

ANDREIA LAGARTO CORREIA DE OLIVEIRA

CORRELATOS DA QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Porto, 2010

ANDREIA LAGARTO CORREIA DE OLIVEIRA

CORRELATOS DA QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Porto, 2010

ANDREIA LAGARTO CORREIA DE OLIVEIRA

CORRELATOS DA QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

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

Resumo

Ao longo da vida académica, os estudantes universitários passam por um importante período de desenvolvimento pessoal e social, com possíveis implicações na sua Qualidade de Vida (QDV). Assim, pretende-se com este estudo identificar e explorar os seus correlatos entre variáveis sociodemográficas, clínicas, perturbações do sono e perturbações afectivas.

Participaram 175 estudantes (81,1% do sexo feminino, média de idades 20,93 anos) da Universidade de Aveiro, a frequentar o 3º ano de diferentes licenciaturas no ano lectivo 2008/2009. Foi desenvolvido um Questionário Sócio-demográfico e Clínico que se administrou colectivamente com: o World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-Bref), a Epworth Sleepiness Scale (ESS) e a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Os resultados apontam para uma amostra, no geral, sem problemas significativos a nível da QDV e referidos correlatos, contudo, também se concluiu que: o sexo feminino apresenta pior QDV; quanto pior a percepção do estado de saúde menor a QDV; e, quanto mais problemas do sono, sintomas de ansiedade e depressão, pior a QDV.

Estes resultados confirmam, em geral, os dados da literatura analisada, tendo implicações para a prática clínica.

Palavras-chave: estudantes universitários, Qualidade de Vida (QDV), variáveis sociodemográficas e clínicas, perturbações do sono, perturbações afectivas.

Abstract

Throughout their academic life, college students go through an important period of personal and social development, with possible implications in their Quality of Life (QOL). This study aims, therefore, at identifying and exploring the correlates of college students' QOL between socio-demographic, clinical, sleep disorders, and affective disorders variables.

The subjects of the study were 175 students (81,1% females, average age 20,93) from the University of Aveiro, attending the third year of different degrees in the school year of 2008/2009. A Socio-Demographic and Clinical Questionnaire was devised and applied alongside with: the World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-Bref), the Epworth Sleepiness Scale (ESS) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

The outcomes reveal a sample that, in general, shows no significant problems at the QOL level and the reported correlates; however, we could also conclude that: females reveal worse QOL; the worse the health level perception is the lesser QOL; and, the more sleeping problems, anxiety and depression symptoms, the worse QOL.

In general, the results confirm the data conveyed by the literature reviewed, thereby having implications in the clinical practice.

Key words: college students, Quality of Life (QOL), socio-demographic and clinical variables, sleep disorders, affective disorders.

Résumé

La vie académique correspond à une période importante du développement personnel et social des étudiants universitaires, et peut éventuellement provoquer des répercussions sur leur Qualité de Vie (QDV). Le but de cette étude, est d'identifier et explorer les subséquentes corrélations entre variables sociodémographiques, cliniques, des troubles du sommeil et des perturbations affectives.

Ont participé 175 étudiants de l'Université de Aveiro (81,1% du sexe féminin, âge moyen 20,93 ans), en troisième année de licences diverses pendant l'année universitaire 2008/2009. Un Questionnaire Sociodémographique et Clinique a été distribué collectivement avec, joints : le World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-Bref), la Epworth Sleepiness Scale (ESS) et l' Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Les résultats révèlent un échantillon généralement sans problèmes significatifs au niveau de la QDV et des corrélations référencées. Néanmoins, l'étude a mis en évidence que : le sexe féminin a une QDV moindre ; la diminution de la perception de l'état de santé implique une QDV inférieure ; l'augmentation des troubles du sommeil, des symptômes d'anxiété et de dépression réduisent la QDV.

Ces résultats confirment, dans l'ensemble, les positions de la littérature analysées, et de ce fait se répercutent dans la pratique clinique.

Mots-clés : étudiants universitaires, Qualité de Vie (QDV), variables sociodémographiques et cliniques, troubles du sommeil, perturbations affectives.

Índice	Pág.
Introdução	1
Parte I – Enquadramento teórico	
Capítulo I – Perturbações do sono	5
1.1 A importância do sono e suas fases	5
1.2 Definição e classificações das perturbações do sono	10
1.3 Perturbações do sono em estudantes universitários	20
Capítulo II – Perturbações afectivas	25
2.1 Importância, definição e classificações das perturbações afectivas	25
2.2 Perturbações afectivas em estudantes universitários	39
Capítulo III – Qualidade de Vida	42
3.1 Importância e definição de Qualidade de Vida	42
3.2 Avaliação da Qualidade de Vida	52
3.3 Qualidade de Vida de estudantes universitários	57
Parte II – Contribuição empírica	
Capítulo IV – Objectivos, hipóteses e variáveis do estudo	63
Capítulo V – Método	65
5.1 Participantes	65
5.2 Material	71
5.3 Procedimento	79
Capítulo VI – Apresentação e Discussão dos Resultados	82
6.1 Qualidade de Vida, Sonolência Diurna Excessiva, Ansiedade e Depressão	82

6.2 Relação entre Qualidade de Vida e variáveis sociodemográficas	85
6.3 Relação entre Qualidade de Vida e variáveis clínicas	87
6.4 Relação entre Qualidade de Vida e perturbações do sono	90
6.5 Relação entre Qualidade de Vida e ansiedade	91
6.6 Relação entre Qualidade de Vida e depressão	92
Conclusão	94

Referências Bibliográficas

Anexos

Anexo A – Quadro 1. Fases de um ciclo de sono num jovem adulto saudável

Anexo B – Quadro 2. The Internacional Classification of Sleep Disorders (Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono)

Anexo C – Quadro 3. Organização das perturbações do sono (DSM-IV-TR)

Anexo D – Quadro 4. Organização das perturbações do sono (ICD-10)

Anexo E – Figura 1. Representação esquemática da definição de Qualidade de Vida

Anexo F – Quadro 5. Domínios e Facetas do WHOQOL-Bref

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Categorias de diagnóstico de perturbações da ansiedade segundo o DSM-IV-TR e a ICD-10	28
Tabela 2 – Categorias de diagnóstico de perturbações depressivas segundo o DSM-IV-TR e a ICD-10	35
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica da amostra	68
Tabela 4 – Caracterização do estado de saúde da amostra	69
Tabela 5 – Caracterização do estado de sono	70
Tabela 6 – Frequência nas consultas de Psicologia e Psiquiatria e consumo de medicação psicotrópica	70
Tabela 7 – Coeficiente alpha de Cronbach para os domínios do WHOQOL-Bref, para a ESS e para a HADS	79
Tabela 8 – Resultados do teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov)	82
Tabela 9 – Medidas descritivas observadas nos domínios do WHOQOL-Bref, para a ESS e para a HADS	84
Tabela 10 – Caracterização do grau de ansiedade e depressão	85
Tabela 11 – Comparação da Qualidade de Vida em função do sexo	86
Tabela 12 – Comparação da Qualidade de Vida em função do nível socioeconómico	87
Tabela 13 – Comparação da Qualidade de Vida em função da percepção do estado de saúde	89
Tabela 14 – Comparação da Qualidade de Vida em função do facto de estar doente	89
Tabela 15 – Correlação da Qualidade de Vida com a sonolência diurna excessiva	91

	VII
Tabela 16 – Comparação da Qualidade de Vida em função do facto de ter insónias	91
Tabela 17 – Correlação da Qualidade de Vida com a ansiedade e depressão	93

Índice de Figuras

Figura 1 – Os dois traços latentes para ansiedade e depressão

37

Lista de Siglas

QDV – Qualidade de Vida

UA – Universidade de Aveiro

NREM – Sono lento

REM – Sono Paradoxal

EEG – Electroencefalograma

EOG – Electroóculograma

ICSD – International Classification of Sleep Disorders

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

APA – American Psychological Association

The WHO – The World Health Organization

SDE – Sonolência Diurna Excessiva

ESS – Epworth Sleepiness Scale

HADS – The Hospital Anxiety and Depression Scale

WHOQOL-Bref – The World Health Organization Quality of Life-Bref

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHOQOL-100 – The World Health Organization Quality of Life-100

WHOQOL-Group – The World Health Organization Quality of Life-Group

BDI – Beck Depression Inventory

SASUA – Serviços de Acção Social da Universidade de Aveiro

Introdução

Cramer (1994, citado por Pais-Ribeiro, 2005 p. 101) afirma que “Qualidade de Vida é um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou de incapacidade”. De facto, a “Qualidade de Vida é uma das dimensões da vida humana, desejada e perseguida por todos os indivíduos desde a infância até à velhice” (Barbosa & Ribeiro, 2000, p. 149) e, neste sentido, tem sido objecto de investimento e de investigação em diversas áreas do conhecimento, durante as últimas décadas, pretendendo-se ultrapassar a ambiguidade e subjectividade que lhe estão associadas, definindo-a em termos concretos, gerais e válidos para todos os indivíduos e sociedades (Barbosa & Ribeiro, 2000).

O relatório “The Impact of Increasing Levels of Psychological Disturbance amongst Students in Higher Education”, elaborado em 1999 por responsáveis de serviços de aconselhamento da Association for University and College Counselling (uma divisão da British Association for Counselling), revelou que existe consenso geral quanto ao facto dos problemas de saúde mental estarem a aumentar entre os jovens, envolvendo “doenças psiquiátricas, distúrbios do comportamento e dificuldades psicológicas e sociais, os quais podem ter efeitos seriamente perniciosos na capacidade de os estudantes prosseguirem os seus estudos adequadamente” (Dias, 2006, p. 137).

Como afirmam Tosevski, Milovancevic e Gajic (2010, p. 48), “os estudantes universitários representam o capital nacional e investimento para o futuro” e, ao enfrentarem múltiplos stressores, como desempenho académico, pressão constante para ter sucesso, conflitos com os pares e preocupações com o futuro, podem desenvolver psicopatologias (Dias, 2006). Estudos revelaram problemas como ansiedade, baixa auto-eficácia, abuso de substâncias, depressão, distúrbios alimentares, auto-mutilações e suicídio e o conhecimento destas situações é essencial para o desenvolvimento de programas de intervenção que, indo de encontro às necessidades dos estudantes, os ajudem no processo de coping dos seus problemas (Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010).

Em Portugal, o estudo na área da vida académica dos estudantes universitários e a preocupação com questões como bem-estar no ensino superior data de inícios da

década de 80 do século XX, pela Universidade Técnica de Lisboa, como pioneira neste contexto (Gomes, 2001). Ao longo do tempo e actualmente continua a ser uma área de investigação que requer a devida atenção, sendo que um estudo de Tinto (1987) apontou para cerca de 40% de estudantes universitários a vivenciarem problemas significativos de ordem psicológica enquanto frequentavam a universidade. De facto, existe um conjunto vasto de desafios presente no contexto académico que tem, em maior ou menor grau, impacto na vida dos estudantes universitários e seu desenvolvimento pessoal e social (Soares, Guisande, Diniz & Almeida, 2006).

Neste sentido, compreende-se que há factores associados à vida na Universidade - construção da identidade, procura de novas relações significativas, horários de aulas e frequências a determinadas aulas marcados por irregularidades; horários de estudo e trabalho escolar autónomo; diminuição dos limites parentais; exigências de responsabilidade; preparação para o mundo de trabalho, etc. - que podem criar contextos propícios a que um aluno sofra distúrbios afectivos e altere os seus horários de sono e vigília, de trabalho e de lazer (Gomes, 2001; Silva & Costa, 2005). É possível afirmar que “o ensino superior facilita a resolução de importantes tarefas desenvolvimentistas como a consolidação da identidade, a construção da intimidade ou a aquisição de uma maior autonomia e independência familiar” (Ferreira & Ferreira, 2005, p. 133), no entanto, importa ter em consideração que é nesta etapa da vida - a fase adulta - que os estudantes podem apresentar dificuldades desenvolvimentais com maior ou menor gravidade, pois este é um processo em permanente construção que, por sua vez, pode reflectir problemas de “uma estrutura neurótica, limite ou psicótica da personalidade porque a estrutura da personalidade não está de facto ainda consolidada” (Dias, 2006, p. 137). Compreende-se, portanto, que “a juventude é uma fase de procura de si próprio e de um sentido para a vida” (Silva & Costa, 2005, p. 111).

Paralelamente, sabe-se que a ansiedade e a depressão são as perturbações afectivas que mais frequentemente levam os indivíduos a procurar ajuda terapêutica (Hallstrom & McClure, 2000). Ora, sendo a depressão o transtorno psiquiátrico mais frequente e debilitante e a depressão major a 4ª maior causa global de incapacitação, prevendo-se que em 2020 seja a 2ª maior causa (Murray & Lopez, 1997), torna-se pertinente estudar esta perturbação afectiva nos jovens estudantes. Também a ansiedade se revela essencial de abordar no contexto académico, contexto capaz de despoletar esta

perturbação, uma vez é aqui que se vivenciam importantes desafios inerentes ao facto de se ser estudante, jovem adulto, em construção do presente e do futuro que é e será a sua vida num mundo em mudança (Ferreia & Ferreira, 2005).

Por sua vez, as perturbações do sono (como a sonolência diurna excessiva - SDE - e as insónias) também são de estudar, reconhecendo a importância fulcral do sono no quotidiano dos indivíduos, neste caso especificamente dos estudantes universitários. A opinião geral que por vezes emerge é a de “uma população saudável, não tendo propriamente problemas de sono nem implicações significativas no funcionamento diurno (apenas problemas do foro clínico terão repercussão diurna assinalável)” (Gomes, 2001, p. 5). Mas na prática a vida universitária nem sempre é caracterizada por comportamentos saudáveis de sono (Gomes, Tavares & Azevedo, 2009) e, de facto, “os estudantes universitários nem sempre têm uma boa higiene de sono (p.e., em virtude de estudarem noite dentro, saírem à noite e/ou consumirem substâncias)” (Gomes, 2001, p. 5). Justifica-se também assim a importância de estudar o sono nesta população, no sentido que “ao se avaliar o sono, está-se a avaliar uma parte da vida” (Rios, Peixoto & Senra, 2008, p. 34), uma vez que as perturbações do sono “provocam consequências adversas na vida das pessoas ao diminuir o funcionamento diário, aumentar a propensão a distúrbios psiquiátricos, défices cognitivos, problemas de saúde, riscos de acidentes de tráfego, absentismo no trabalho, e por comprometer a qualidade de vida (Müller & Guimarães, 2007, para. 6).

Assim, revela-se pertinente estudar a realidade dos estudantes Portugueses, no contexto de uma Universidade Portuguesa, especificamente na Universidade de Aveiro (UA) (onde a autora do presente estudo assegura Consultas de Psicologia), analisando aspectos da vida de estudantes universitários, nomeadamente a Qualidade de Vida (QDV) e seus potenciais correlatos dos quais se destacam as perturbações do sono (SDE e insónias) e as perturbações afectivas (ansiedade e depressão).

A presente dissertação apresenta uma sequência que organiza por assuntos as áreas científicas abordadas, estando dividida em duas grandes partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico que, por sua vez, se subdivide em três capítulos. O primeiro capítulo diz respeito às perturbações do sono, o segundo às perturbações afectivas, e o terceiro refere-se à QDV. A segunda parte deste trabalho pertence à

contribuição empírica, que se divide em três capítulos: a enunciação dos objectivos, hipóteses e variáveis do estudo (quarto capítulo), o método (quinto capítulo) e a apresentação e discussão dos resultados encontrados no estudo (sexto capítulo). Por fim, apresenta-se uma reflexão (conclusão) acerca do trabalho realizado, seguindo-se as referências bibliográficas (obras que contribuíram para o nascimento desta dissertação) e os anexos.

Pretende-se, então, contribuir para lançar alguma luz sobre a área da QDV e seus correlatos e suscitar interesse neste sentido, de modo também a possibilitar futuramente uma melhor adequação de estratégias de intervenção neste campo, promovendo a QDV em contextos académicos.

Parte I – Enquadramento teórico

Capítulo I – Perturbações do sono

1.1 A importância do sono e suas fases

“O sono é uma condição imanente da própria vida” (Madalena, 1979, p. 11).

