10	Para passar tempo com os amigos	0	1	2	3	4	5
11	Porque o meu médico me aconselhou	0	1	2	3	4	5
12	Porque gosto de tentar ganhar/vencer quando faço atividade física	0	1	2	3	4	5
13	Para me manter/tornar mais ágil	0	1	2	3	4	5
14	Para ter objetivos que orientem o meu esforço	0	1	2	3	4	5
15	Para perder peso	0	1	2	3	4	5
16	Para prevenir problemas de saúde	0	1	2	3	4	5
17	Porque o exercício físico é revigorante	0	1	2	3	4	5
18	Para ter um corpo bonito	0	1	2	3	4	5
19	Para comparar as minhas capacidades com as dos outros	0	1	2	3	4	5
20	Porque ajuda a reduzir a tensão	0	1	2	3	4	5
21	Porque pretendo manter uma boa saúde	0	1	2	3	4	5
22	Para aumentar/melhorar a minha resistência	0	1	2	3	4	5
23	Porque o exercício físico me satisfaz tanto no momento da prática como fora dela	0	1	2	3	4	5
24	Para tirar partido/desfrutar dos aspetos sociais inerentes à prática do exercício físico	0	1	2	3	4	5
25	Para ajudar a prevenir uma doença familiar/hereditária	0	1	2	3	4	5
26	Porque gosto de competir	0	1	2	3	4	5
27	Para manter a flexibilidade	0	1	2	3	4	5
28	Porque me proporciona situações desafiantes	0	1	2	3	4	5
29	Para me ajudar a controlar o peso	0	1	2	3	4	5
30	Para evitar doenças do coração	0	1	2	3	4	5
31	Para recarregar energias	0	1	2	3	4	5
32	Para melhorar a minha aparência	0	1	2	3	4	5

33	Para ser reconhecido pelas minhas prestações/realizações	0	1	2	3	4	5
34	Para ajudar a gerir/controlar o stress	0	1	2	3	4	5
35	Para me sentir mais saudável	0	1	2	3	4	5
36	Para me tornar mais forte	0	1	2	3	4	5
37	Por gostar da experiência de praticar exercício físico	0	1	2	3	4	5
38	Para me divertir estando ativo com outras pessoas	0	1	2	3	4	5
39	Para me ajudar a recuperar de uma doença/lesão	0	1	2	3	4	5
40	Porque gosto da competição física	0	1	2	3	4	5
41	Para me manter/tornar flexível	0	1	2	3	4	5
42	Para desenvolver habilidades/capacidades pessoais	0	1	2	3	4	5
43	Porque o exercício físico ajuda-me a queimar calorias	0	1	2	3	4	5
44	Para ter um aspeto mais atrativo	0	1	2	3	4	5
45	Para alcançar coisas que os outros não conseguem	0	1	2	3	4	5
46	Para libertar a tensão	0	1	2	3	4	5
47	Para desenvolver os músculos	0	1	2	3	4	5
48	Porque me sinto na minha melhor forma quando faço exercício físico	0	1	2	3	4	5
49	Para fazer novos amigos	0	1	2	3	4	5
50	Porque acho o exercício físico divertido, especialmente quando envolve competição	0	1	2	3	4	5
51	Para me avaliar em função de critérios pessoais	0	1	2	3	4	5

## V PARTE

### ESCALA DE ANSIEDADE DEPRESSÃO E STRESS DE 21 ITENS DE LOVIBOND E LOVIBOND

Adaptada por Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. Se se enganar, por favor, selecione aquela que, para si, é mais verdadeira. A resposta sincera às questões que colocamos é importante. Garantimos que todas as informações prestadas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

A classificação é a seguinte:

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

1	Tive dificuldade em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex.: nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me demasiado melancólico	0	1	2	3

14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
20	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

**VI PARTE**  
**POSITIVE AND NEGATIVE AFFECT SCHEDULE (PANAS)**  
**Adaptada por Pais Ribeiro, 2005**

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e assinale a resposta adequada. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções durante a última semana. Não há afirmações corretas ou erradas e todas elas deverão ser assinaladas em apenas um único número. Se se enganar, por favor, selecione aquela que, para si, é mais verdadeira. A resposta sincera às questões que colocamos é importante. Garantimos que todas as informações prestadas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

A classificação é a seguinte:

