

HÁBITOS DE SONO E ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE: QUE RELAÇÃO?

Teresa Rebelo Pinto, Centro de Electroencefalografia e Neurofisiologia Clínica,
teresa@rebelopinto.eu

Cátia Amaral, ISPA – Instituto Universitário, csolamaral@gmail.com

Vera Neves da Silva, ISPA – Instituto Universitário,
veranevedasilva@gmail.com

Joana Silva, ISPA – Instituto Universitário, joana.r.s.silva@gmail.com

Isabel Leal, ISPA – Instituto Universitário, ileal@ispa.pt

Teresa Paiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, teresapaiva0@gmail.com

RESUMO: Este trabalho procura explorar as relações entre os hábitos de sono, os níveis de sonolência diurna e as queixas de ansiedade, depressão e stresse em adolescentes portugueses. 1613 jovens entre os 12 e os 18 anos (média=14,23, DP=1,752) responderam ao Questionário para Adolescentes AS, que incluía variáveis demográficas e sobre hábitos de sono, queixas de saúde, uma escala de ansiedade, depressão e stresse (EADS 21) e uma escala de sonolência (CASQ). 53,3% dos participantes eram do sexo feminino. Os resultados indicam que os níveis de sonolência diurna e os sintomas de depressão ($R_s=0,371$), ansiedade ($R_s=0,327$) e sobretudo stresse ($R_s=0,405$) estão significativamente correlacionados. Os jovens que apresentam maior sonolência diurna e sintomas de ansiedade, depressão e stresse são os que têm piores hábitos de higiene do sono, mais dificuldades em dormir bem ou adormecer, excesso de peso ou dores de cabeça. Conclui-se que a promoção de hábitos de sono saudáveis nos jovens será um factor importante na prevenção/tratamento de sintomas de depressão, ansiedade e stresse.

Enquadramento

Nos últimos anos, a prevalência de problemas relacionados com a saúde mental tem vindo a aumentar na população em geral e em particular em Portugal. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), o crescimento das perturbações da saúde mental constitui um dos aspectos mais preocupantes no âmbito da Saúde Pública, sobretudo quando admitindo que estas se devem a uma combinação de factores sociais, biológicos e psicológicos.

Pese embora se reconheçam as causalidades múltiplas associadas a este fenómeno, importa estudar as interacções entre estas perturbações e outros acontecimentos da sociedade moderna, como é o caso da redução sistemática das horas de sono dos jovens. Deste modo, procurando estabelecer relações entre os diferentes componentes da saúde, com este estudo

pretende-se contribuir para uma melhor compreensão da adolescência e, conseqüentemente, uma melhor preparação para desenvolver programas que ajudem os jovens a adoptar estilos de vida mais saudáveis e protectores do seu crescimento futuro.

O sono é um tema que tem vindo a ganhar importância na sociedade, não só porque se regista um aumento das perturbações de sono, mas também porque tem aumentado o número de investigações realizadas sobre o assunto (Rebelo Pinto, 2010).

Nos adolescentes, registam-se grandes alterações no ciclo vigília-sono (Tate, Richardson & Carskadon, 2002), e é importante esclarecer a sua origem, provavelmente relacionada com a interacção de diversos factores, designadamente as grandes mudanças sociais e fisiológicas que acompanham a puberdade (Richardson & Tate, 2002). Com efeito, o estilo de vida moderno torna-se por vezes incompatível com um bom sono, na medida em que convida constantemente os adolescentes a adoptar comportamentos contraditórios com a higiene e qualidade do sono.

Durante a adolescência, parece existir uma tendência para a privação de sono crónica, o que gera uma enorme dívida de sono (Dahl, 1999). Na origem deste fenómeno destacam-se factores de várias ordens. Por um lado, as mudanças neuro-fisiológicas da puberdade potenciam um ligeiro atraso de fase e uma maior necessidade de dormir (Richardson & Tate, 2002; Paiva, 2008). Socialmente, aumentam as exigências nos diferentes contextos de vida dos adolescentes (escola, família, grupos de pares, etc.), o que permite compreender a sobrevalorização de outras actividades que não o sono (Carskadon, 1999). A nível pessoal, o jovem experimenta novas formas de pensamento e uma crescente autonomia em relação ao meio familiar, o que lhe permite um maior controlo em relação aos hábitos quotidianos. Por falta de interesse ou de conhecimentos sobre o assunto, é frequente que os jovens não

valorizem devidamente os seus comportamentos relacionados com o sono (Rebelo Pinto, 2010).