O sono é de importância vital à sobrevivência, sendo a necessidade de dormir tão imprescindível como a necessidade de respirar (Gomes, 2001) e esta necessidade de dormir, se não for satisfeita, “traduz-se em fadiga física e mental semelhante à fome e à sede e automaticamente faz sentir-se” (Madalena, 1979, p. 14). Segundo Chaplin (1981, p. 537), o sono é um “estado do organismo caracterizado por consciência bastante reduzida, inactividade, redução dos processos metabólicos e relativa insensibilidade à estimulação”. Por se tratar de um fenómeno complexo, é necessário ter em consideração que o sono é “um estado comportamental em que ocorre descanso e percepção reduzida a estímulos externos, sendo que a actividade cerebral abranda aderindo a um ritmo sincronizado, a frequência cardíaca diminui e os músculos relaxam” (Gomes, 2001, p. 16). Contudo, o sono “não é um estado passivo e sim um estado de introversão energética, sendo a vigília o estado de extroversão de energia orgânica” (Madalena, 1979, p. 18). O equilíbrio entre o estar a dormir e o estar acordado, os diferentes estados de sono e vigília, verificam-se ao longo de um período de 24 horas (ritmo circadiano), correspondente a um dia e uma noite (Gaillard, 1994) e este equilíbrio é “o alfa e o ómega da unidade do organismo individual na integração das funções vitais” (Madalena, 1979, p. 13).

É possível afirmar que “o sono preenche aproximadamente um terço da vida do ser humano e é fundamental para a recuperação física e psíquica do indivíduo” (Davies, 2003, p. 15). É através do acto de dormir que se restaura o desgaste ocorrido durante o tempo em que se está acordado (vigília), assumindo assim o sono uma importante função de restauração física e neurológica (Gomes, 2001). A privação do sono e/ou distúrbios do sono podem ser responsáveis por muitos acontecimentos negativos na vida dos seres humanos, como por exemplo: o aumento da probabilidade de contrair vários tipos de doenças temporárias e crónicas; dificuldades cognitivas, como no desempenho

e concentração; desenvolvimento de perturbações do humor, como depressões; aumento do risco de acidentes de trabalho e viação (Almondes, 2007; Morch & Toni, 2005). Estima-se que as perturbações do sono afectem até um terço da população adulta a nível mundial, com maior prevalência de insónias e apneia obstrutiva do sono (Rios, Peixoto & Senra, 2008), o que se revela um dado preocupante tendo em conta a importância fulcral do sono na vida dos indivíduos.

Na definição dos parâmetros típicos de um sono normal, existe uma grande variabilidade individual e, no próprio indivíduo, de noite para noite, mesmo assim, sendo uma tarefa complexa, a evolução científica do estudo do sono tem permitido conhecer cada vez mais e melhor a sua estrutura e características, pelo que é possível constatar que o sono não é um estado uniforme (Gomes, 2001; Rente & Pimentel, 2004).

A investigação sobre o sono tem por base o conhecimento da existência de dois estados do sono que “alternam durante a noite, segunda uma sequência organizada” (Rente & Pimentel, 2004, p. 3). Estes estados são denominados de sono lento (Não - REM ou NREM) e o sono paradoxal (REM), sendo que a sigla significa na língua inglesa *Rapid-Eye-Movements*, traduzindo, movimentos rápidos oculares (Rente & Pimentel, 2004). Rente e Pimentel (2004) caracterizam o sono lento (NREM) por:

O traçado electroencefalográfico mostrar uma lentificação progressiva, que aumenta à medida que o sono se torna mais profundo, bem como uma diminuição da sudação, da frequência cardíaca, da tensão arterial e da temperatura. Há uma diminuição global de consumo de oxigénio e o tónus muscular também diminui em relação à vigília, embora não tanto como no sono REM. (p. 4)

O sono paradoxal (REM), por sua vez, caracteriza-se por “o traçado electroencefalográfico mostrar um traçado de frequências rápidas beta¹ ou mesmo alfa², semelhantes à vigília, de baixa amplitude. Há uma grande variabilidade da frequência cardíaca e respiratória e um aumento da temperatura, sudação e consumo de oxigénio” (Rente & Pimentel, 2004, p.4).

¹ Ondas de elevada frequência (13-50 Hz) e de pequena amplitude (Gomes, 2001, p. 18).

² Ondas harmoniosas e uniformes (8-12 Hz) – estado de relaxamento (Gomes, 2001, p. 18).

A passagem da vigília para o sono é gradual e o acto de adormecer caracteriza-se pelo surgimento dos *movimentos lentos dos olhos* (ou SEM: *Slow Eye Movements*), ocorrendo assim a entrada na primeira fase do sono (Gaillard, 1994; Gomes, 2001).

As várias fases do sono são definidas objectivamente através de três registos, nomeadamente o “electroencefalograma (EEG) que regista a actividade eléctrica cerebral, o electromiograma (EMG) para registo da actividade eléctrica muscular e o electroóculograma (EOG) para registar o movimento dos olhos” (Gomes, 2001, p. 18). Tendo em consideração que ocorrem alterações no padrão sono-vigília ao longo da vida, estado de saúde e consumo de substâncias, é usual tomar como referência o jovem adulto saudável para o estudo e caracterização do sono nocturno (Gomes, 2001). Como afirmam Rente e Pimentel (2004), o sono NREM dividiu-se em quatro fases de acordo com as alterações do EEG e o sono REM não é, normalmente, dividido em fases. Esta divisão do sono em estados e em fases está representada no Quadro 1 (anexo A).

A fase 1 corresponde “à experiência subjectiva de sonolência e de adormecimento” (Gomes, 2001, p. 18). O indivíduo ainda não sente estar mesmo a dormir, tem noção dos ruídos do ambiente que o rodeia, podendo voltar rapidamente ao estado de vigília e, por vezes, pode sentir-se como se estivesse a flutuar, experimentando alguns pensamentos arbitrários e imagens visuais (as chamadas alucinações hipnagógicas) (Gomes, 2001; Madalena, 1979). É nesta fase que ocorrem os movimentos lentos dos olhos detectados pelo EOG (Gomes, 2001). Passados alguns segundos ou minutos, o EEG detecta uma “diminuição gradual do ritmo alfa até surgirem as chamadas ondas teta” (Gomes, 2001, p. 18).

Cerca de quinze minutos depois surge a denominada fase 2, já “considerada como sono propriamente dito” (Gomes, 2001, p. 18). Aqui o sono é considerado “leve”, apesar de já ser mais difícil o indivíduo despertar com pequenos ruídos e o EEG marca o surgimento dos complexos K e dos fusos do sono (Gomes, 2001). Os fusos do sono são “surto breve de ondas de frequência rápida, com duração entre 0,5 e 3 ou mais segundos” (Rente & Pimentel, 2004, p. 6). De ressaltar que o tempo que decorre entre o indivíduo se preparar para dormir e o aparecimento do primeiro fuso designa-se por latência do sono (Gaillard, 1994). Os complexos K, por sua vez, são “ondas de grande amplitude, formadas por uma pequena onda negativa aguda, seguida de um componente

positivo, com uma duração entre 0,5 e 2 segundos” (Gomes, 2001, p. 18). Os fusos e os complexos K são predominantes nesta fase do sono e podem prolongar-se pela fase 3 e 4, apesar da sua frequência ir diminuindo gradualmente (Rente & Pimentel, 2004).

Cerca de trinta minutos após o adormecimento ocorre a fase 3 do sono, já mais “profundo em que se dá uma diminuição do ritmo respiratório e cardíaco e baixa a pressão arterial” (Madalena, 1979, p. 54). Nesta fase aparecem no EEG as ondas delta, “ondas lentas de grande amplitude que, nesta fase, ocupam menos de 50% do tempo” (Gomes, 2001, p. 18).

A fase 4 consiste num “aprofundamento das características da fase 3 sendo, por convenção, definida quando se assiste a um predomínio das ondas delta (mais de 50% do tempo)” (Gomes, 2001, p. 20). Aqui verifica-se que “as funções vitais baixam lentamente até ao mínimo e os músculos relaxam” (Madalena, 1979, p. 54). As fases 3 e 4 constituem o que se designa por sono lento profundo (sono delta ou sono de ondas lentas), em que é difícil acordar um indivíduo, enquanto que as fases 1 e 2 compõem o chamado sono superficial, em que o indivíduo desperta mais facilmente (Gomes, 2001; Rente & Pimentel, 2004).

Tomando ainda em consideração o sono de jovens adultos saudáveis, é possível constatar que, ao longo de uma noite, se verifica uma constante alternância entre sono NREM e REM, pelo que a cada conjunto NREM/REM se chama ciclo de sono (Gomes, 2001). Segundo autores como Madalena (1979), Gomes (2001) e Rente e Pimentel (2004), a duração média de um ciclo de sono aproxima-se dos 90 minutos, embora possa oscilar entre 70 a 120 minutos, de modo que 8 horas de sono - média considerada normal - compreendem cerca de 4-5 ciclos, ou seja, repetem-se por 4 a 5 vezes. Neste contexto, as durações NREM e REM, em cada ciclo de sono, variam ao longo do tempo que o indivíduo dorme (Gomes, 2001; Rente & Pimentel, 2004). Globalmente, e como afirma Gomes (2001) no jovem adulto saudável:

O sono NREM ocupa 75-80% da noite e o sono REM 20-25%. Quanto às quatro fases NREM, predomina a fase 2, 45-55%, ao passo que a fase 3 preenche 3-8% do sono e a fase 4 10-15%. O tempo acordado não ultrapassa por norma os 5%, sucedendo o mesmo com a fase 1. (p. 22)

Em 2005 foi realizado um estudo com indivíduos adultos Portugueses em que se verificou que “50,6% não estão satisfeitos com o seu sono, 28,1% sofrem de insónia, mais de 70% referem acordar durante a noite, 16% queixam-se de cansaço ao acordar e 11% de sonolência diurna” (Associação Portuguesa do Sono, 2005, para. 2). A Saúde Mental e a Vitalidade foram os aspectos da QDV mais afectados pela má qualidade do sono relativa às insónias, tornando-se a questão particularmente preocupante quando a sonolência diurna atinge níveis que podem pôr em causa a segurança do próprio ou dos que o rodeiam, sendo que “um em cada cinco inquiridos afirmaram que com alguma frequência estão tão sonolentos que é possível adormecerem ao volante” (Instituto Nacional de Saúde, 2005, para. 5).

Em 2007 “os portugueses gastaram cerca de 80 milhões de euros em medicação para dormir, valores acima da média europeia” (Paiva, 2008, p. 11) e mais dados registam que um terço dos portugueses vive com SDE, o que equivale a cerca de 3 milhões de indivíduos (Paiva, 2010).

Em 2010, e assinalando o Dia Mundial do Sono (19 de Março), a Associação Portuguesa do Sono realizou um rastreio “de rua” em vários pontos do país, tendo os participantes respondido à Epworth Sleepiness Scale (ESS) (Escala de Sonolência de Epworth) em que se verificou elevada frequência de SDE entre os Portugueses (Paiva, 2010, para. 2). De citar Paiva (2010) ao afirmar que:

Os jovens vão ter problemas se não se fizer nada em relação à qualidade do sono e, dentro de alguns anos, Portugal vai ter um problema gravíssimo de saúde pública com o uso de hipnóticos e antidepressivos para «compensar» a falta de sono. (para. 4)

Esta autora avança que, apesar de ainda não haver dados concretos para 2010, é possível que os resultados de estudos anteriores – como o referido de 2005 – tenham aumentado significativamente devido ao estilo de vida cada vez mais gerador de *stress* (Paiva, 2010).

Especificamente em relação ao contexto académico, salienta-se Gomes (2001, p. 5), ao afirmar que “os estudantes universitários nem sempre têm uma boa higiene de sono”, facto que merece atenção, uma vez que a higiene do sono - conjunto de regras

que tendem a proporcionar um sono reparador e contínuo (Centro do Sono, s.d.) - relaciona-se com as perturbações do sono, como as insónias, sendo que “em alguns doentes, as insónias são uma consequência do estilo de vida, em outros, uma má higiene do sono surge em consequência de insónias” (Attarian, 2001, p. 25).

Neste contexto, mencionam-se algumas regras para uma boa higiene do sono: “não estar tempo excessivo na cama, aumentar o exercício físico, retirar os relógios do quarto, usar actividades de distração para induzir o sono, não ingerir cafeína, evitar a nicotina e o álcool e seguir um esquema regular e programado de sono-vigília” (Attarian, 2001, p. 32). Constata-se, então, que manter uma adequada higiene do sono é essencial e deve fazer parte da vida como a higiene do corpo, pois se aquela não se praticar, o sono não será reparador, com todas as consequências negativas que daí advêm (Centro do Sono, s.d.).

Analisada a importância do sono, passar-se-ão a descrever situações que podem ocorrer quando os indivíduos apresentam problemas neste campo, ou seja, quando o sono não é eficaz para o bem-estar dos mesmos.

1.2 Definição e classificações das perturbações do sono

As numerosas perturbações do sono são definidas na literatura em três principais sistemas de classificação (Muller & Guimarães, 2007), nomeadamente:

1. International Classification of Sleep Disorders - ICSD (Classificação Internacional de Distúrbios do Sono) (American Academy of Sleep Medicine, 2001): “classificação detalhada e mais utilizada pelos profissionais da área da medicina do sono” (Muller & Guimarães, 2007, para. 8), apresentada no Quadro 2 (anexo B);

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais) (American Psychological Association [APA], 2000/2002): classificação psiquiátrica que “organiza as perturbações do sono em quatro grandes secções de acordo com a presumível etiologia” (APA, 2000/2002, p. 597). O quadro 3 (anexo C) apresenta esta organização das perturbações do sono segundo o DSM-IV-TR; e

3. International Classification of Diseases - ICD - 10 (Classificação Internacional de Doenças) (The World Health Organization [The WHO], 1992): classificação utilizada por médicos em geral é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados com a saúde (Muller & Guimarães, 2007, para. 11). A ICD-10 agrupa as perturbações do sono em diferentes categorias distinguindo as perturbações não-orgânicas do sono e que são apresentadas no quadro 4 (anexo D).

Tanto a ICD-10, como o DSM-IV-TR, ou a ICSD, constituem manuais de referência que convergem parcialmente nas classificações das perturbações do sono e, apresentando conhecimentos nesta área, são instrumentos de trabalho úteis para diagnosticar e codificar estas perturbações, possibilitando a posterior planificação de tratamentos (Muller & Guimarães, 2007). De salientar que “a ICD-10 (1992), consiste num sistema de codificação oficial e outros documentos e instrumentos clínicos e de investigação com ele relacionados, sendo que os códigos e termos fornecidos ao DSM - IV (1994) são totalmente compatíveis tanto com a ICD-9 como com a ICD-10” (APA, 1994/1996, p. 21).

No âmbito das perturbações do sono, também é possível verificar relação entre o DSM e a ICSD, relação esta descrita naquele manual em cada secção das diferentes perturbações do sono existentes. O DSM-IV-TR apresenta também descrita a relação com os critérios de diagnóstico para investigação da ICD-10 que, por sua vez, apresenta compatibilidade a nível dos diagnósticos e códigos diagnósticos com o manual da ICSD (Azevedo, Ferreira, Silva, Coelho & Clemente, 1992). Contudo, são manuais independentes e verificam-se “diferenças entre os mesmos no que diz respeito a critérios de inclusão, epidemiológicos, de diagnóstico e interpretação de resultados sobre as diferentes perturbações do sono” (Muller & Guimarães, 2007, para. 13).

Através da análise dos referidos quadros B, C e D, é possível constatar a existência de pontos em comum e pontos divergentes a nível dos tipos de quadros clínicos considerados e sua organização em grupos nos três manuais. Verifica-se maior número de diferenças do que semelhanças, sendo que a ICSD apresenta uma

classificação das perturbações do sono mais completa e detalhada que o DSM-IV-TR e a ICD-10 (Muller & Guimarães, 2007).

Tendo em consideração as classificações de cada um dos referidos manuais, passa-se a descrever genericamente as perturbações do sono mais abordadas no presente estudo, nomeadamente as insónias e hipersónias, segundo a ICSD (American Academy of Sleep Medicine, 2001), manual que reflecte os avanços no conhecimento das patologias do sono, constituindo um instrumento eficaz e completo de trabalho para os profissionais que lidam com as mesmas (Azevedo, Ferreira, Silva, Coelho & Clemente, 1992).