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

1	Interessado	1	2	3	4	5
2	Perturbado	1	2	3	4	5
3	Excitado	1	2	3	4	5
4	Atormentado	1	2	3	4	5
5	Agradavelmente surpreendido	1	2	3	4	5
6	Culpado	1	2	3	4	5
7	Assustado	1	2	3	4	5
8	Caloroso	1	2	3	4	5
9	Repulsa	1	2	3	4	5
10	Entusiasmado	1	2	3	4	5
11	Orgulhoso	1	2	3	4	5
12	Irritado	1	2	3	4	5
13	Encantado	1	2	3	4	5

14	Remorsos	1	2	3	4	5
15	Inspirado	1	2	3	4	5
16	Nervoso	1	2	3	4	5
17	Determinado	1	2	3	4	5
18	Trémulo	1	2	3	4	5
19	Ativo	1	2	3	4	5
20	Amedrontado	1	2	3	4	5

## VII Parte

Por favor, leia a pergunta e escolha a opção que mais estiver de acordo consigo. Garantimos que todas as informações prestadas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

1 - É fumador (mesmo que ocasional)?

- Não  Sim

2 - Com que idade começou a fumar? \_\_\_\_\_

3 - Considera-se dependente do tabaco?

- Não  Sim

4 - Em quais das situações o cigarro está associado no seu dia a dia? (pode escolher várias)

- ao falar ao telefone  após as refeições  com o café  
 com bebidas alcoólicas  no trabalho  ansiedade/stress  
 tristeza  alegria  nenhum  
 outro \_\_\_\_\_

5 - Já fez alguma tentativa para deixar de fumar?

- 1 a 3 vezes  + de 3 vezes  
 tentou mas não conseguiu  nunca tentou

6 – Utilizou algum recurso para o ajudar a deixar de fumar?

- Consulta de cessação tabágica  Medicamentos  
 Leitura de orientações em revistas e folhetos  Nenhum

7 - Convive com fumadores em sua casa?

- Não  Sim

8 - Preocupa-se com o ganho de peso se deixar de fumar?

- Não  Sim

**Teste de dependência à nicotina:**  
**Validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström**  
**Ferreira, P., Quintal, C., Lopes, I., Taveira, N. (2009)**

O Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina tem uma utilização generalizada como medida da dependência tabágica e é utilizado mundialmente como ferramenta de avaliação, em substituição a outros testes bem mais caros, que consomem mais tempo e são invasivos. Por favor, leia a pergunta e escolha a opção que mais estiver de acordo consigo.

**1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?**

1	Dentro de 5 minutos	3
2	Entre 6-30 minutos	2
3	Entre 31-60 minutos	1
4	Após 60 minutos	0
5	Não fuma	

**2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?**

1	Sim	1
2	Não	0

**3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?**

1	O primeiro da manhã	1
2	Outros	0
3	Nenhum	

**4. Quantos cigarros você fuma por dia?**

1	Menos de 10	0
2	De 11 a 20	1
3	De 21 a 30	2
4	Mais de 31	3
5	Não fuma	

**5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?**

1	Sim	1
2	Não	0

**6. Você fuma mesmo doente?**

1	Sim	1
2	Não	0

**Conclusão sobre o grau de dependência:**

0 - 2 pontos = muito baixo

3 - 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 -7 pontos = elevado

8 -10 pontos = muito elevado

## VIII Parte

### Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh h (IQSP)

Adaptado por Duarte, J. C. (2011)

As seguintes questões estão relacionadas apenas com os seus hábitos de sono durante o último mês. As suas respostas devem refletir fielmente, o que ocorreu na maioria dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, a que horas é que foi habitualmente para a cama? \_\_\_\_\_

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) demorou a adormecer, depois de se deitar? \_\_\_\_\_

3. Durante o último mês, a que horas é que habitualmente se levantou de manhã? \_\_\_\_\_

4. Durante o último mês, quantas horas de sono real conseguiu por noite (isto pode ser diferente do número de horas em que efetivamente esteve na cama)? \_\_\_\_\_

5. Durante o último mês, quantas vezes teve problemas durante o sono, devido a.....?

		Nunca	Menos de 1 vez por semana	1a 2 vezes por semana	3 ou mais vezes por semana
a.	Não conseguir adormecer nos 30 minutos após se deitar				
b.	Acordar a meio da noite ou de madrugada				
c.	Ter que se levantar para ir à casa de banho				
d.	Não conseguir respirar adequadamente				
e.	Tossir ou ressonar				
f.	Sensação de frio				
g.	Sensação de calor				
h.	Ter pesadelos				
i.	Ter dores				
j.	Outra(s) razão(ões), (por favor descreva):				