O sono nos adolescentes tem sido estudado internacionalmente, no sentido de perceber quais os seus comportamentos típicos, bem como os factores que podem estar na sua origem (Carskadon, 2002). Em Portugal, sabe-se muito pouco para além do número de horas que costumam dormir e da frequência com que se sentem sonolentos durante o dia (Gaspar de Matos, Loureiro e Veiga, 2009). Noutros países, porém, a privação de sono e os seus maus hábitos têm sido associados a comportamentos agressivos, distúrbios emocionais e dificuldades no desempenho académico (e.g: Ramsawh et al, 2009).

A ansiedade é um estado bastante prevalente na adolescência, quer por causas sociais, como o *bullying* ou problemas com os pares, quer por padrões familiares já existentes. Frequentemente, situações de ansiedade nos jovens conduzem a casos depressivos. Os problemas de ansiedade, stresse ou depressão podem prejudicar a higiene do sono e o inverso também é verdadeiro.

A ansiedade, o stresse e a depressão constituem três dimensões afectivas negativas clássicas tanto na psicologia como na psicopatologia. Apesar das definições independentes, são reconhecidas as sobreposições entre a ansiedade e depressão, tanto a nível estatístico como do ponto de vista da saúde mental. Por isso, as três correlacionam-se e são associadas entre si aquando do surgimento de uma das patologias (Leal, 2004).

Clark e Watson (1991) definiram o modelo tripartido em que os sintomas da ansiedade e depressão se conjugam em três estruturas básicas. A utilização prática deste modelo levou à construção de várias medidas, tal como a *Depression Anxiety Stresse Scale* (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995, cit. Por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) cujo objectivo é

discriminar as dimensões que avalia. No ponto em que se apresenta a metodologia deste estudo, será referida esta escala, cuja versão portuguesa foi utilizada no instrumento.

O stresse relaciona-se com o sono de forma bilateral (Sahed & Gruber, 2002), isto é, uma vida excessivamente potenciadora de stresse pode perturbar o ciclo vigília-sono, sendo por vezes o sono em si mesmo um factor “stresseante” para o adolescente que atribui maior importância a outras áreas da sua vida e tem pouco tempo para dormir. Por outro lado, os sintomas de ansiedade aumentam com a irregularidade de horários de sono adoptados. Parecem existir maiores dificuldades de sono, nomeadamente despertares precoces nos estudantes com maiores níveis de ansiedade (Almondes & Araújo, 2003). Também Dahl (2002) relaciona a regulação pessoal do ciclo sono-vigília na vida dos adolescentes com processos afectivos e cognitivos, confirmando a estreita ligação entre privação de sono e mudanças a nível emocional.

Por fim, existem evidências da influência dos transtornos de sono nos comportamentos violentos. Alóe, Schenck e Teixeira (2004) verificaram que a experiência de um sono perturbado aumenta a probabilidade de desenvolver excessivamente a agressividade. Tais conclusões representam um risco acrescido ao quotidiano dos adolescentes com problemáticas ou défice significativo de sono, que se apresentam, de certo modo, incapacitados em tarefas de auto-regulação emocional, aumentando o risco de incorrer em comportamentos violentos como violência física ou sexual e o abuso de álcool e drogas.