As insónias e hipersónias inserem-se na classificação das perturbações do sono referente às dissónias - perturbações do sono que produzem, ao mesmo tempo, dificuldades em iniciar ou manter o sono - insónia e/ou sonolência excessiva - hipersónia (American Academy of Sleep Medicine, 2001; Rente & Pimentel, 2004) e, segundo Caballo, Navarro e Sierra (2002, citado por Rios, Peixoto & Senra, 2008, p. 24) constituem as “perturbações de sono mais importantes associadas com o sono nocturno perturbado ou com a vigília perturbada”.

As dissónias são subdivididas em: perturbações intrínsecas do sono - provocadas primariamente por factores circunscritos ao organismo (perturbações médicas e psicológicas que produzem uma perturbação primária do sono são incluídas aqui); perturbações extrínsecas do sono - provocadas por factores externos ao organismo; e perturbações do ritmo circadiano do sono - relacionadas com factores cronofisiológicos e tempo de sono ao longo das 24h (American Academy of Sleep Medicine, 2001; Azevedo, Ferreira, Silva, Coelho & Clemente, 1992).

As insónias não se definem pelo tempo total de sono, mas pela “incapacidade de obter um sono de qualidade e duração suficiente para que o indivíduo se sinta recuperado no dia seguinte” (Attarian, 2001, p. 23). Existem vários tipos de insónias, sendo as psicofisiológicas as mais frequentes, as insónias também podem “ser o sintoma de apresentação de muitas doenças primárias do sono e ser parte de um problema médico, psiquiátrico ou induzido por drogas” (Attarian, 2001, p. 23).

A insónia é considerada a perturbação do sono mais prevalente na população a nível mundial (Passos, Tufik, Santana, Poyares & Mello, 2007) e, de facto, é “a queixa mais frequente relacionada com o sono e a segunda causa mais comum (depois das dores) referidas nos consultórios de clínica geral” (Attarian, 2001, p. 23). Tendo em consideração que “ter insónia é apresentar dificuldades repetidas para iniciar e/ou manter o sono (insónia inicial e de manutenção), despertar precoce (insónia terminal) ou sono não restaurador” (Passos, Tufik, Santana, Poyares & Mello, 2007, p. 280), a insónia é considerada ligeira, média ou grave em função da sua duração, frequência e intensidade (American Academy of Sleep Medicine, 2001). Assim, a insónia ligeira descreve “uma noite quase completa de quantidade de sono insuficiente ou falta de sensação de descanso depois do episódio habitual de sono e é acompanhada por uma pequena ou nenhuma evidência de prejuízo na funcionalidade diurna” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 23). A insónia considerada moderada é caracterizada pelos mesmos sintomas que a anterior, mas aqui já se “verificam ao longo de uma noite completa e originam um médio ou moderado prejuízo na funcionalidade diurna” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 23). A insónia severa consiste nos mesmos sintomas que a anterior, mas que passam a ser acompanhados por um “severo prejuízo na funcionalidade diurna” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 23). Os três tipos de gravidade de insónia estão associados a “sensações de falta de descanso, irritabilidade, ansiedade e fadiga ao longo do dia, agravando-se consoante se inserem no sentido das insónias ligeiras até às severas” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 23). Em relação à sua duração, a insónia deve ser considerada crónica quando “os seus sintomas persistem por um período superior a um mês, ou aguda se estiver directamente associada à presença de um factor estressor e não exceder um período superior a três meses” (Passos, Tufik, Santana, Poyares & Mello, 2007, p. 280).

As hipersónias, por sua vez, traduzem a existência de SDE, “abrangendo um número muito variável de situações e não obrigando a que haja um número total de horas de sono nas 24 horas” (Rente & Pimentel, 2004, p. 57). Assim sendo as queixas de hipersónia abrangem quer situações crónicas quer outras temporárias, o que permite compreender a “disparidade de resultados nos estudos epidemiológicos em relação à queixa de hipersónia, que varia entre 3% e 20% da população” (Rente & Pimentel, 2004, p. 57). Também é comum um indivíduo apresentar em simultâneo queixas de

insónia e hipersónia como resultado de um sono insuficiente ou não-reparador (Rente & Pimentel, 2004).

A hipersónia é considerada ligeira, média ou grave em função da sua duração, frequência e intensidade (American Academy of Sleep Medicine, 2001). Assim, a hipersónia ligeira descreve “episódios de sono presentes apenas durante períodos de descanso ou quando é necessário prestar alguma atenção em determinada situação” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 23). São exemplos situações como “ver televisão, ler um livro enquanto se está deitado, ser passageiro num veículo” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p.23), sendo que os sintomas da hipersónia ligeira causam um “impacto ligeiro a nível das funções sociais ou ocupacionais” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p.23). A hipersónia moderada é caracterizada por “episódios de sono presentes diariamente e que ocorrem durante actividades que requerem um moderado nível de atenção” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 23). Por exemplo em situações como “espectadores de concertos, cinema, teatro, encontros entre grupos” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 23), causando “moderado impacto a nível das funções sociais ou ocupacionais” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 23). Já na hipersónia grave, “os episódios de sono estão presentes diariamente em situações que requerem atenção considerada de ligeira a moderada” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 23). São exemplos situações como “comer, contacto pessoal directo, conduzir veículos e actividades físicas” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 23). Os sintomas de hipersónia severa “produzem um grave impacto a nível das funções sociais ou ocupacionais” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 23), podendo influenciar a saúde geral e, especificamente, as funções cognitivas (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001). A SDE é assim “uma das principais causas de acidentes de viação e de trabalho, sendo também identificada em situações clínicas como a hipersónia, apneia do sono, narcolepsia, depressão e abuso de substâncias” (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001, p. 10).

No âmbito do presente trabalho, não se pretende apresentar uma caracterização exaustiva das insónias e hipersónias, mas sim descrever os seus tipos mais frequentes tendo em consideração os aspectos clínicos mais relevantes, segundo a perspectiva de Rente e Pimentel (2004) e tendo por base a ICSD.

Relativamente às insónias, distinguem-se os seguintes tipos:

- Insónia psicofisiológica ou condicionada - “a causa mais frequente de insónia” (Rente & Pimentel, 2004, p. 143). Consiste na incapacidade de adormecer e é uma desordem de tensão somatizada que surge numa altura em que se verificam outros factores de cariz emocional (como o *stress*), sendo que após alguns dias a dormir pouco, o indivíduo fica preocupado e começa a insistir cada vez mais em adormecer, o que origina um ciclo vicioso em que se dá um agravamento das insónias (American Academy of Sleep Medicine, 2001; Attarian, 2001). Estima-se que “cerca de 15% dos insones são diagnosticados com insónia psicofisiológica, sendo desconhecida a verdadeira incidência na população geral e a maior parte dos indivíduos afectados corresponde ao sexo feminino” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 30);

- Insónia sem comprovação objectiva ou má percepção do estado de sono - “não existe uma evidência objectiva da perturbação do sono, mas uma queixa de insónia ou sonolência excessiva em que os indivíduos podem referir que não dormem há semanas, meses ou anos” (Attarian, 2001, p. 25). No entanto, é constatada uma grande discrepância entre as queixas e os resultados obtidos pela polisonografia, pois os indivíduos efectivamente dormem várias horas em cada noite (American Academy of Sleep Medicine, 2001; Attarian, 2001). Consideram-se vários factores que podem estar na base deste tipo de insónia como “excessivos pensamentos durante o sono, problemas psicológicos, como certas obsessões, sintomas hipocondríacos e ilusões somáticas” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 33);

- Insónia idiopática ou de início na infância - “incapacidade crónica e grave de adormecer e dormir continuamente, que pode encontrar-se presente desde as primeiras semanas de vida” (Attarian, 2001, p.24). Este tipo de insónia pode estar relacionado com uma anomalia do controlo neurológico do sistema vigília-sono e o período de latência do sono pode ser muito longo e o sono ser interrompido por muitos acordares (American Academy of Sleep Medicine, 2001);

- Insónia relacionada com outras perturbações intrínsecas do sono (síndrome de apneia obstrutiva do sono, movimentos periódicos do sono, etc.) - a título de exemplo, a apneia é caracterizada por “repetidos episódios de obstrução de ar ao respirar durante o

sono, usualmente associados a uma redução na saturação de oxigénio no sangue” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 52). O acto de ressonar está associado a este tipo de insónia, que se caracteriza por cessação da respiração, apesar dos movimentos respiratórios, usualmente, se manterem, particularmente nas apneias de severidade média, pois indivíduos com apneia de severidade grave podem ter episódios mais prolongados de parar de respirar que precedem a diminuição dos movimentos respiratórios. (American Academy of Sleep Medicine, 2001). Aqui a prevalência, é “mais comum na idade adulta e em homens (4%) do que em mulheres (2%) ” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 55);

- Insónia relacionada com a higiene inadequada do sono - surge “como uma consequência do estilo de vida ou como uma consequência de insónias crónicas” (Attarian, 2001, p. 25). Substâncias como o álcool e a cafeína, excesso de exercício físico antes de deitar, intenso esforço intelectual pela noite fora, são exemplos de hábitos e comportamentos inconsistentes com os princípios da organização do sono (American Academy of Sleep Medicine, 2001). Segundo a ICSD, “o paciente com esta perturbação queixa-se de insónias e/ou sonolência diurna excessiva” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 76). Apesar da prevalência desta perturbação não ser conhecida, considera-se que é a causa primária para as perturbações do sono (American Academy of Sleep Medicine, 2001);

- Insónia relacionada com factores externos ou ambientais (altitude, alergia alimentar, etc.) – “sendo geralmente transitória, pode evoluir para cronicidade ou insónia psicofisiológica” (Rente & Pimentel, 2004, p. 147). Aqui são incluídos factores como ruídos, mudanças de clima, altitude (usualmente superior a 4000 m) e também algumas alergias alimentares (como ao leite de vaca) (Rente & Pimentel, 2004);

- Insónia dependente de hipnóticos - caracterizada por “insónias provocadas pela paragem abrupta de medicamentos indutores do sono ou ansiolíticos utilizados de forma crónica, é uma situação muito comum na prática clínica, existindo quer de forma isolada, quer associada a outros tipos de insónia” (Rente & Pimentel, 2004, p. 147). A sua prevalência é desconhecida (American Academy of Sleep Medicine, 2001).

- Insónia relacionada com drogas ou fármacos - “insónias provocadas por drogas estimulantes, como a cocaína, e outras mais comuns, como a cafeína. O álcool e o tabaco provocam uma fragmentação do sono, com aumento dos despertares” (Rente & Pimentel, 2004, p. 147). Relativamente aos fármacos, é comum encontrar na prática clínica perturbações do sono induzidas por exemplo por “esteróides, anti-hipertensores, fármacos com efeito antiparkinsoniano, anti-histamínicos e por vezes alguns antidepressivos como os inibidores da recaptação da serotonina” (Rente & Pimentel, 2004, p. 147). De salientar que o seu uso deve ser sempre clinicamente controlado e revisto periodicamente (Rente & Pimentel, 2004). A prevalência deste tipo de insónia é desconhecida (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 112);

- Insónia relacionada com perturbações do ritmo sono-vigília - pode ocorrer como uma perturbação extrínseca - insónia de adaptação, em que o indivíduo tem de se adaptar a um novo horário ou ritmo de sono, como o trabalho nocturno, por turnos, e a mudança de fusos horários. Aqui a insónia é devida a um desfasamento a nível do horário de sono-vigília condicionado por factores externos (American Academy of Sleep Medicine, 2001). As perturbações do ritmo sono-vigília também podem resultar de uma perturbação intrínseca a nível do padrão circadiano sono-vigília endógeno (American Academy of Sleep Medicine, 2001), como “consequência de uma síndrome da fase de sono adiantada ou atrasada ou um ritmo de sono-vigília diferente de 24 horas” (Rente & Pimentel, 2004, p. 148). Este tipo de insónia é “relativamente raro” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 117);

- Insónia causada por doenças mentais, neurológicas ou outras doenças médicas - é muito comum, variando a prevalência de acordo com a doença em questão e pode ocorrer devido a várias perturbações, nomeadamente: mentais - psicoses, perturbações do humor (como vários tipos de depressão e perturbação bipolar), perturbações da ansiedade, perturbação de pânico e alcoolismo; neurológicas - perturbações degenerativas cerebrais, demência, doença de Parkinson, epilepsia, insónia familiar fatal (sendo esta doença rara), cefaleias relacionadas com o sono e outras (American Academy of Sleep Medicine, 2001). De destacar também as insónias associadas a outras doenças médicas – doenças endocrinológicas (como a diabetes), doenças reumáticas e outras (Rente & Pimentel, 2004);

Quanto às hipersónias, é elaborada a seguinte distinção:

- Narcolepsia - é a “causa neurológica mais frequente de hipersónia e está associada a cataplexia (episódios breves de súbita perda do tónus muscular bilateral) e outros fenómenos relacionados com o sono REM, como a paralisia no sono e as alucinações hipnagógicas” (Rente & Pimentel, 2004, p. 60) e a ICSD (American Academy of Sleep Medicine, 2001) define-a como:

Uma doença de etiologia desconhecida em que ocorrem episódios repetidos de sestras ou sonos de curta duração (normalmente de menos de uma hora) em que o paciente dorme durante 10 a 20 minutos e acorda sentindo-se revigorado mas passadas duas ou três horas volta a sentir sono e a situação repete-se. (p. 38)

Esta perturbação, segundo a ICSD (American Academy of Sleep Medicine, 2001) verifica-se em:

Situações em que o cansaço é comum, como viajar ou tentar estar desperto após uma noite mal dormida, mas também pode acontecer em situações em que o sono não é comum, como a realização de um exame, enquanto se toma uma refeição, a caminhar e a conversar activamente. (p. 38)

Daqui decorrem consequências como acidentes rodoviários, acidentes laborais e em casa, bem como problemas no relacionamento social e dificuldades de aprendizagem (American Academy of Sleep Medicine, 2001). A prevalência desta perturbação é mínima: “0,03%-0,16% da população geral com taxas iguais nas mulheres e nos homens” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p.40);

- Hipersónia recorrente, segundo a ICSD (American Academy of Sleep Medicine, 2001) é:

Uma desordem caracterizada por episódios recorrentes de hipersónia que normalmente ocorrem em semanas ou meses separadamente e em que o paciente apresenta queixas de sonolência excessiva pelo menos ao longo de 18 horas diárias e pelo menos uma ou duas vezes por ano, com a duração mínima de 3 dias e máxima de 3 semanas. (p. 43)

Esta desordem ocorre “predominantemente em homens iniciando-se normalmente na adolescência” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 43);

- Hipersónia idiopática - é “caracterizada por uma queixa constante ou recorrente de sonolência diurna excessiva, normalmente com episódios com duração de uma ou mais horas” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 46). O indivíduo que apresenta este tipo de perturbação tem dificuldades em despertar, “com períodos de confusão (subvigília) e, por vezes, dificuldade na coordenação de movimentos, podendo executar determinadas tarefas automáticas ou actos inapropriados de que não se recorda posteriormente” (Rente & Pimentel, 2004, p. 70). Esta perturbação “ocorre em cerca de 5%-10% de pacientes que apresentam queixas de sonolência, sem diferenças entre os sexos” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 47);

- Hipersónia pós-traumática - define-se como “uma desordem de sonolência diurna excessiva, pelo menos durante um mês e que ocorre em resultado de um acontecimento traumático a nível do sistema nervoso central” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 49). Exemplos desta situação são “Traumatismos Crânio-Encefálicos e períodos de coma superiores a 24 horas” (Rente & Pimentel, 2004, p. 81) “que podem provocar alterações dos padrões de sono que o paciente apresentava pré-trauma, sendo que a duração do episódio maior de sono pode ser prolongada comparativamente ao episódio antecedente” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 49);

- Síndrome da apneia obstrutiva do sono - é caracterizada por “repetidos episódios de interrupção, durante o sono, do fluxo oro-nasal, por um período igual ou superior a dez segundos, normalmente associado a uma redução na saturação de oxigénio no sangue” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 52). Segundo Rente e Pimentel (2004, p. 87) “a ausência do fluxo aéreo deve-se à oclusão total da faringe durante o sono mas os movimentos respiratórios toraco-abdominais estão mantidos”. Para além da apneia obstrutiva, a ICSD (American Academy of Sleep Medicine, 2001)

distingue a apneia central (que também pode coexistir em doentes com apneia obstrutiva) em que o indivíduo pára igualmente de respirar em média por um período igual ou superior a dez segundos, mas em que aqui se verifica inclusivamente uma

ausência de movimentos respiratórios (toraco-abdominais). O acto de rressonar intensamente é um sintoma frequente das apneias (American Academy of Sleep Medicine, 2001; Rente & Pimentel, 2004) e a SDE é “o principal sintoma diurno estando presente em cerca de 80%-100% dos doentes, que resulta na maior parte das vezes de uma fragmentação do sono e diminuição do sono lento profundo (fases 3 e 4 e sono REM) ” (Rente & Pimentel, 2004, p. 96). A apneia obstrutiva do sono tem uma “prevalência entre 1%-7% da população adulta, sendo de 4% no sexo masculino e 2% no sexo feminino. Pode ocorrer em qualquer grupo etário mas é mais frequente entre os 40-60 anos” (American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 55), salientando-se que “em Portugal, até ao momento actual, não existem estudos epidemiológicos, mas os números não são diferentes dos registados pela American Academy of Sleep Medicine” (Rente e & Pimentel, 2004, p. 87).