6. Durante o último mês, como classificaria globalmente a sua qualidade de sono?

	Muito boa
	Boa
	Má
	Muito má

**7. Durante o último mês, quantas vezes tomou medicamentos (prescritos ou auto medicados) para conseguir adormecer?**

	Nunca
	Menos de 1 vez por semana
	1 a 2 vezes por semana
	3 ou mais vezes por semana

**8. Durante o último mês, quantas vezes teve problemas em se manter acordado(a) enquanto conduzia, enquanto tomava refeições, ou enquanto mantinha atividades sociais?**

	Nunca
	Menos de 1 vez por semana
	1 a 2 vezes por semana
	3 ou mais vezes por semana

**9. Durante o último mês, quantas vezes foi problemático manter o seu entusiasmo de fazer coisas?**

	Nunca
	Menos de 1 vez por semana
	1 a 2 vezes por semana
	3 ou mais vezes por semana

**10. Partilha a sua habitação com alguém?**

	Não partilho a minha habitação com ninguém
	Partilho o quarto com alguém, mas em camas separadas
	Partilho a habitação, mas durmo sozinho no quarto
	Partilho a minha cama com alguém

**11. Se partilha o seu quarto ou cama com alguém, com que frequência no último mês, essa pessoa lhe referiu que você tinha ...?**

		Nunca	Menos de 1 vez por semana	1 a 2 vezes por semana	3 ou mais vezes por semana
<b>a.</b>	Ressonado				
<b>b.</b>	Grandes pausas respiratórias enquanto dormia				
<b>c.</b>	Tremor ou sacudidelas das pernas enquanto dormia				
<b>d.</b>	Episódios de desorientação ou confusão enquanto dormia				
<b>e.</b>	Outro tipo de transtornos enquanto dormia (por favor descreva)				

**IX Parte**  
**ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH**

Qual a probabilidade de dormir (passar pelas brasas) ou de adormecer – e não apenas sentir-se cansado (a) nas seguintes situações?

Este questionário refere-se ao seu modo de vida habitual nos últimos tempos. Mesmo que não tenha feito algumas destas coisas ultimamente, tente imaginar como é que elas o/a afetariam.

Use a escala que se segue para escolher o número mais apropriada para cada situação:

- 0 – nenhuma possibilidade de dormir
- 1 – ligeira possibilidade de dormir
- 2 – moderada possibilidade de dormir
- 3 – forte possibilidade de dormir

É importante que responda a cada questão o melhor que puder

<b>Situação</b>	<b>Possibilidade de dormir</b>
1 - Sentado (a) a ler	
2 - Ver televisão	
3 - Sentado (a) inativo (a) num lugar público (por exemplo sala de aula, igreja, cinema ou reunião)	
4 - Como passageiro (a) num carro, comboio ou autocarro, durante uma hora, sem paragem	
5 - Deitado (a) a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem	
6 - Sentado (a) a conversar com alguém	
7 - Sentado (a) calmamente depois de um almoço sem ter bebido álcool	
8 - Ao volante, parado(a) no trânsito durante uns minutos	

## X Parte

### INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE DE EYSENCK (versão curta)

As perguntas a seguir dizem respeito ao modo como reage, sente e atua. Para cada uma das questões procure indicar qual das respostas representa a sua maneira atual de agir ou sentir, seleccionando o algarismo que melhor descreve o seu caso. Não há respostas certas ou erradas: o que nos interessa é a sua reação imediata a cada uma das perguntas. **Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.**

---

A classificação é a seguinte:

1 – Não se aplica quase nunca a mim

2 – Aplica-se a mim poucas vezes

3 – Aplica-se a mim muitas vezes

4 – Aplica-se a mim quase sempre

---

	Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
a) Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	1	2	3	4
b) O seu humor tem altos e baixos?	1	2	3	4
c) É uma pessoa cheia de vida?	1	2	3	4
d) Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	1	2	3	4
e) Gosta de se misturar com as pessoas?	1	2	3	4
f) Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	1	2	3	4
g) Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	1	2	3	4
h) É perturbado por sentimentos de culpa?	1	2	3	4
i) Vai e diverte-se muito numa festa animada?	1	2	3	4
j) Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	1	2	3	4
k) Gosta de pregar partidas?	1	2	3	4
l) Sofre de insónia?	1	2	3	4