Apesar da relevante evolução dos conhecimentos sobre o sono nas últimas décadas (Paiva, 2008) existem lacunas no que se refere investigações com populações adolescentes, cujos dados possam suscitar e legitimar intervenções educativas e terapêuticas adequadas e cientificamente fundamentadas (Carskadon, 2002). Tal como afirmam Glovinsk e Spielman

(2006), a capacidade de dormir não se resume a uma resposta ao estado de sonolência, relacionando-se de forma muito particular com os significados individuais que os adolescentes atribuem ao sono. Uma vez que a adesão aos princípios da higiene do sono é menos provável quando as pessoas apresentam crenças irrealistas, muitas vezes enraizadas e difíceis de substituir, considera-se a adolescência como um período crítico na promoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente no que diz respeito ao sono e à saúde mental. A adopção de uma postura preventiva torna-se essencial para garantir adultos mais bem sucedidos e saudáveis (Wolfson, 2002). Contudo, para que as intervenções produzam os efeitos desejados, é absolutamente necessário perceber em que áreas é prioritário actuar. É este o principal objectivo deste trabalho.

Objectivos

Com este estudo, pretende-se explorar as relações existentes entre níveis de sonolência diurna e sintomas de ansiedade, depressão e stresse em adolescentes portugueses. Este trabalho visa ainda verificar tendências nessas duas áreas de acordo com hábitos de sono e características socio-demográficas (sexo, idade, índice de massa corporal e sintomas médicos isolados). Finalmente, num âmbito mais geral, pretende-se que os dados obtidos possam suportar a necessidade de intervenção no domínio da prevenção na área da saúde mental.

Metodologia

Participantes

Participaram neste estudo 1613 jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos (média=14,23, DP=1,752). Os participantes eram provenientes de 10 escolas espalhadas pelas regiões do Norte (61,3%), Centro (15,8%), Lisboa (19,8%) e Regiões Autónomas (3,1%), de acordo com a divisão NUTS II. O método de amostragem foi por conveniência.

Instrumentos

Utilizou-se neste trabalho o “Questionário para Adolescentes – AS”, construído propositadamente para um estudo mais alargado. O instrumento é constituído por quatro partes distintas (ver anexo 1). A primeira corresponde aos dados pessoais do participante, incluindo aspectos demográficos como sexo, idade e ano de escolaridade, mas também outros assuntos relevantes para o estudo do sono. Na segunda e terceira partes encontram-se duas escalas pré-validadas para a população portuguesa, respectivamente: Cleveland Adolescent Sleepiness Scale – CASQ (Spilsbury, Drotar, Rosen & Redline, 2007) e Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse – EADS 21 (Leal, Antunes, Passos, Pais-Ribeiro & Maroco, 2009). A quarta e última parte diz respeito a hábitos de sono e sintomas médicos frequentes.

Procedimentos

Para a construção do instrumento referido, foram recolhidas as devidas autorizações dos autores das escalas ou adaptações que integra. Posteriormente, com base na análise de investigações anteriores (e.g: Rebelo Pinto, 2010), foram seleccionados os itens a acrescentar no instrumento utilizado. Os questionários e respectivas orientações para aplicação foram enviadas por correio electrónico para escolas que voluntariamente participaram no estudo. Os dados foram recolhidos em papel e analisados com o SPSS (v. 17.0, SPSS Inc, Chicago, IL). Foram considerados estatisticamente significativos os resultados com p-value inferior a 0,05.

Análise e discussão de dados

Seguindo os objectivos já mencionados, os dados foram analisados de modo a explorar relações entre as variáveis em estudo e a sua distribuição de acordo com variáveis demográficas e hábitos de sono.

Em primeiro lugar, importa destacar que os participantes deste estudo (distribuídos por zonas muito distintas do país) revelam horários de sono semelhantes a estudos anteriores. Utilizando a variável “ciclo de estudos”, observa-se que os participantes mais velhos (ensino secundário) dormem em média 07:42m, menos que os do 3º ciclo (08:35m). É preocupante que 54,1% dos participantes durmam, durante a semana, menos de 8h por noite, uma vez que o recomendado para esta faixa etária é entre 8 e 9h de sono.

Tal como se verificou noutros trabalhos, a sonolência diurna – sinal de que o sono é insuficiente ou de má qualidade – está correlacionada com os sintomas de ansiedade ($R_s=0,371$), depressão ($R_s=0,327$) e stresse ($R_s=0,405$). Os jovens que dormem menos apresentam maiores níveis de sonolência diurna ($R=-0,241$) e são tendencialmente mais velhos ($R_s=-0,409$), o que sustenta a hipótese de que os hábitos de sono pioram com a idade.