Focando agora as características da amostra do presente estudo, segue-se uma apresentação de algumas investigações na área do sono e suas perturbações, que permite vislumbrar este contexto entre os estudantes do ensino superior.

1.3 Perturbações do sono em estudantes universitários

Efectuando uma revisão da literatura, é possível encontrar estudos empíricos na área do sono dos estudantes universitários, alguns dos quais se passam a apresentar.

Means, Lichstein, Epperson e Johnson (2000) avaliaram 118 estudantes da Universidade de Memphis (E.U.A.) com uma média de idades de 20 anos, em que 57 apresentavam insónia e 61 não tinham queixas de insónia (grupo de controlo). Os estudantes responderam à Insomnia Impact Scale (IIS), Dysfunctional Beliefs and Attitudes About Sleep Scale (DBAS), Epworth Sleepiness Scale (ESS), Fatigue Severity Scale (FSS) and Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). Os estudantes com insónia apresentaram: menos níveis de energia, menor atenção nas aulas, e ausência de boa disposição.

Um estudo longitudinal sobre a relação entre aspectos do sono durante os anos passados na universidade e a depressão clínica e mal-estar psiquiátrico nos anos subsequentes registou que “de entre 1053 indivíduos do sexo masculino que, dos anos

1948 a 1964 frequentaram a Escola Médica da Universidade de Johns Hopkins, 101 desenvolveram depressão clínica durante um período de *follow-up* de 34 anos” (Chang, Ford, Mead, Cooper-Patrick & Klag, 1997, para. 3). O risco de desenvolver depressão foi superior nos indivíduos que apresentaram insónia durante a frequência universitária bem como nos que tinham dificuldades em dormir em situações de *stress* e nos que demonstraram pobre qualidade de sono, dormindo menos de 7 horas.

Danda, Ferreira, Azenha, Souza e Bastos (2005) avaliaram 410 estudantes (46,8% mulheres) com uma média de idades de 21,73 anos, do 3.º ano do curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (Brasil), recorrendo à ESS e verificaram que:

O ciclo sono-vigília da população estudada foi irregular, com aumento estatisticamente significativo das horas de sono nos fins-de-semana, em comparação com os dias da semana, reflectindo uma privação do sono nos dias de semana e tendo-se verificado uma alta prevalência de Sonolência Diurna Excessiva – SDE (39,26%). (p. 106)

Um estudo de Rodrigues, Viegas, Silva e Tavares (2002), avaliou 172 estudantes do 3.º ano do curso de Medicina da Universidade de Brasília (Brasil) recorrendo à ESS no início e no final do semestre lectivo e à análise das notas médias destes estudantes. Os resultados revelaram “sonolência diurna excessiva desde o início do semestre em 39,53% dos alunos e, nos restantes, observou-se sonolência diurna crescente no decorrer do semestre, tendo-se observado também que os estudantes mais sonolentos apresentaram pior desempenho académico” (Rodrigues, Viegas, Silva e Tavares, 2002, para. 10). Este estudo alertou para o “risco da sonolência diurna excessiva como factor despoletador de mau humor e estados depressivos entre estudantes universitários e população em geral” (Rodrigues, Viegas, Silva & Tavares, 2002, para. 11).

Estrella, Benítez, Rodríguez e Sandoval (2005) avaliaram 638 estudantes universitários da Universidade de Yucatan, México (53% mulheres) com uma média de idades de 22 anos, aplicando a ESS. Na amostra, 31,6% apresentava um elevado nível de sonolência diurna e estudantes com sintomas depressivos tinham altos índices de sonolência durante as aulas, percepção da qualidade do sono pobre, dificuldades em adormecer e manter o sono.

Num estudo de Morales, Flores, Meneses, Figueiras e Guerrero (2005) foi aplicada a ESS a 64 estudantes (62,5% mulheres) com uma média de idades de 22 anos, do curso de Psicologia da Universidade Nacional Autónoma do México. Constatou-se que “a presença de sonolência diurna excessiva estava relacionada com um significativo estado alterado e negativo de humor, sendo necessários cuidados no impacto negativo da sonolência na saúde dos estudantes universitários” (Morales, Flores, Castaño, Figueiras & Guerrero, 2005, p. 9).

Schneider (2009) recorreu à ESS num estudo com 372 estudantes (66,7% mulheres) com uma média de idades de 21,6 anos, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil) e os resultados revelaram SDE em 39,5% dos estudantes com prejuízos para a saúde física e mental dos mesmos.

Kang e Chen (2009) realizaram um estudo com 160 estudantes universitários (49,3% mulheres) com uma média de idades de 22 anos, de uma Universidade de Taiwan, aplicando a ESS. Constataram uma relação entre a elevada prevalência de horários irregulares de dormir e a qualidade pobre do sono (33,8%), o que resultou também em SDE (14,4%) e cansaço (37,5%).

Reid e Baker (2005) avaliaram 986 estudantes universitários (53% mulheres) com uma média de idades de 21 anos, da Universidade de África do Sul, tendo utilizado a ESS. Reid & Baker (2005) concluíram que:

A qualidade do sono e sonolência diurna não foram influenciados pelo género ou etnia, 2% relatou que adormeceu ao volante, 18% apresentou pobre qualidade do sono, 44% tinha elevada tendência para sonolência diurna excessiva e apenas 4% consultaram um médico devido a problemas do sono. (p. 286)

Estes autores apelaram à “necessidade dos estudantes estarem informados sobre problemas do sono e suas consequências e terem ajuda de profissionais como psicólogos e médicos neste contexto” (Reid & Baker, 2005, p. 287).

Carvalho, Ferraz e Silva (2007) realizaram um estudo com 48 estudantes do 3.º ano dos cursos de Fisioterapia e de Educação Física da Faculdade de Minas de Muriaé-

MG (Brasil), utilizando um questionário composto por 17 perguntas fechadas sobre o estado do sono e hábitos relacionados. A maioria dos estudantes apresentava algum déficit quanto à qualidade do sono: “45,84 obteve débito de sono leve, 37,5% com débito de sono moderado, 12,5% um débito de sono grave e apenas 4,16% foram classificados como sono normal” (Carvalho, Ferraz & Silva, 2007, p. 75).

Almondes e Araújo (2003) avaliaram 37 estudantes universitários com uma média de idades de 21 anos, de uma turma do 2.º ano do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Brasil). Utilizaram um questionário sociodemográfico, o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP), o Inventário de Estado e Traço de Ansiedade (IDATE) e um questionário para identificação do cronotipo. Verificou-se relação entre o ciclo sono-vigília e a ansiedade, tendo Almondes & Araújo (2003) concluído que:

38,9% dos estudantes: apresentava má qualidade do sono associada com privação do sono e irregularidade do ciclo sono sono-vigília, altos *scores* de estado e traço de ansiedade, nomeadamente os que tinham maior *score* de traço de ansiedade acordavam mais cedo nos dias de semana e fins-de-semana, enquanto que os que apresentavam irregularidade do ciclo sono-vigília tinham maior estado de ansiedade. (p. 39)

Um estudo de Anderson (2007) avaliou 26 estudantes universitários com uma faixa etária dos 23 aos 30 anos, divididos em dois grupos com números iguais de homens e mulheres, sendo que “um grupo ficou acordado durante aproximadamente 35 horas (um dia, uma noite e o dia seguinte), enquanto o grupo de controlo ficou acordado em ambos os dias mas dormiu normalmente em casa durante a noite. No fim do segundo dia ambos os grupos visualizaram 100 imagens que variavam de emocionalmente neutras a altamente perturbadoras enquanto faziam ressonância magnética funcional” (Anderson, 2007, para. 5). Verificou-se associação entre privação do sono e instabilidade emocional (determinados padrões psiquiátricos patológicos, mesmo em pacientes saudáveis), tendo Anderson (2007) encontrado:

Diferenças significativas nos cérebros do grupo privado de sono quando foram expostos às imagens negativas e em vez de o cérebro ser entorpecido ou suprimido na sua actividade ao ficar privado de sono, os centros emocionais profundos do cérebro foram cerca de 60% mais reactivos. (para. 6)

Pizão e Martino (2005) elaboraram um estudo com 109 alunos com e sem o estatuto de trabalhadores estudantes, do 1.º ao 4.º ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Brasil) com uma média de idades de 22 anos, que preencheram um diário de sono de 15 dias para avaliação do ciclo sono-vigília. Os estudantes dormiam menos do que as 8 horas de sono consideradas ideais por noite, independentemente do dia da semana; os trabalhadores-estudantes dormiam menos horas; no fim-de-semana os horários de acordar e deitar eram mais tardios e a quantidade e qualidade de sono melhor que ao longo da semana, em que os estudantes se deitavam tarde e acordavam cedo, apresentando um sono nocturno de baixa qualidade e sensação de cansaço ao acordar (Pizão & Martino, 2005).

No que diz respeito à realidade Portuguesa, revelou-se escassa a produção de estudos neste contexto³. Deste modo, pode-se apenas presumir que os resultados são semelhantes aos dos estudos realizados noutros países, o que é corroborado pelos que se seguem.

Na investigação de Gomes, Tavares e Azevedo (2009, p. 547), com “estudantes da Universidade de Aveiro, sendo a amostra constituída por 1654 estudantes (55% mulheres), dos 1.º aos 3.º anos, representativa de 50% dos cursos da Universidade”, os alunos responderam a questionários de auto-resposta desenvolvidos para o levantamento de hábitos de sono de estudantes da Universidade de Aveiro. Gomes, Tavares e Azevedo (2009) verificaram que:

Tanto a obtenção de sono suficiente como uma boa qualidade de sono em tempo de aulas mostraram-se significativamente associadas, quer a medidas de bem-estar percebido (menor sonolência diurna e melhores níveis de humor, vigor e funcionamento cognitivo em aspectos como a atenção e a concentração, por exemplo), quer às classificações alcançadas no final de semestre. (p. 551)

³ Motores de busca científica como a Medline, B-on, Scielo, Eric e Ebsco foram pesquisados para recolha de artigos originais e foi igualmente consultado material de outras fontes de organismos nacionais (como livros ou dissertações de mestrado e teses de doutoramento). Estas dificuldades na pesquisa da bibliografia portuguesa prendem-se com a indexação em bases de dados nacionais ser incompleta e haver um grande número de publicações sem *peer-review* e de edição volátil (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Caldas de Almeida, 2005), pelo que é possível existirem estudos nacionais não contemplados nesta revisão.

Lopes (2010, citado por Santos, 2010) avaliou 754 estudantes da Universidade do Minho através de um questionário *online* e verificou que 64,8% dos estudantes apresentaram má qualidade do sono e 38% consideravam que a sua qualidade era “má” ou “muito má”, sendo que apenas 10% referiram já ter recorrido a ajuda especializada (Santos, 2010). Encontrou-se relação entre a qualidade do sono, o consumo de tabaco e bebidas com cafeína, o grau de satisfação com as classificações académicas e com a adaptação às exigências do curso, no sentido em que quanto menor a qualidade do sono, maior o consumo das referidas substâncias e menor a satisfação nas outras situações.

É de sublinhar a importância de incidir na investigação nesta área do sono de estudantes universitários também para colmatar a aparente escassez de estudos prévios. Neste sentido existe uma diversidade de técnicas de avaliação disponível, tanto a nível de questionários específicos (avaliação da qualidade do sono, hipersónia, perturbações respiratórias do sono e ritmo sono-vigília) como de registos/diários do sono e/ou métodos laboratoriais (polissonografia, pupilografia, actigrafia, teste múltiplo de latência do sono, etc.) (Centro do Sono, s.d; Togeiro & Smith, 2005).

Neste primeiro capítulo foi analisado o sono, suas classificações e perturbações focando o contexto dos estudantes universitários, em que foi possível constatar a prevalência de problemas do sono. Segue-se agora a análise das perturbações afectivas de modo a compreender a sua importância no âmbito do presente estudo.

Capítulo II – Perturbações afectivas

2.1 Importância, definição e classificações das perturbações afectivas

“Ansiedade e depressão são as perturbações mentais mais comuns que levam as pessoas a procurar ajuda terapêutica” (Vaccarino, Evans, Terrence & Amir, 2008, p. 1006).

Ao longo dos tempos é possível verificar que ansiedade e depressão, consideradas dimensões afectivas negativas, são importantes tanto a nível teórico como a nível da saúde mental, assumindo-se como dimensões chave na psicologia e

psicopatologia (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Aqui são “constituintes determinantes de um grande leque de doenças mentais” (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004, p. 230) e, neste contexto, a importância de identificar e caracterizar estas perturbações afectivas reflecte precisamente a sua importância na investigação e prática clínicas.

A afectividade é uma dimensão fundamental de toda a vida psicológica humana, sendo as emoções e os sentimentos o regente primordial da acção dos indivíduos através de um plano externo, muitas vezes observável e traduzido em comportamentos e interno, assumindo um vivenciar próprio que influencia o mundo psicológico de cada indivíduo (Meireles & Cameirão, 2005). Meireles e Cameirão (2005, p. 2) defendem que “é na articulação desta duplicidade, que podemos encontrar uma afectividade patológica pois, tal como outras dimensões da natureza humana, também a afectividade pode ser disfuncional e desadaptativa”. Neste contexto, em manuais como o DSM-IV-TR (APA, 2000/2002) estão categorizadas as Perturbações da Ansiedade e as Perturbações Depressivas (Meireles & Cameirão, 2005).

A ansiedade, estado emocional inerente ao ser humano, é um mecanismo adaptativo que permite ao organismo accionar mecanismos de defesa perante situações que representem uma ameaça ou um perigo real externo ou interno para o indivíduo ou que seja interpretado como tal (Golberg & Huxley, 1996; Neto, Gauer & Furtado, 2003). Este estado emocional apresenta uma “componente psicológica fortemente influenciada pela personalidade e mecanismos de defesa e uma componente somática manifestada por estado de alerta e vigilância aumentadas, alterações na frequência cardíaca e pressão arterial” (Neto, Gauer & Furtado, 2003, p. 650).

Sob o ponto de vista orgânico e fisiológico, o organismo reage através da ansiedade para se proteger de sensações como estímulos novos, estímulos punitivos e medos inatos (Oliveira, 2005). Sob o ponto de vista neurológico, a ansiedade é “gerada pela hiperactividade do hipocampo que envia o estímulo à amígdala, ao septo, ao sistema límbico em geral e ao córtex, activando o sistema septo-hipocampal” (Oliveira, 2005, p. 169).

É possível distinguir entre ansiedade estado e ansiedade traço, sendo que o estado de ansiedade é “transitório e caracteriza-se por sentimentos desagradáveis de tensão conscientemente percebidos e por um aumento na actividade do sistema nervoso autónomo, enquanto que o traço de ansiedade se refere a características individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade” (Marturano, Linhares & Loureiro, 2004, p. 26).