Quando se analisam as diferenças nas respostas de acordo com o sexo, verifica-se que as raparigas apresentam níveis mais elevados em todas as dimensões avaliadas: sonolência diurna ($t=2,536$; $p=0,011$), ansiedade ($t=5,008$; $p=0,000$), depressão ($t=6,773$; $p=0,000$) e stresse ($t=7,599$; $p=0,000$). Contudo, apenas as médias de sonolência diurna ($t=-7,696$; $p=0,000$) e de sintomas de ansiedade ($t=4,092$; $p=0,000$) diferem significativamente de acordo com a idade, sendo que a sonolência é maior nos alunos de ensino secundário do que nos do 3º ciclo e a ansiedade funciona de forma inversa.

Considerando que a higiene do sono influencia a sua qualidade, procurámos analisar quais os comportamentos que mais interferiam com um bom sono. Distinguindo entre hábitos prévios e posteriores ao deitar, verificou-se que o sair frequentemente com amigos, consumir bebidas com cafeína e álcool, estar no computador e enviar mensagens escritas já na cama são os comportamentos que mais se associam ao sono de má qualidade ou insuficiente, traduzido em sonolência diurna mais elevada, em horários de deitar mais tardios e em menos horas de

sono por noite. Por exemplo, os jovens que costumam sair à noite deitam-se em média 30 minutos (durante a semana) ou 58 minutos (ao fim de semana) mais tarde do que os que não o costumam fazer, dormindo em média menos 40 minutos nos dias de semana. Em relação aos sintomas de ansiedade, depressão e stresse, os diferentes hábitos associam-se a estas dimensões de forma distinta, destacando-se o stresse como a dimensão que mais se relaciona com hábitos de sono. Por exemplo, os jovens que fumam antes de se deitar são os que têm mais sintomas de ansiedade, depressão e stresse, não apresentando este comportamento qualquer relação com os níveis de sonolência diurna.

Quanto aos problemas de sono, verificou-se que as dificuldades em adormecer ou dormir toda a noite de seguida são as que mais se relacionam com os níveis de sonolência diurna. Porém, eventos como “ter muitos pesadelos” e “não conseguir ir para a cama antes da meia-noite” representam jovens com níveis significativamente mais elevados de sonolência, ansiedade, depressão e stresse ($p=0,000$). Daqui se conclui que apesar de a sonolência se correlacionar positivamente com as 3 dimensões da EADS, é interessante observar que as dimensões se interligam de forma distinta quando comparando diferentes hábitos e sintomas.

Em relação à existência de problemas de saúde específicos, verifica-se uma forte relação entre poucas horas de sono, maior sonolência diurna e níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stresse com o excesso de peso e as dores de cabeça frequentes. De acordo com a literatura, estes são problemas de saúde repetidamente associados a problemas de sono. É curioso verificar que estes problemas também são mais frequentes nos jovens que reportam maiores níveis de ansiedade, depressão e stresse.

Em síntese, os dados obtidos permitem concluir que em Portugal existem demasiados adolescentes que estão em privação de sono crónica, correndo assim maiores riscos para a sua saúde e desempenho escolar, familiar e social. Considerando as fortes relações entre os

resultados na escala de sonolência e na EADS, salienta-se a importância de intervir em ambas as áreas quando se fala de promoção da saúde. Por outro lado, comprova-se que os maus hábitos de sono estão relacionados com o aumento dos níveis de sonolência, ansiedade, depressão e stress, comprometendo a vida diurna dos adolescentes. Estas dimensões também são mais elevadas em jovens com mais problemas de saúde, pelo que será importante promover bons hábitos de sono e prevenir sintomas de ansiedade numa perspectiva de Saúde Pública.

A intervenção assume assim um papel primordial no caso dos adolescentes, considerando a forte probabilidade de que as dificuldades em dormir durante a fase de crescimento poderão evoluir para problemáticas de sono que se tornam crónicas ao longo da vida adulta. Acresce que os distúrbios do sono têm vindo a aumentar entre a população juvenil, sobretudo devido à progressiva exigência de alerta numa era de modernização e à pouca importância que tem sido atribuída ao tema (Santos, 2006) e que a prevalência de problemas de sono corresponde frequentemente ao aumento de sintomas depressivos, de stress e de ansiedade.

Comentários finais

Os resultados encontrados neste estudo confirmam que os jovens portugueses dormem pouco e apresentam comorbilidades que não devem ficar esquecidas. É do interesse comum que os educadores desenvolvam estratégias para promover adultos maduros, responsáveis e saudáveis, e uma vez que não somos saudáveis se o nosso sono não o for também (Dement, 2002), e que os hábitos de sono estão associados a maiores riscos de problemas emocionais, o sono deve transformar-se numa preocupação prioritária na sociedade actual, particularmente no âmbito da saúde e da saúde mental e numa postura de prevenção entre os mais jovens.

É importante lembrar que este trabalho deixa alguns caminhos em aberto no que diz respeito à exploração de relações entre ansiedade, depressão e stresse e hábitos de sono, sonolência e problemas de saúde. Partindo de uma amostra à escala nacional, encaram-se os resultados obtidos como o ponto de partida para estudos mais aprofundados.

Em suma, sendo o sono um elemento primordial na manutenção da saúde e do bem-estar, e sendo, para os adolescentes, uma componente fundamental do seu desenvolvimento, designadamente nas questões emocionais, fica para os educadores o desafio de encontrar formas adequadas e eficazes de os ajudar a desvendar os mistérios do sono, contribuindo assim para um crescimento mais sã e com menos riscos de ansiedade, depressão e stresse.

Referências

- Almondes, K. M. and Araújo, J. F. (2003). Padrão do Ciclo Sono-Vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 8 (1): 37-43.
- Alóe, F., Schenck, C. & Teixeira, V. (2004). Transtornos do sono e violência. In J. Taborda, M. Chalub & E. Abdalla-Filho (orgs). *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed.
- Carskadon, M. (1999). When worlds collide: adolescent need for sleep versus societal demands. *Phi Delta Kappan*, vol. 80 (5): 348-353.
- Carskadon, M. (2002). Factors influencing sleep patterns of adolescents. In M. Carskadon (Ed.). *Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social and Psychological Influences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Clark, L., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3): 316-336.
- Dahl, R. (1999). The Consequences of Insufficient Sleep for Adolescents. *PHI DELTA KAPPAN, Janeiro*: 354-359.
- Dahl, R. (2002). The regulation of sleep arousal, affect, and attention in adolescence: some questions and speculations. In M. Carskadon (Ed.). *Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social and Psychological Influences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dement, W. (2002). Foreword. In M. Carskadon (Ed.). *Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social and Psychological Influences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gaspar de Matos, M., Loureiro, N. & Veiga, G. (2009). O sono e o corpo. In Gaspar de Matos & Sampaio (Coords). *Jovens com Saúde – Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores.
- Glovinsky, P. & Spielman, A. (2006). *The Insomnia Answer*. New York: Perigee.