Mas se a ansiedade é normal e necessária, pode-se questionar o que é a ansiedade patológica. A ansiedade “como sintoma representa um contínuo desde a emoção normal até à ansiedade patológica, a qual ultrapassa os limites adaptativos, afectando de forma negativa, o funcionamento do indivíduo” (Haggstram, 2003, p. 181). Distingue-se ansiedade normal da patológica pela sua severidade, persistência, associação a eventos neutros ou prejuízo significativo no funcionamento bio-psico-social do indivíduo (Hallstrom & McClure, 2000; Neto, Gauer & Furtado, 2003). Existe assim uma perturbação de ansiedade quando esta se apresenta sem causa definida, de forma exacerbada e contínua, sendo extremamente desagradável e desgastante para o indivíduo, com repercussões em áreas de vida importantes (profissionais, sociais, etc.) (Haggstram, 2003).

De entre todas as perturbações psicológicas, as de ansiedade são as mais frequentes, sendo que se tem verificado um aumento ao longo do tempo do número de pessoas com este tipo de perturbação por todo o mundo (Kasper, Boer & Sitsen, 2003; Schneier, 1997, p. 160), incluindo estudantes universitários (Baez, 2005). Aqui o impacto revela-se sobretudo nas actividades académicas (diminuição do rendimento intelectual e do sucesso escolar) e sociais (redução das aptidões no relacionamentos com os pares, familiares, etc.) (Baez, 2005).

Existem dois principais sistemas de classificação de perturbações de ansiedade: a ICD-10 e o DSM-IV-TR (já anteriormente referidos) e, neste âmbito, a Tabela 1 apresenta os principais grupos de diagnóstico destes manuais.

Tabela 1: Categorias de diagnóstico de perturbações da ansiedade segundo o DSM-IV-TR e a ICD-10 (Hallstrom & Mcclure, 2000, p. 15)

DSM-IV-TR	ICD-10
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agorafobia ▪ Ataque de Pânico ▪ Perturbação de Pânico sem Agorafobia ▪ Perturbação de Pânico com Agorafobia ▪ Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico ▪ Perturbação da Ansiedade Generalizada ▪ Fobia Social ▪ Fobia Específica ▪ Perturbação Obsessivo-Compulsiva ▪ Perturbação Pós-<i>Stress</i> Traumático 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perturbação de Pânico ▪ Agorafobia com Pânico ▪ Perturbação da Ansiedade Generalizada ▪ Fobia Social ▪ Fobia Específica ▪ Perturbação Obsessivo-Compulsiva ▪ Perturbação Pós-<i>Stress</i> Traumático ▪ Perturbação Mista de Ansiedade e Depressão ▪ Neurastenia ▪ Síndrome de Despersonalização-Desrealização
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perturbação Somatoforme ▪ Perturbação Aguda de <i>Stress</i> ▪ Perturbação da Ansiedade Secundária a um Estado Físico Geral ▪ Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias ▪ Perturbação da Ansiedade de Separação ▪ Perturbação da Ansiedade sem Outra Especificação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perturbação Somatoforme ▪ Ansiedade de Separação ▪ Perturbação da Ansiedade sem Outra Especificação

Sendo o DSM-IV-TR, a principal referência de diagnóstico para os profissionais de saúde mental em contextos diferentes de intervenção (APA, 2000/2002), passa-se a descrever genericamente os quadros sub-clínicos das perturbações de ansiedade segundo este manual. Estas perturbações têm em comum consequências negativas a nível do funcionamento dos indivíduos, na medida em que “interferem significativamente com as rotinas normais da pessoa, funcionamento ocupacional (ou académico) ou com os relacionamentos ou actividades sociais” (APA, 2000/2002, p. 463).

Um Ataque de Pânico ocorre no contexto de qualquer perturbação da ansiedade, bem como de outras perturbações mentais (como perturbações do humor) e por alguns estados físicos gerais (como cardíacos) e é um “período discreto no qual se inicia de modo súbito uma intensa apreensão, medo ou terror, frequentemente associados com sensações de catástrofe iminente” (APA, 2000/2002, p. 429). Durante estes ataques - que atingem o seu pico num período de 10 minutos - estão presentes sintomas como “falta de ar, palpitações, desconforto ou dor no peito, sensações de sufoco e medo de «enlouquecer» ou de perder o controlo” (APA, 2000/2002, p. 429).

A Agorafobia define-se como “a ansiedade ou evitamento de lugares ou situações nos quais a fuga pode ser difícil (ou embaraçosa) ou nos quais possa não ter ajuda no caso de ter um ataque de pânico ou sintomas semelhantes ao pânico” (APA, 2000/2002, p. 429).

A Perturbação de Pânico sem Agorafobia (APA, 2000/2002) é caracterizada por:

Ataques de pânico inesperados e recorrentes – pelo menos ao longo de um mês – acerca dos quais existe uma preocupação persistente sobre ter novos ataques, as consequências dos mesmos e/ou uma alteração significativa no comportamento relacionado com os ataques. (p. 440)

Por sua vez, a Perturbação de Pânico com Agorafobia é caracterizada da mesma forma mais agorafobia (APA, 2000). Em amostras comunitárias, a prevalência desta perturbação (com e sem agorafobia) atinge os 3,5% e em amostras clínicas varia entre 10% e 30%, podendo chegar aos 60% nos serviços de cardiologia (APA, 2000/2002).

A Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico consiste na “presença de agorafobia e de sintomas semelhantes ao pânico (por exemplo tonturas ou diarreia), sem história de ataques de pânico inesperados” (APA, 2000/2002, p. 429). Este tipo de perturbação em amostras epidemiológicas tem sido descrito como mais elevada do que a Perturbação de Pânico com Agorafobia (APA, 2000/2002).

A Fobia Específica é caracterizada por “ansiedade clinicamente significativa – que pode ter a forma de um ataque de pânico situacional – e medo acentuado e persistente que é excessivo ou irracional provocados pela exposição a uma situação ou objecto temido, que frequentemente conduz ao comportamento de evitamento” (APA, 2000/2002, p. 429). A Fobia Específica apresenta os seguintes subtipos (para indicar o foco de medo ou do evitamento): animal, ambiente natural, sangue-injecções-ferimentos, situacional, e outro tipo (outro estímulo) (APA, 2000/2002). Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2000/2002) as fobias são comuns na população em geral mas é de salientar que, por sua vez:

Raramente resultam em mal-estar ou deficiência suficientes para justificar o diagnóstico de fobia específica. Na comunidade a prevalência relatada ao longo de um ano varia entre 4% e 8,8% e as taxas ao longo da vida variam de 7,2% a 11,3%, declinando nos idosos. (p. 447)

A Fobia Social define-se como “ansiedade clinicamente significativa – que pode ter a forma de um ataque de pânico situacional – provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho que frequentemente conduzem ao comportamento de evitamento” (APA, 2000/2002, p. 429). Segundo este manual, a prevalência “ao longo da vida varia de 3% a 13% e a maioria dos sujeitos com fobia social tem medo de falar em público” (APA, 2000/2002, p. 453).

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva é caracterizada por “obsessões (pensamentos, impulsos ou imagens que causam mal-estar ou ansiedade) e/ou compulsões (comportamentos repetitivos que servem para neutralizar a ansiedade)” (APA, 2000/2002, p. 429). As obsessões ou compulsões provocam “forte mal-estar e consomem tempo (mais de 1 hora por dia)” (APA, 2000/2002, p. 463). A prevalência “ao longo da vida é de 2,5% e a um ano é de 0,5% a 2,1% nos adultos, sendo inferior nas crianças e adolescentes” (APA, 2000/2002, p. 460).

A Perturbação Pós-*Stress* Traumático consiste na “reexperiência de um acontecimento extremamente traumático acompanhado por sintomas de activação aumentada – com duração superior a 1 mês – e pelo evitamento dos estímulos associados com o trauma” (APA, 2000/2002, p. 429). Cerca de 8% da população adulta dos E.U.A. apresenta esta perturbação, não existindo dados sobre a população noutros países (APA, 2000/2002).

A Perturbação Aguda de *Stress* define-se como “sintomas semelhantes aos da perturbação pós-*stress* traumático que ocorrem imediatamente como consequência de um evento extremamente traumático” (APA, 2000/2002, p. 429). A perturbação “dura no mínimo 2 dias e no máximo 4 semanas e ocorre nas 4 semanas a seguir ao acontecimento traumático” (APA, 2000/2002, p. 472). A prevalência na população em geral é desconhecida, “em indivíduos expostos a traumas graves (como encontrar-se num acidente de viação ou fazer parte de um grupo de pessoas objecto de tiroteio), as taxas variam de 14% a 33%” (APA, 2000/2002, p. 470).

A Perturbação da Ansiedade Generalizada é caracterizada por “pelo menos 6 meses de ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de um número de acontecimentos ou actividades (tais como o trabalho ou o desempenho escolar)” (APA, 2000/2002, p. 476). Estão presentes sintomas como “agitação, nervosismo, fadiga fácil, dificuldades de concentração ou mente vazia, irritabilidade, tensão muscular e perturbações no sono” (APA, 2000/2002 p. 476). A prevalência “ao longo de 1 ano é de 3% e ao longo da vida de 5%” (APA, 2000/2002, p. 474).

A Perturbação da Ansiedade Secundária a um Estado Físico Geral consiste em “sintomas de ansiedade, ataques de pânico, obsessões ou compulsões proeminentes que são considerados uma consequência fisiológica directa de um estado físico geral” (APA, 2000/2002, p. 429). As taxas de prevalência são iguais às da Perturbação da Ansiedade Generalizada (APA, 2000/2002).

A Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias define-se como “sintomas de ansiedade, ataques de pânico, obsessões ou compulsões proeminentes que são considerados uma consequência fisiológica directa do abuso de drogas, medicamentos

ou exposição a tóxicos” (APA, 2000/2002, p. 429). A prevalência na população em geral é desconhecida (APA, 2000/2002).

A Perturbação da Ansiedade de Separação (da categoria de Outras Perturbações da Infância ou Adolescência) (APA, 2000/2002; The WHO, 1992) tem início antes dos 18 anos de idade e caracteriza-se pela ansiedade excessiva relativamente à separação de casa ou das figuras de vinculação, sendo este tipo de ansiedade “não adequado ao nível de desenvolvimento e que persiste, no mínimo por 4 semanas causando sofrimento intenso e prejuízos significativos em diferentes áreas da vida das crianças e adolescentes” (APA, 2000/2002, p. 482). A prevalência é de 4% (APA, 2000/2002).

A Perturbação da Ansiedade sem Outra Especificação “é incluída para codificar as perturbações com ansiedade ou evitamento fóbico proeminentes que não preenchem os critérios de nenhuma Perturbação da Ansiedade” (APA, 2000/2002, p. 430). Os exemplos incluem: perturbação mista de ansiedade e depressão, sintomas de fobia social relacionados com o impacto social de ter um estado físico geral ou uma perturbação mental, situações graves com diagnóstico de perturbação da ansiedade mas em que o indivíduo não consegue descrever um número suficiente de sintomas para efectivamente diagnosticar esta perturbação e situações em que não é possível determinar se a perturbação da ansiedade é primária, provocada por um estado físico geral ou induzida por substâncias (APA, 2000/2002).

Assim como a ansiedade, também a depressão é um quadro clínico de elevada prevalência na população geral, sendo que vários estudos em diferentes países confirmam este facto (Bastos, Mohallem & Farah, 2008; Fleck et al., 2002; Gameiro et al., 2008). O termo depressão deriva do latim *deprimere*, que significa “fazer descer, ir para baixo” (Horimoto, Ayache, & Souza, 2005, p. 20) e esta é provavelmente a mais antiga doença psiquiátrica, sendo que o conceito de melancolia (bílis negra) remonta ao século IV a.C., especificamente aos textos de Hipócrates (Hallstrom & McClure, 1999; Ruiloba & Ferrer, 2000). É possível considerar que “a depressão é uma doença que afecta o sistema nervoso central, interferindo na emoção, percepção, pensamento e comportamento do indivíduo, causando grande sofrimento emocional e prejuízos para vida pessoal, social e profissional” (Fleck et al., 2003, p. 115).

Na definição de depressão importa compreender que a tristeza é um estado universal de desânimo ou frustração em relação a alguém ou a algo, e que funciona como resposta às situações que causam sofrimento (perda, derrota, separação, desilusão e outras adversidades), tendo assim esta resposta um valor adaptativo que permite a confrontação com as adversidades para poder lidar com as mesmas (Fonseca, Coutinho & Azevedo, 2008; Lafer, Almeida, Fráguas, & Miguel, 2000). A tristeza é então um fenómeno normal que faz parte da vida psicológica do ser humano, do repertório natural dos estados de ânimo, enquanto que depressão é mais do que isso, é um estado patológico de tristeza, uma perturbação do humor, um conjunto de reacções psicofisiológicas perante acontecimentos reais ou imaginados e que perdura por mais de duas semanas consecutivas (Angelotti, 2001; Fleck, et al., 2003).

Revela-se importante destacar Aaron Tim Beck que, nos anos 70 do século XX, elaborou uma teoria da depressão a partir da sua experiência clínica como psiquiatra (Andrade, 2005). Beck defende que o funcionamento cognitivo do indivíduo processa-se segundo a interpretação que este faz do mundo, o que acontece progressivamente ao longo da sua vida (Andrade, 2005). Beck parte da hipótese que os indivíduos têm uma maneira distorcida de pensar em termos de interpretações e atribuições negativas e que são as características cognitivas, o modo como os indivíduos pensam a vida, o mundo e o futuro que os levam a deprimir (Andrade, 2005). Neste contexto, o modelo cognitivo da depressão segundo Beck pressupõe três elementos básicos: “esquemas negativos, estruturas de pensamento negativamente enviesado, que produzem tríade negativa, uma atitude negativa face a si próprio, à realidade e ao futuro e que se exprime em distorções cognitivas, conjunto de erros sistemáticos no processamento de informação, tais como inferência arbitrária, abstracção selectiva, sobregeneralização, etc.” (Gonçalves, 2000, p. 119).

São muitos os dados que indicam a grande prevalência da depressão, considerando-a o transtorno psiquiátrico mais frequente e debilitante, afectando a QDV dos indivíduos e estando muitas vezes associada a sintomas de doenças físicas (Fleck, 2003; Fráguas & Figueiró, 2001; Katschnig & Angermeyer, 1997; Lafer, Almeida, Fráguas & Miguel, 2000). A OMS estima que em 1990 a depressão major unipolar foi a principal causa de anos vividos com incapacitação em países desenvolvidos e que em

2020 será a doença mental que mais afectará os países desenvolvidos e em desenvolvimento (Lafer, Almeida, Fráguas & Miguel, 2000; Pereira, 2006).

Segundo dados de 2005 do Ministério da Saúde de Portugal, “na Zona Centro 16,9% a 18,4% da população portuguesa apresentava sintomas depressivos significativos e no Algarve 17,8% de sintomatologia depressiva na população geral” (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005, p. 137). Neste ano a prevalência da depressão nos cuidados de saúde primários em Portugal, “numa população de 927 doentes, foi estimada em 31,6%, correspondendo 12% a casos de depressão clínica e nos serviços de urgência a prevalência foi de 20,2% e 4,9% nos internamentos psiquiátricos” (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005, p. 139). Pode-se verificar que existe uma média de “cerca de 15% a 20% de prevalência de um qualquer tipo de depressão entre os indivíduos que recorrem a serviços de clínica geral, e de 20% a 30% de todos os doentes tratados e internados em hospitais gerais” (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005, p. 139). O impacto da depressão em Portugal foi avaliado e “80% correspondia a perda de produtividade (incapacidade temporária), 3% a suicídio e 17% imputáveis a custos directos em cuidados de saúde” (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005, p. 139), ocupando os antidepressivos o primeiro lugar na venda de psicofármacos (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005).

Os dados de um estudo com 3849 indivíduos adultos portugueses de 258 localidades, elaborado em 2010 pela Universidade Nova de Lisboa, registaram que um quinto da população tem alguma doença mental: 22,9% dos portugueses têm ou tiveram uma doença mental nos 12 meses anteriores ao questionário deste estudo e 42,7% sofrem ou sofreram de perturbações mentais ao longo da vida, sendo que estas elevadas prevalências colocam Portugal no topo em relação aos países europeus e próximo dos E.U.A. (com 26,4%) (Caldas de Almeida, 2010). De destacar que a ansiedade e depressão foram aqui identificadas como as perturbações mentais mais frequentes na população portuguesa com uma prevalência de 16,5% e 7,9%, respectivamente. Foram as mulheres a apresentar mais doenças mentais e ainda o grupo etário entre os 18 e os 24 anos (Caldas de Almeida, 2010).