- Leal, I., Antunes, R., Passos, T., Pais-Ribeiro, J. & Maroco, J. (2009). Estudo da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças (EADS-C). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10(2): 277-284.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2): 229-239.
- Paiva, T. (2008). *Bom Sono, Boa Vida*. Lisboa Oficina do Livro.
- Ramsawh, H., Stein, M., Belik, S., Jacobi, F. & Sareen, J. (2009). Relationship of anxiety disorders, sleep quality, and functional impairment in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 43: 926-933.
- Rebello Pinto, T. (2010). *O sono em adolescentes portugueses – Estudo exploratório no âmbito da Educação para a Saúde*. Tese de Mestrado não publicada. Lisboa: ISPA-IU.
- Richardson, G. & Tate, B. (2002). Endocrine changes associated with puberty and adolescence. In M. Carskadon (Ed.). *Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social and Psychological Influences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sadeh, A., and Gruber, R. (2002). Stresse and Sleep in Adolescence: A Clinical-Developmental Perspective. In M. Carskadon (Ed.). *Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social and Psychological Influences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Santos, J. (2006). Abordagem do doente com patologia do sono. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22: 599- 610.
- Spilisbury, J., Drotar, D., Rosen, C. & Redline, S. (2007). The Cleveland Adolescent Sleepiness Questionnaire: A new measure to assess excessive daytime sleepiness in adolescents. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, October 15; 3(6): 603–612.
- SPSS (2007). Statistical Package for Social Sciences, v. 17.0. Chigago, IL: SPSS Inc.
- Tate, B., Richardson, G., and Carskadon, M. (2002). Maturation Changes in Sleep-wake Timing: Longitudinal Studies of the Circadian Activity Rhythm of a Diurnal Rodente. In M. Carskadon (Ed.). *Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social and Psychological Influences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wolfson, A. (2002). Bridging the Gap between Research and Practice: What Will Adolescents' Sleep-Wave Patterns Look Like in the 21st Century? In M. Carskadon (Ed.). *Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social and Psychological Influences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Anexos

Anexo 1 – Questionário para Adolescentes – AS



QUESTIONÁRIO PARA ADOLESCENTES - AS

Olá! Este questionário integra-se no Projecto Sono-Escolas e pretende recolher alguns dados sobre hábitos de sono em adolescentes. As tuas respostas são **totalmente anónimas**. Pedimos-te que respondas a todas as questões com calma e de uma forma **sincera**. Se tiveres dúvidas, pede ajuda ao teu professor. Agradecemos a tua colaboração.

PARTE

Data ____/____/____ Dia da semana _____ Hora _____
Idade _____ Sexo _____ Ano de escolaridade _____
Peso _____ Altura _____ Turma _____

Quais as tuas notas do 1º Período: Português _____ Matemática _____
(Se não tens Matemática, preenche em relação a uma disciplina específica da tua área):
Nome da disciplina _____ Nota _____

Que actividades extra-curriculares frequentas? _____

Por favor, preenche cada espaço deste quadro:

	Durante a Semana	Fins-de-Semana
A que horas te deitas habitualmente?		
A que horas te levantas habitualmente?		
Em média, quantas horas dormes por noite? (Pode ser diferente das horas que estás deitado!)		

Acho que sou uma pessoa que dorme:

Mal / Razoavelmente / Bem / Muito bem
(assinala com um uma das opções)

PARTE

Agora, lê com atenção as frases que se seguem acerca do teu sono. Marca um **X** no espaço que melhor corresponde ao que se passa habitualmente contigo. É importante que sejas tu a responder, não há respostas certas ou erradas. O que é importante é responder com sinceridade.

	Nunca (0 vezes por mês)	Raramente (Menos de 3 vezes por mês)	Algumas vezes (1-2 vezes por semana)	Frequente-mente (3-4 vezes por semana)	Quase sempre (5 ou mais vezes por semana)
1. Adormeço durante as aulas da manhã					
2. Consigo aguentar o dia inteiro na escola sem me sentir cansado					



	Nunca (0 vezes por mês)	Raramente (Menos de 3 vezes por mês)	Algumas vezes (1-2 vezes por semana)	Frequente-mente (3-4 vezes por semana)	Quase sempre (5 ou mais vezes por semana)
3. Adormeço na última aula do dia					
4. Fico sonolento(a) quando ando de carro mais de 5 minutos					
5. Fico bem acordado(a) durante todo o dia					
6. Adormeço na escola nas aulas da tarde					
7. Sinto-me desperto (a) durante as aulas					
8. Sinto-me sonolento(a) ao fim do dia depois das aulas					
9. Sinto-me sonolento(a) quando vou de autocarro para uma actividade da escola (por ex. visita de estudo, jogo desportivo)					
10. De manhã, quando estou na escola, adormeço					
11. Quando estou nas aulas, sinto-me bem desperto(a)					
12. Sinto-me sonolento quando faço os trabalhos de casa à noite depois da escola					
13. Estou bem desperto(a) na última aula do dia					
14. Adormeço quando ando de carro, de autocarro ou de comboio					
15. Durante o dia na escola, há momentos em que me dou conta que acabei de adormecer					
16. Adormeço quando faço os trabalhos da escola à noite em casa					

PARTE

Agora, lê com atenção as frases que se seguem. Marca um **X** no espaço que melhor corresponde ao que se aplicou a ti durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leves muito tempo a pensar nas respostas.