Constata-se, portanto, que o peso da depressão está bem definido: “cada ano surge cerca de um novo caso por cada cem residentes e destes, entre cinco a dez já se

encontravam afectados (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005, p. 139; Ministério da Saúde de Portugal, 2005, p. 132). É possível prever que “pelo menos uma em cada cinco pessoas irão sofrer de depressão em algum momento das suas vidas, número que tem tendência a aumentar” (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, Almeida, 2005, p.139). A depressão encontra-se reconhecida no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 como um problema primordial de saúde pública, estimando-se que esta doença esteja associada à perda de 850 mil vidas por ano no mundo e mais de 1200 mortes por ano em Portugal (Ministério da Saúde de Portugal, 2005).

Mais uma vez, destacam-se a ICD-10 e o DSM-IV-TR como os dois principais sistemas de classificação de perturbações depressivas, sendo que a Tabela 2 apresenta os principais grupos de diagnóstico destes manuais, neste âmbito.

Tabela 2: Categorias de diagnóstico de perturbações depressivas segundo o DSM-IV-TR e a ICD-10 (APA, 2000/2002, p. 345; The WHO, 1992, pp. 28-29)

DSM-IV-TR	ICD-10
<ul style="list-style-type: none">▪ Perturbação Depressiva <i>Major</i>▪ Perturbação Distímica▪ Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação▪ Episódio Depressivo (Leve, Moderado ou Grave – sem ou com Sintomas Psicóticos)	<ul style="list-style-type: none">▪ Perturbações Afectivas Persistentes▪ Perturbação Persistente do Humor; Ciclotomia; Distímia; Perturbação do Humor (Afectivo) Não especificado▪ Outra Perturbação do Humor▪ Episódio Depressivo (Leve, Moderado – ou Grave – sem ou com Sintomas Psicóticos)▪ Perturbação Depressiva Recorrente (Leve, Moderada ou Grave – sem ou com Sintomas Psicóticos)

Passa-se a descrever genericamente os quadros clínicos incluídos nas Perturbações Depressivas (também designadas de Perturbações Unipolares), segundo o DSM-IV-TR, e que têm em comum consequências negativas a nível do funcionamento dos indivíduos, na medida em que “causam mal-estar clinicamente significativo ou

deficiência no funcionamento social, ocupacional (ou acadêmico) ou em qualquer outra área importante” (APA, 2000/2002, p. 356).

A Perturbação Depressiva *Major* é caracterizada por “um ou mais Episódios Depressivos *Major* durante o mesmo período de 2 semanas” (APA, 2000/2002, p. 369) que inclui vários sintomas, como pelo menos:

Humor deprimido, irritável, preocupação excessiva, sensação de vazio, tristeza, perda do interesse, dificuldade de concentração, baixa auto-estima, pessimismo, indecisão, sentimentos de desvalorização ou culpa, ideação suicida, agitação ou lentificação psicomotora, choro, retraimento social, dependência, perturbações do sono (insónia ou hipersónia), fadiga ou perda de energia, alteração do apetite e/ou de peso, dor, diminuição da libido, características psicóticas, ideação suicida, suicídio. (p. 356)

Situações de luto não explicam estes sintomas, apesar de que se os mesmos persistirem por mais de 2 meses deve ser considerado este diagnóstico (APA, 2000/2002). O risco ao longo da vida para esta perturbação é de “10% a 25% para as mulheres e 5% a 12% para os homens” (APA, 2000/2002, p. 372), enquanto que a prevalência pontual tem variado de “5% a 9% para as mulheres e 2% a 3% para os homens” (APA, 2000/2002, p. 372).

A Perturbação Distímica caracteriza-se pela presença de “humor cronicamente depressivo durante mais de metade dos dias, durante um período de 2 anos por mais de 2 meses de cada vez, indicado pelo relato subjectivo ou pela observação dos outros” (APA, 2000/2002, p. 380). De salientar que em crianças e adolescentes, “o humor pode ser irritável e a duração de pelo menos 1 ano” (APA, 2000/2002, p. 380). Durante os estados de humor depressivo estão presentes pelo menos dois dos seguintes sintomas: “apetite diminuído ou aumentado, insónia ou hipersónia, fadiga ou pouca energia, baixa auto-estima, dificuldades de concentração ou em tomar decisões, sentimentos de falta de esperança” (APA, 2000/2002, p. 380). É possível ocorrerem episódios sobrepostos de Perturbação Depressiva *Major*, apesar de serem diagnósticos distintos (APA, 2000/2002). Segundo o DSM-IV-TR, “a prevalência ao longo da vida para a Perturbação Distímica (com ou sem Perturbação Depressiva *Major*) é de aproximadamente 6%, sendo a prevalência pontual para a Perturbação Distímica de aproximadamente 3%” (APA, 2000/2002, p. 379).

A Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação inclui as perturbações com características depressivas que não preenchem os critérios para as já referidas perturbações depressivas (APA, 2000/2002). Segundo este manual os exemplos deste tipo de perturbação são:

Perturbação disfórica pré-menstrual (durante o último ano, na maioria dos ciclos menstruais), perturbação depressiva *minor* (episódios de pelo menos 2 semanas de sintomas depressivos, mas com menos sintomas do que os 5 itens requeridos para perturbação depressiva *major*), perturbação depressiva breve recorrente (episódios depressivos de 2 dias até 2 semanas pelo menos uma vez por mês durante 12 meses), perturbação depressiva pós-psicótica da Esquizofrenia (episódio depressivo *major* que ocorre durante a fase residual da Esquizofrenia), um episódio depressivo *major* sobreposto a Perturbação Delirante, Psicótica ou Esquizofrénica, e situações em que o clínico conclui que uma perturbação depressiva está presente, mas é incapaz de determinar se é primária, devida a um estado físico geral ou induzida por substâncias. (p. 382)

Ao abordar as perturbações afectivas (ansiedade e depressão), é necessário aludir à relação de associação entre estas duas perturbações, sendo que a ICD-10 define mesmo na sua classificação a Perturbação Mista Ansiosa e Depressiva diagnosticada quando o indivíduo “apresenta ao mesmo tempo sintomas ansiosos e sintomas depressivos, sem predominância nítida de uns ou de outros e sem que a intensidade de uns ou de outros seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado” (OMS, 1992, p. 131). A ansiedade e a depressão, apesar de distintas, são consideradas por muitos profissionais de saúde mental como uma única doença uma vez que a maioria das pessoas apresenta aquilo que parece ser um quadro misto de ansiedade e de depressão: tensão, dificuldades em dormir, ansiedade, humor deprimido e queixas somáticas (Hallstrom & McClure, 2000).

De acordo com a experiência clínica e com os dados de muitos estudos comunitários, é possível constatar que a ansiedade pode ser entendida como uma parte comum e integrante da reacção depressiva (Goldberg & Huxley, 1996), sendo que sintomas conjuntos de ansiedade e a depressão são os problemas mais comuns que levam as pessoas a procurarem ajuda terapêutica (Hallstrom & McClure, 2000). Autores como Kendell (1983, citado por Goldberg & Huxley, 1996, p. 64) verificaram que “ao longo de cinco anos de observação o diagnóstico de depressão passava para ansiedade em 2% dos casos e, no sentido contrário, da ansiedade para a depressão em 24% dos

casos”. Fawcet (1983), por sua vez, identificou sintomas depressivos em 65% de pessoas com quadros clínicos de ansiedade e Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses e Baltar (2007, p. 232) afirmam que “apesar de serem diagnósticos distintos, ansiedade e depressão estão relacionadas entre .40 e .70 num largo número de amostras de pacientes e não-pacientes”.

Na Figura 1 apresenta-se esquematizada a “substancial correlação entre as duas dimensões – ansiedade e depressão em que os eixos correspondentes formam um ângulo particular” (Goldberg & Huxley, 1996, p. 68). Esta figura também revela que uma representação igualmente válida da relação entre sintomas consiste em conceptualizar duas dimensões, uma correspondente à gravidade da doença, o outro eixo independente indo da ansiedade à depressão, que representa um equilíbrio ansiedade – depressão (Goldberg & Huxley, 1996).

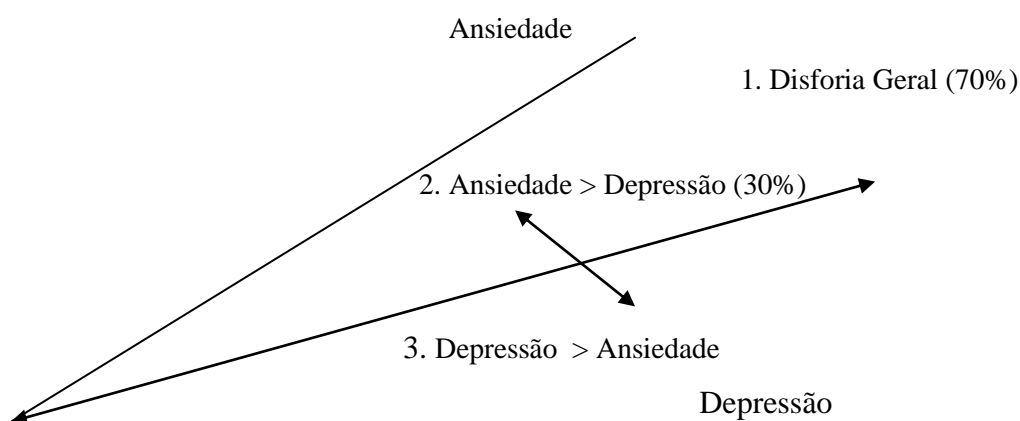


Figura 1. Os dois traços latentes para ansiedade e depressão (Goldberg & Huxley, 1996).

Dada esta análise das perturbações afectivas, segue-se uma apresentação de alguns estudos nesta área com estudantes do ensino superior que, encontrando-se num período de desenvolvimento psicossocial em que têm de lidar com várias situações (consolidação da identidade, problemas relacionais, de natureza académica...), estão também mais vulneráveis à depressão e ansiedade (Pereira & Motta, 2005). Como afirmam Lustman e Sowa (1984, citado por Pereira, et al., 2002, p. 12), “a depressão é um problema muito comum entre a população universitária”.

2.2 Perturbações afectivas em estudantes universitários

A revisão da literatura efectuada revelou alguns estudos internacionais no âmbito das perturbações afectivas de estudantes universitários, passando-se a apresentar a sua síntese.

Russel e Shaw (2009) avaliaram uma amostra de 1007 estudantes da Universidade de Plymouth no Reino Unido, através da Escala *Liebowitz* de ansiedade social. Os resultados demonstraram que “aproximadamente 10% dos estudantes revelou severa ansiedade social, sendo uma pequena mas significativa proporção” (Russel & Shaw, 2009, p. 198).

Cerchiari, Caetano e Faccenda (2005) elaboraram um estudo com 558 estudantes universitários (29% mulheres) do 1.º ao último ano, que responderam ao Questionário Geral de Saúde e que apresentaram uma prevalência de 25% de transtornos mentais menores, destacando-se as perturbações psicossomáticas, ansiedade e falta de autoconfiança na capacidade de desempenho/auto-eficácia, tendo as duas primeiras dimensões sido mais elevadas entre mulheres e a última entre homens.

Fonseca, Coutinho e Azevedo (2008) realizaram um estudo com 56 universitários do curso de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (Brasil), de ambos os sexos, com idades dos 18 aos 26 anos, recorrendo ao Beck Depression Inventory (BDI). Os estudantes “objectivaram as suas representações da depressão na melancolia, desilusão, carência afectiva, realidade social do contexto em que vivem/posicionamento social e informação da doença, num vínculo de apoio e necessidade de ajuda” (Fonseca, Coutinho & Azevedo, 2008, para. 9).

Num estudo de Bastos, Mohallem e Farah (2008), em que participaram 38 alunos do 3.º ano do curso de Enfermagem da Universidade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (Brasil), foi utilizada a Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (HADS). Na amostra, 42,10% apresentaram índices elevados de ansiedade e 34,21% de depressão.

Um estudo de Triin, Anu, Veiko e Marlit (2006) avaliou 413 estudantes do curso de Medicina da Universidade de Tartu (Estónia) (idades entre os 19 e os 33 anos) que responderam ao Emotional State Questionnaire e ao Questionnaire on Sleep and Daytime Habits. Na amostra, 21,9% apresentava sintomas de ansiedade e 30,6% sintomas de depressão, ambas as situações com uma taxa mais elevada no sexo feminino, sendo que também se registaram relações significativas entre problemas do sono com ansiedade (para as mulheres) e com depressão (para mulheres e homens).

Com o objectivo de validar a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) em relação aos diagnósticos do DSM-IV-TR entre estudantes universitários, Andrews, Hejdenberg e Wilding (2006) realizaram um estudo com 89 estudantes da University of London (Reino Unido) que responderam a esta escala e a uma entrevista estruturada em relação ao DSM-IV-TR, tendo-se verificado a prevalência de ansiedade e depressão nestes estudantes. A HADS demonstrou boa sensibilidade em detectar as perturbações de ansiedade e depressão do DSM-IV-TR, destacando-se a escala da depressão, que apresentou boa especificidade e eficiência.

Rab, Mamdou e Nasir (2008) avaliaram 87 estudantes do sexo feminino do curso de Medicina da Universidade Médica de Lahore (Paquistão), aplicando a HADS e um questionário sobre acontecimentos de vida, comportamento social e historial médico. Na amostra 43,7% apresentava ansiedade e 19,5% depressão, sendo que: as que viviam nas residências universitárias e que tinham menos amigos eram significativamente mais ansiosas e deprimidas, as que tinham um passado recente com acontecimentos negativos apresentavam mais depressão e as que frequentavam o 1.º e 2.º anos da universidade tinham mais ansiedade.

O estudo de Webb, Ashton, Kelly e Kamali (1996) em que participaram 3075 estudantes do 3.º ano (48% mulheres) de 10 universidades do Reino Unido, que responderam à HADS, revelou elevadas pontuações nas escalas de ansiedade e depressão, sobretudo entre o sexo feminino.

Andrews e Wilding (2004) elaboraram um estudo com 351 estudantes universitários (média de idades de 20 anos, 75% mulheres) de uma Universidade de Inglaterra, aplicando a HADS. Na amostra, 9% apresentava depressão e 20% ansiedade

cl clinicamente significativa, tendo as dificuldades financeiras contribuído para estes resultados.

O estudo de Shiels, Gabbay e Exley (2008) em que foi aplicada a HADS junto de 1002 estudantes de uma Universidade de Inglaterra, revelou que 10% dos alunos apresentaram depressão e 47,6% ansiedade, tendo as mulheres sido as mais afectadas.

No que diz respeito à realidade Portuguesa, as conclusões obtidas são semelhantes relativamente aos estudos noutros países, como se pode verificar pelos exemplos que se seguem.

Num estudo de Neves e Pais-Ribeiro (2000) com uma amostra de 240 estudantes de uma Universidade portuguesa na zona de Lisboa (idades entre os 18 e os 24 anos, 46,7% mulheres), foi utilizada a Escala de Auto-Avaliação da Ansiedade de Zung. Os estudantes do sexo feminino, os que viviam sós ou nas residências universitárias revelaram níveis de ansiedade mais elevados e valores mais baixos no que respeita ao estado de saúde, também os estudantes do último ano das licenciaturas evidenciaram níveis de ansiedade superiores aos dos restantes anos e alguns cursos apresentaram mais estado de ansiedade dos seus estudantes em detrimento de outros (Neves & Ribeiro, 2000).

Um estudo realizado na Universidade do Minho com estudantes que frequentaram o Serviço de Consulta Psicológica desta Universidade e que utilizou a análise documental das consultas como diagnóstico, revelou a ansiedade e a depressão como as problemáticas mais frequentes entre os estudantes: 35% e 32%, respectivamente (Ramalho & McIntyre, 2001).

Também num estudo levado a cabo pelo Serviço de Consulta de Psicologia dos Serviços de Acção Social da Universidade de Aveiro (SASUA) com 95 estudantes (62% mulheres) com uma média de idades de 22.75 anos, que frequentaram as consultas de Psicologia no ano lectivo 2008/2009 e 1.º semestre do ano 2009/2010 e, através da análise documental das consultas, verificou-se que predominam os quadros de depressão e ansiedade entre os estudantes, nomeadamente depressão (11,6%), ataques de pânico (10,5%) e ansiedade generalizada (7,4%) (Oliveira, 2010).

Compreende-se, portanto, a importância de aprofundar a investigação nesta área das perturbações afectivas de estudantes universitários, de modo a enriquecer os estudos neste campo e apoiar a prática clínica no ensino superior. Para tal, sabe-se que existem diversas técnicas de vários autores, como as escalas e questionários de avaliação da depressão, da ansiedade e de ambas as perturbações em simultâneo.

Neste segundo capítulo foram analisadas as perturbações afectivas e suas classificações, incidindo no contexto dos estudantes universitários, em que se verifica a presença notória deste tipo de perturbações. Segue-se a análise da QDV, de modo a perspectivar a sua importância no presente estudo.

Capítulo III – Qualidade de Vida

3.1 Importância e definição de Qualidade de Vida

“Mais importante que acrescentar dias à vida é dar vida aos dias.” (Benjamin, 2009, para. 1).

Todos os dias, do passado ao presente e mesmo a nível de projecções futuras, é possível falar e ouvir-se falar em QDV. É um conceito usado em diferentes abordagens, no senso comum e na ciência, entre leigos e especialistas (Ribeiro, 2000). Como afirma Fiedler (2008) o conceito de QDV:

É um construto moderno e uma preocupação antiga, pois a ideia de se viver com qualidade já estava presente na antiguidade: Aristóteles em 384 a.C. e 322 a.C. referia-se à associação entre felicidade e bem-estar, Hipócrates, em 460 a.C. e 370 a.C. e Galeno, em 132 d.C. e 200 d.C., afirmavam que o equilíbrio sustenta um corpo saudável. (p. 2)

O termo QDV é antigo e revelador de formas distintas na sua definição e abordagens por parte do ser humano ao longo dos tempos (Couvreur, 1999). Segundo esta autora, podemos aproximar a expressão QDV do epicurismo na Antiguidade ou daquilo a que se chamava “*l’artre de vivre*” (“a arte de viver”) no século XIX, “ter tempo para saborear a vida, ter-se-ia dito antigamente, agora fala-se mais de proteger a qualidade de vida” (Couvreur, 1999, p. 12).

Neste sentido, no passado, a QDV era perspectivada como uma filosofia ou uma arte para viver e, actualmente, revela-se como um conceito que abrange muitos e variados domínios da vida de cada ser humano (Couvreur, 1999). Remetendo para o conceito de QDV e para o conceito mais geral de bem-estar subjectivo, é possível distinguir os conceitos de felicidade e de satisfação, na medida em que “o primeiro é um conceito afectivo e o segundo um conceito cognitivo, embora partilhem 50 a 60 por cento de variância comum” (Sirgy, 2002, citado por em Pais-Ribeiro, 2005, p. 95).

A expressão QDV foi empregue por volta de 1920 no contexto das condições de trabalho e das suas consequências no bem-estar do trabalhador (Pais-Ribeiro, 2005). À medida que as economias, sobretudo dos países desenvolvidos, do pós II Guerra Mundial, se desenvolviam, o conceito de QDV cresceu (Bech, 1993, citado por Meneses, 2005). Contudo, só na década de 60 do século XX se começou a revelar profundo interesse científico por este conceito (Canavarro, Simões, Pereira & Pintassilgo, 2005; Meneses, 2005). Alguns autores, como Fleck (2000), Kluthcovsky e Takayanagui (2007) indicam que a origem deste conceito tem raízes no contexto político, apontando como referência o discurso do Presidente americano Lyndon Johnson que, em 1964, referiu que “o progresso social não pode ser medido através do balanço dos bancos mas através da qualidade de vida proporcionada às pessoas” (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007, p. 14).

Segundo autores como Pais-Ribeiro (2009), existem dificuldades em apontar uma só definição de QDV, pois é um conceito que ainda está a ser clarificado, aceite e integrado (sobretudo na área da saúde). Apesar de prevalecer um consenso sobre a importância de avaliar a QDV, a tal definição ainda é um campo de discussão científica (Fleck et al., 2008). Assim, este conceito é uma dimensão da vida humana que tem sido objecto de estudo e de investimento em várias áreas do conhecimento (político, económico, médico, psicológico, sociológico, publicitário...) ao longo das últimas décadas, com o objectivo de se ultrapassar a ambiguidade e subjectividade que lhe são atribuídas, definindo-o, o mais possível, em termos concretos, gerais e válidos para todos os indivíduos e sociedades (Barbosa & Ribeiro, 2000).

Pacheco (2007, p. 2) afirma que QDV é um “conceito integrador do bem-estar em termos físicos, mentais e sociais, percebido por cada sujeito”. Leidy, Revicki e

Genesté, (1999, p. 114) defendem que “QDV é a percepção subjectiva do indivíduo quanto à satisfação ou felicidade com a vida em domínios que são importantes para si”. Corroborando esta ideia, Moreira (2001, citado por Fiedler, 2008, p. 2) declara que “a expressão QDV assume aos olhos de cada observador os contornos da sua sensibilidade, cultura, meios económicos e frustrações”. Calman (1984), por sua vez, defende que a QDV depende do hiato entre as expectativas/objectivos de um indivíduo e as suas experiências de vida, no sentido em que quanto menor for o intervalo entre as expectativas e a realidade, melhor a QDV. Taveira (1999, p. 99) considera QDV como “um conceito multidimensional de bem-estar físico, mental e social percebido por cada indivíduo ou grupo de indivíduos, envolvendo conceitos de vida como a saúde, o trabalho, a família, o estado emocional da pessoa, o nível socioeconómico, entre outros”. Katschnig e Angermeyer (1997) entendem QDV num sentido de subjectiva necessidade humana que engloba factores sociais e culturais baseados no desenvolvimento da personalidade de cada indivíduo num contínuo processo de adaptação em que este deve ajustar os seus desejos e objectivos às circunstâncias do seu ambiente.

Dada esta inerente complexidade do construto QDV e “na ausência de um consenso sobre a definição de QDV, a Organização Mundial de Saúde reuniu especialistas de várias partes do mundo e criou uma definição transcultural do conceito” (Fleck, 2000, p. 34). Assim, afirmou-se que “QDV consiste na percepção individual da posição pessoal na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (Orley & WHOQOL Group, 1994, citado por Pais-Ribeiro, 2005, p. 101). Esta definição considera o conceito de QDV como “um conceito amplo que incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente” (The WHOQOL Group, 1995 citado por Fleck et al. 2008, p. 25). Deste modo, a QDV é perspectivada e abordada de uma forma que procura ser o mais completa possível e, sendo um conceito dinâmico, muda necessariamente com a evolução das sociedades ao longo dos tempos (Siqueira, 2009). E também se transforma com os próprios indivíduos (que, por sua vez, fazem as sociedades), no sentido em que a vida humana tem inerente uma complexidade que “faz viver em constante equilíbrio/desequilíbrio, pois todo o instante da vida traz consigo desorganização/reorganização” (Parreira, 2006, pág.5).

Estes são alguns dos muitos exemplos possíveis de encontrar na literatura que, como se pode constatar, se complementam e adoptam diferentes conceitos (bem-estar, satisfação ou diferença entre perspectivas...) dentro do mesmo (QDV). Esta complexidade inerente ao conceito de QDV é reconhecida por autores que a tratam como uma variável “emergente” (Gladis et al., 1999, citado por Fleck et al. 2008), “da mesma forma que construtos como «traços de personalidade» ou «emoções»” (Fleck et al. 2008, p. 25). Assim sendo, alguns autores atribuem *características* ou *indicadores* e não o termo *definição*, o que pode então originar diferentes definições decorrentes da importância dada a cada uma dessas *características* ou *indicadores* (Fleck et al. 2008). Ciência que se assume como ciência tem de apresentar uma base conceitual clara (Almeida & Freire, 2003), mesmo tendo em consideração as tais características ou indicadores comuns. Neste contexto, é aceite que a QDV possui as seguintes propriedades: “é multifactorial, ou seja, o seu estudo deve considerar várias dimensões; é uma variável baseada na percepção pessoal; varia com o tempo; é subjectiva (*soft*), ou seja, baseia-se em aspectos imateriais” (Pais-Ribeiro, 2009, p. 32).

Reconhece-se então que QDV pode ser “inerentemente subjectiva, embora tenham sido propostas definições normativas que incluem padrões mais objectivos, assim como percepções de condições objectivas” (Campbell et al., 1976, citado por Fleck et al., 2008, p. 34). A definição apresentada pelo WHOQOL Group (1994) implica três aspectos essenciais sobre QDV, relacionados com: a subjectividade, pois revela a perspectiva do indivíduo quanto à sua própria vida e só assim se pode considerar a realidade; a multidimensionalidade, pois a QDV engloba em si várias dimensões e, portanto, um instrumento que meça este construto tem de ter várias pontuações em vários domínios (por ex., físico, mental, social, etc.); e a presença de dimensões positivas e negativas, pois para uma QDV considerada positiva, é necessário que alguns elementos estejam presentes (como a mobilidade) e outros ausentes (como a dor) (Fleck et al., 2008; Pais-Ribeiro, 2005; The WHOQOL-Group, 1994).

Desde os séculos XIX/ XX e até à actualidade, a esperança média de vida aumentou de 49 anos para mais de 70 anos, sendo portanto fácil de perceber que o modo como se vive se foi tornando mais importante que a duração da vida (Goldberg & Huxley, 1996). Coloca-se então uma questão para saber aquilo que o ser humano necessita ao longo da vida que lhe permita sentir bem-estar nas diferentes áreas da

mesma, partindo do pressuposto que querer uma boa QDV é inerente a qualquer ser humano (mesmo que através de diferentes métodos).

Uma possível resposta a esta questão encontra fundamento na pirâmide de Maslow (1954, citado por Santos & Monteiro, 2000) autor que, antes do construto QDV ser popular em termos científicos, já apresentava trabalhos conceptualmente próximos. Segundo este autor, as necessidades humanas encontram-se organizadas hierarquicamente, e podem ser representadas através de uma pirâmide com a seguinte estrutura: necessidades fisiológicas (fome, sede, sono, evitamento da dor, desejo sexual); necessidades de segurança (procura de protecção relativamente ao meio e busca de um ambiente estável e organizado); necessidades de afecto e de pertença (desejos de associação, participação e aceitação por parte dos outros); necessidades de estima (desejo de realização, de competência, de estatuto e de reconhecimento social); necessidades cognitivas (exploração, compreensão e conhecimento); necessidades estéticas (ordem, simetria e beleza); e necessidades de auto-realização (realização do potencial de cada um, concretização das capacidades pessoais) (Santos & Monteiro, 2000). As necessidades fundamentais seriam as necessidades básicas e só depois de estas estarem satisfeitas é que se poderia subir na hierarquia para satisfazer outras mais complexas pelo que, ao longo da existência, se os obstáculos forem ultrapassados, o ser humano progride na hierarquia até ao topo (Maslow, 1954, citado por Santos & Monteiro, 2000).

A partir da análise desta hierarquia das necessidades, é possível compreender que o ser humano seja motivado pelas referidas necessidades de modo a alcançar bem-estar, estando aqui inerente a subjectividade, pois a organização das motivações depende de factores individuais, dos grupos em que o indivíduo se integra, das experiências anteriores... (Santos & Monteiro, 2000). Mas, todas as necessidades têm em comum o desejo de fazer corresponder a realidade da vida a determinadas expectativas pessoais que, mais uma vez, se baseiam em determinadas necessidades inerentes à condição de se ser humano (Calman, 1984; Santos & Monteiro, 2000).

Paralelamente, é possível aproximar o conceito de QDV da definição de Saúde proposta pela OMS., que define saúde em termos de bem-estar social, psicológico e físico, e não apenas ausência de doença, salientando a sua caracterização como

dinâmica e mutável (Parreira, 2006). Tendo em consideração que “a QDV é um conceito muito mais abrangente do que o de saúde, sendo esta, a par de outros, um dos indicadores utilizados para medir a QDV” (Ware, 1991, citado por Pais-Ribeiro, 2005, p. 101), revela-se importante ter em conta que autores como Cramer (1994, citado por Barbosa & Ribeiro, 2000, p. 150) defendem que a QDV é “avaliada considerando 5 dimensões: saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais e ambiente.” A saúde assume-se então como um dos grandes domínios da QDV e é cada vez mais investigada neste contexto, sendo que o aumento de pessoas com doenças crónicas consiste numa das razões que leva os investigadores a estudar a problemática (Barbosa & Ribeiro, 2000; Silva et al., 2003, citado por Santos, 2009). Cramer (1993, 1994, citado por Meneses, 2005, p. 39), por exemplo, define QDV como “bem-estar físico, mental e social completo, tornando o conceito sobreponível ao de saúde.”

Ter ou não ter saúde sempre foi considerada uma questão importante entre os seres humanos: “A própria evolução do ser humano, ou mais latamente a evolução das espécies, está estreitamente associada ao ter Saúde” (Pais-Ribeiro, 2005, p. 15). Em 1979, Brody e Sobel (citado por Pais-Ribeiro, 2005) sugeriam que a saúde não se limita à capacidade biológica ou bem-estar somático, pois constitui um leque vasto de factores ligados ao ambiente, à sociedade/cultura e ao comportamento. Como defende Pais-Ribeiro (2005), no contexto da definição e interpretação dos conceitos de saúde e de doença deram-se grandes revoluções desde o período pré-científico (desde a origem do ser humano até à Renascença), passando modelo biomédico (pós-Renascimento), que foi aplicado na prática pela 1ª Revolução da Saúde (até meados do século XX), a que se seguiu a 2ª Revolução da Saúde (até à actualidade). Aqui, o foco de atenção deixou de ser a prevenção das doenças para se passar a centrar na promoção da saúde (Pais-Ribeiro, 2005).

Desde essa altura, a saúde apresenta-se como um conceito específico, como objecto de investigação e de intervenção separado do conceito de doença, sendo esta entendida como “incapacidade de responder adaptativamente aos desafios ambientais resultando disto a perturbação do equilíbrio do sistema” (Brody & Sobel, 1979, citado por Ribeiro, 2005, p. 20). Sendo aceite que saúde é mais do que ausência de doença ou incapacidade, “a ideia é que não chega viver mais anos, é necessário viver mais anos com saúde” (Ribeiro, 2005, p. 20). O conceito de saúde passou então a implicar,

necessariamente, maior QDV e, neste sentido, por exemplo, um medicamento ou outro tipo de tratamento que diminua a QDV no presente ou no futuro, têm menos reconhecimento e mérito numa perspectiva de intervenção na saúde, podendo funcionar apenas do ponto de vista remediativo (Pais-Ribeiro, 2005).

Para os seres humanos a saúde relaciona-se com o bem-estar e a felicidade, um recurso de que necessitam no dia-a-dia, sendo que quanto mais saúde, mais energia disponível, durante mais tempo, para usar nas actividades de rotina em qualquer área (trabalho, vida familiar, relações sociais, actividades de lazer, etc.) (Pais-Ribeiro, 2005; Simões, Matos, & Batista-Foguet, 2008). Os estudos de autores como Campbell (1976, citado por Gonzalez & Ribeiro, 2004, p. 123) corroboram esta ideia, ao verificar que “a saúde era assinalada pelos sujeitos que investigaram como sendo o mais importante factor no seu conceito de felicidade e bem-estar subjectivo como percepções da qualidade de vida”.