	Não se aplicou nada a mim.	Aplicou-se a mim algumas vezes.	Aplicou-se a mim muitas vezes.	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes.
--	-----------------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------------



	Não se aplicou nada a mim.	Aplicou-se a mim algumas vezes.	Aplicou-se a mim muitas vezes.	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes.
1. Tive dificuldades em acalmar-me				
2. Senti a boca seca				
3. Não consegui ter nenhum sentimento bom. Por ex.: Achar que só me acontecem coisas más				
4. Senti dificuldades em respirar				
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas. Por ex.: Não me apeteceu ver televisão, estudar nem estar no computador				
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações. Por ex.: apeteceu-me bater num(a) colega				
7. Senti tremores. Por ex.: nas mãos, nas pernas				
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa				
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula. Por ex.: Ter medo ou os meus amigos gozarem comigo				
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro. Por ex.: Que nada do que eu sonho se podia tornar realidade				
11. Dei por mim a ficar agitado(a)				
12. Senti dificuldade em relaxar-me				
13. Senti-me desanimado/cansado e melancólico/tristonho				
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer. Por ex.: Faltar a luz, não conseguir terminar um trabalho e ficar muito irritado				
15. Senti-me quase a entrar em pânico, ou seja, tive medo e fiquei muito assustado				
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada. Por ex.: Não tive vontade de sair, estar com amigos ou fazer desporto				
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa, ou seja, senti-me pouco importante				
18. Senti que por vezes estava sensível. Por ex.: Tive vontade de chorar sem saber porquê				
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico. Por ex.: o coração começou a bater muito depressa, de repente				
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para				



	Não se aplicou nada a mim.	Aplicou-se a mim algumas vezes.	Aplicou-se a mim muitas vezes.	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes.
isso				
21. Senti que a vida não tinha sentido. Por ex.: Parece que de repente as coisas deixaram de valer a pena				



PARTE

De acordo com os teus hábitos, assinala com uma cruz todas as afirmações **verdadeiras** para ti:

À noite costume:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sair à noite com amigos | <input type="checkbox"/> Ver televisão |
| <input type="checkbox"/> Beber café ou outras bebidas com cafeína | <input type="checkbox"/> Estar no computador |
| <input type="checkbox"/> Beber bebidas alcoólicas | <input type="checkbox"/> Jogar com consolas |
| <input type="checkbox"/> Fumar | <input type="checkbox"/> Praticar actividade física intensa (depois das 19h) |
| <input type="checkbox"/> Consumir drogas | |

Depois de me deitar costume:

- | | |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Deixar o telemóvel ligado com som | <input type="checkbox"/> Estar no computador |
| <input type="checkbox"/> Deixar o telemóvel ligado sem som | <input type="checkbox"/> Dormir com a luz acesa |
| <input type="checkbox"/> Telefonar a um amigo/a | <input type="checkbox"/> Acordar a meio da noite para comer |
| <input type="checkbox"/> Falar por SMS | <input type="checkbox"/> Ter dificuldade em dormir bem |

Em relação ao meu sono, costume:

- Ter dificuldade em adormecer ou em dormir toda a noite de seguida
- Ressonar
- Adormecer de repente em qualquer lado
- Passear pela casa a dormir (sonâmbulo)
- Ter muitos pesadelos
- Não conseguir ir para a cama antes da meia noite
- Outras. Quais: _____

Em relação à minha saúde, tenho ou já tive:

- Excesso de peso
- Asma ou problemas respiratórios
- Epilepsia ou desmaios
- Dores de cabeça
- Depressão
- Tensão alta
- Outras. Quais: _____

FIM!
Obrigado.