Apesar de se verificar que associada a uma melhor saúde está uma melhor QDV, isto não é sinónimo de afirmar que ter uma doença ou incapacidade implica ter menos QDV (Meneses, 2005). Imagine-se o seguinte exemplo elucidativo: um indivíduo foi operado a um joelho e tem de ficar um mês em casa, de repouso, sendo que durante esse mês pode fazer pelo menos duas actividades que lhe dão muita satisfação: ler o livro que há tanto tempo queria e ver todos os jogos do mundial de futebol que passam na televisão e, assim sendo, encontra-se satisfeito em pelo menos duas dimensões lúdicas da sua vida, assumindo então que a sua QDV não estava nos níveis inferiores que se poderiam imaginar por ter sido operado (Pimentel, 2009). Contudo, sejam quais forem as situações peculiares de vida, pode-se verificar que é possível estabelecer uma relação entre saúde e QDV, pois umas vezes mais que outras, mas sempre lado a lado, estes conceitos interligam-se, na medida em que ter saúde é um recurso para a QDV, mesmo não sendo sinónimos (Fleck et al., 2008).

De sublinhar que o desenvolvimento de medidas de QDV deve reflectir o parecer do doente (Ribeiro, 2005). Assim, aquilo que o doente pensa, as suas crenças, valores, julgamentos, estados de humor, são factores que devem ser tidos em consideração em toda a análise da QDV (Couvreur, 1999).

Estes reflexos das mudanças ocorridas nos contextos de saúde ao longo do tempo, revelam a importância de uma sequência lógica na percepção de QDV relacionada com a saúde, nomeadamente, a avaliação clínica e a posterior intervenção, a integração pelo doente (logo desde o diagnóstico, esta integração depende de determinados factores inerentes à sua personalidade e circunstâncias de vida) e, finalmente, a avaliação da QDV, de forma a saber como o paciente a percebe (Pimentel, 2009).

Apesar de não existirem muitos modelos que integrem a investigação praticada no contexto da QDV, é possível identificar determinados modelos teóricos subjacentes ao conceito de QDV (Meneses, 2005). Hunt (1997, citado por Fleck et al., 2008) refere os seguintes: “resposta emocional às circunstâncias; impacto da doença nos domínios emocional, ocupacional e familiar; bem-estar pessoal; habilidade para satisfazer as necessidades que a pessoa tem; modelo cognitivo individual” (Fleck et al., 2008, p. 23). Hunt (1997, citado por Fleck et al., 2008) considera que apenas os modelos de satisfação das necessidades e o cognitivo individual apresentam uma base racional e empírica para que se possam assumir como instrumentos consistentes. Outros autores, como McKenna e Whalley (1998, citado por Fleck et al., 2008), por sua vez, reconhecem duas abordagens no âmbito da QDV: a funcionalista e a baseada nas necessidades. Esta situação levou Fleck et al. (2008) a reunir as várias ideias e organizar os modelos teóricos de QDV em dois grupos, nomeadamente, o modelo da satisfação e o modelo funcionalista.

Com base no modelo da satisfação, “a QDV está directamente relacionada à satisfação com os vários domínios da vida definidos como importantes pelo próprio indivíduo” (Fleck et al., 2008, p. 24). Segundo estes autores, uma vez que o sentido de satisfação é uma experiência subjectiva e tendo em consideração que este modelo foi desenvolvido a partir de conceitos como “bem-estar” e “felicidade”, é possível fazer uma associação entre estes aspectos e o nível de expectativa do indivíduo, ou seja, diferentes indivíduos apresentam diferentes níveis de satisfação, consoante as suas expectativas (Fleck et al., 2008). Pode-se assim integrar neste modelo a já descrita definição de QDV segundo Calman (1984), de hiato entre expectativas e realizações de um indivíduo.

Ainda seguindo esta linha de raciocínio, os indivíduos atingem um nível positivo de QDV quando procuram aumentar as suas realizações, diminuindo, por sua vez, as expectativas (Calman, 1984; Fleck et al., 2008). Por outro lado, quando os indivíduos não conseguem alcançar as suas expectativas, tendem a acabar por diminuí-las e conformarem-se com essa situação para poderem reajustar a sua QDV (Calman, 1984; Fleck et al., 2008). Em ambas as situações existe satisfação, mas “em termos qualitativos, a experiência do sucesso e da resignação são afectivamente bastante diferentes” (Fleck et al., 2008, p. 24). Como referem os autores, mais uma vez, o contexto bio-psico-social do indivíduo é importante na escolha que faz perante as *realizações* e as *expectativas* e todos estes factores integram a percepção de QDV (Fleck et al., 2008).

A já descrita hierarquia das necessidades representada por Maslow (1954, citado por Santos & Monteiro, 2000) é uma das contribuições importantes para este modelo teórico da satisfação, bem como a contribuição que surgiu das ideias de Thomas More (1994, citado por Fleck et al., 2008). Ambas se referem aos “aspectos com os quais o indivíduo deveria estar satisfeito para ter uma boa qualidade de vida” (Fleck et al., 2008, p. 24), por exemplo, a teoria de Maslow, ao considerar que existem necessidades básicas universais, justifica a ideia de que é possível desenvolver instrumentos de QDV com uma perspectiva transcultural (Fleck et al., 2008).

Outra contribuição importante é a *abordagem cognitiva individual*, que defende que “a qualidade de vida é uma percepção idiossincrática e que, portanto, só pode ser medida individualmente” (Fleck et al., 2008, p. 24), perspectiva esta defendida desde logo na definição de QDV por autores como Calman (1984); Leidy, Revicki e Genesté (1999). Esta abordagem salienta então a ideia da subjectividade inerente à QDV, uma vez que depende da percepção peculiar de cada indivíduo (Fleck et al., 2008).

O modelo funcionalista, como a própria designação indica, refere-se ao *funcionar* e considera que uma boa percepção de QDV está associada ao “funcionar” bem, ou seja, neste contexto o indivíduo deve ter um desempenho satisfatório a nível social, de forma a realizar os seus papéis sociais e as funções que valoriza (Fleck et al., 2008). Neste sentido, a saúde é apresentada como a dimensão mais importante da QDV e da própria existência humana, uma vez que afecta o desempenho dos papéis sociais

(McKenna & Whalley, 1998, citado por Fleck et al., 2008). Vários instrumentos de base teórica funcionalista foram assim agrupados através da aplicação do termo “qualidade de vida relacionada à saúde (*health-related quality of life*)” (Fleck et al., 2008, p. 24), em Português Europeu: QDV relacionada com a saúde (Ribeiro, 2005). Neste contexto, ver a representação esquemática da QDV (anexo E).

Mais uma vez se colocam aqui algumas questões relativamente ao facto de que nem sempre a uma boa percepção de QDV está associada uma boa saúde, sendo que indivíduos com doenças com considerável gravidade podem percepcionar uma boa QDV (Fleck et al., 2008). Autores como Albrecht e Devlieger (1999, citado por Fleck et al., 2008) designam esta situação de “paradoxo da deficiência” e, utilizando metodologias qualitativas, revelaram que “indivíduos com deficiências graves e persistentes podem relatar boa ou excelente qualidade de vida, mesmo quando a maioria dos observadores externos qualificaria a sua existência como indesejável” (Fleck et al., 2008, p. 25). Neste contexto, prevalece a ideia de que, para esses indivíduos, a doença ou incapacidade foi uma forma de reorientarem as suas vidas, e as suas percepções da QDV passam-se a justificar no lidar satisfatoriamente com as limitações que as suas condições impuseram (Fleck et al., 2008). Aqui entende-se, portanto, que o modo como se encara a doença e se lida com essas condições interfere bastante com as percepções de QDV (Fleck et al., 2008).

Analisados estes modelos e formas de entender o construto QDV, é possível afirmar que este se insere na perspectiva do ser humano como “um sistema vivo e activo que se auto-organiza por diferenciação e integração de múltiplas facetas e se auto-regula nas variadas respostas com que se relaciona nos ambientes onde se afirma” (Parreira, 2006, p. 43). Como afirmam Pereira e Silva (2001, p. 7), “a qualidade de vida constitui o maior paradigma do nosso tempo e é uma condição que se alcança através da mobilização de diferentes dimensões, que se compensam e harmonizam entre si na nossa própria interpretação da vida”.

Por toda e em toda esta complexidade inerente à condição de se ser humano, revela-se essencial estudar a QDV, especificamente entre estudantes universitários que, mesmo sendo uma população aparentemente saudável, pode apresentar problemas ao situar-se numa fase da vida - jovens adultos - em que o desenvolvimento bio-psico-

social assume um papel crucial (Ferreira & Ferreira, 2005; Soares, Guisande, Diniz, & Almeida, 2006; Tinto, 1986).

Neste sentido, a avaliação da QDV é uma realidade possível e, simultaneamente, um desafio a ultrapassar, o que se verifica pela análise que se segue.

3.2 Avaliação da Qualidade de Vida

Segundo McIntyre (1994, p. 28) “os esforços para medir a qualidade de vida tiveram início em 1960 reflectindo a preocupação com o desenvolvimento da qualidade de vida e bem-estar da população num período de desenvolvimento económico por quase todo o mundo”. Sabe-se que os investigadores recorrem à avaliação da QDV para diferentes fins e, tendo em consideração a subjectividade inerente ao conceito, revela-se essencial uma definição precisa do mesmo, bem como a aplicação de uma metodologia apropriada para o avaliar correctamente (Pais-Ribeiro, 2005; Santos, 2009). Contudo, paralelamente, compreende-se a complexidade em desenvolver um processo de medição da QDV (Pimentel, 2004), que se reflecte através de: “dificuldade de consenso para este construto e para o modo como deve ser avaliado, ausência de um *gold standard* para comparação na validação e a proliferação de modelos de QDV” (Meneses, 2005, p. 45).

Mesmo assim é possível avaliar a QDV, conceito corrente do último quarto do século XX e, apesar de na área da Psicologia esta questão ter surgido mais tarde, é já vasta a quantidade de técnicas de avaliação do conceito nesta área (Pais-Ribeiro, 2009). Foi assim que nos “anos 80 e 90 se alargou o campo de investigação da QDV a indicadores não apenas fisiológicos, mas também de foro psicossociológico e a valorização da opinião do doente com a utilização de medidas de auto-resposta” (Santos, 2009, p. 10).

Neste contexto, também é importante ter em consideração que, como defende Pais-Ribeiro (2005):

A subjectividade da QDV não pode ser confundida com a sua medida, pois esta, como qualquer medida, não pode ser subjectiva do ponto de vista métrico, dado que tem de satisfazer critérios de validade e de fidelidade, entre outros, que permitam caracterizá-la como medida. (p. 105)

Uma vez que, como afirmam Fallowfield (1994), e Lydick & Yawn (2000), citados por Meneses (2005):

A avaliação da QDV requer o mesmo rigor científico que é aplicado a outras medidas de resultado laboratoriais ou clínicas, pelo que muitos dos métodos padronizados de avaliação da QDV são tão bons, se não melhores, do que algumas das medidas médicas mais ortodoxas. (p. 45)

Estas afirmações revelam bem a importância de avaliar um conceito como a QDV e, mesmo que não seja uma perspectiva consensual, é impossível negar a relevância e “evidência crescente das ligações entre a função fisiológica básica e as questões psicossociais mais amplas incluídas no paradigma da QDV” (Meneses, 2005, p. 45).

Na avaliação da QDV devem ser consideradas determinadas características operacionais (Pais-Ribeiro, 2005), que se passam a descrever. Tendo em conta que apenas o próprio indivíduo pode descrever como sente a sua vida (Pimentel, 2004), esta característica operacional é designada de subjectividade (Meneses, 2005; Pais-Ribeiro, 2005), pois baseia-se na “percepção pessoal da pessoa avaliada e depende dos valores, crenças, julgamentos, preferências, expectativas e percepções pessoais” (Pais-Ribeiro, 2005, p. 104). Outra característica operacional é a multifactorialidade (Meneses, 2005; Pais-Ribeiro, 2005), isto é, “os parâmetros de QDV abrangem mais do que um único aspecto ou domínio, representando uma larga variedade de experiências pessoais, tendo em conta dimensões físicas, psicológicas, económicas e do ambiente político” (Revicki et al., 2000, citado por Pais-Ribeiro, 2005, p. 103). A auto-administração (Meneses, 2005; Pais-Ribeiro, 2005), por sua vez, significa que “a QDV da pessoa que está a ser avaliada, só pode ser interpretada por ela” (Pais-Ribeiro, 2005, p. 104). Finalmente, a variação temporal (Meneses, 2005; Pais-Ribeiro, 2005) indica que a percepção de QDV é dinâmica, podendo variar ao longo do tempo (Pais-Ribeiro, 2005).

Segundo Pais-Ribeiro (2005, p. 104) “os componentes das medidas de QDV não são consensuais e variam consoante as disciplinas onde se estuda a QDV, escolas de pensamento dentro de cada disciplina e entre grupos de população”. Como afirma Meneses (2005, p. 45), “ainda que não haja consenso sobre as dimensões que devem ser

consideradas o padrão para avaliar a QDV, os temas recorrentes podem auxiliar a avaliação dos instrumentos existentes” e, portanto, “é importante a escolha dos aspectos de QDV que devem ser medidos e que parâmetros devem ser usados para avaliar estes aspectos” (Meneses, 2005, p. 47). Neste sentido, Leal (2008) afirma que a QDV:

Pode ser avaliada mediante critérios apropriados, tais como a educação, a formação de base, a actividade profissional, as competências adquiridas, a resiliência pessoal, as necessidades pessoais, a saúde física e mental. Estes critérios genéricos são valorizados de forma diferente por cada indivíduo consoante as circunstâncias: físicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e económicas em que este se encontra, o que levou a que vários autores criassem escalas específicas de avaliação da QDV. (p. 2)

Compreende-se assim que a avaliação da QDV contemple técnicas desde níveis específicos - para uma determinada doença, função, tipo de problema ou população definida - a níveis genéricos - que, sem especificar patologias, medem todos os aspectos da QDV da população em geral (Campos & Neto, 1999; Pais-Ribeiro, 2009). Independentemente do instrumento de avaliação utilizado, este deve ser “multidimensional, sensível a mudanças, ter utilidade prática, permitir fácil administração, conferir validade e confiabilidade e ser flexível para diferentes estudos” (Campos & Neto, 1999, p. 6).

Tendo em consideração o enquadramento teórico-prático da presente dissertação, passam-se a descrever alguns instrumentos genéricos de avaliação da QDV mais utilizados, uma vez que são “instrumentos que avaliam a QDV num registo mais amplo para além das preocupações imediatas associadas aos aspectos relacionados com a saúde/doença, apresentando igualmente boa capacidade discriminativa quando se tem em consideração a existência de doença” (Serra et al., 2006, p. 38).

Como não existia um instrumento de avaliação da QDV com características transculturais, a OMS desenvolveu na década de 90 do século XX uma metodologia própria para a construção do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), de modo a avaliar a QDV, numa concepção transcultural, reflectindo a natureza multidimensional de cada indivíduo no meio físico e social em que se insere, sendo que actualmente este instrumento se encontra disponível em mais de 40 idiomas (Serra et al., 2006).

O WHOQOL-100 é um instrumento de auto-avaliação da QDV com cem questões e constituído por seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais, sendo que cada um destes domínios é composto por vinte e quatro facetas que, por sua vez, são avaliadas por quatro itens correspondentes a quatro perguntas (Fleck et. al., 2008; Serra et al., 2006; The WHO, 1995.). Desta forma, “a QDV é perspectivada como um conceito amplo, influenciado de forma complexa pelos referidos domínios” (Serra et al., 2006, p. 33) e este é um instrumento que apresenta “bons valores de consistência interna, validade discriminante, validade de constructo e estabilidade temporal” (Serra et al., 2006, p. 38).

A necessidade de dispor de um instrumento de avaliação da QDV de rápida e fácil aplicação e que revelasse igualmente características psicométricas satisfatórias, determinou que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse, também na década de 90, e a partir do WHOQOL-100, a versão abreviada que se designa como WHOQOL-Bref, com 26 questões (Serra et al., 2006). Este instrumento está organizado em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente e também aqui cada um destes domínios representa cada uma das vinte e quatro facetas específicas que constituem o WHOQOL-100, sendo que no WHOQOL-Bref cada uma das facetas é avaliada por uma pergunta (e não quatro como no anterior) (Serra et al., 2006; The WHO, 1996). Duas das 26 questões do WHOQOL-Bref “são mais gerais referindo-se à percepção geral de QDV e à percepção geral de saúde” (Serra et al., 2006, p. 42). Esta versão abreviada do WHOQOL caracteriza-se pelas mesmas vantagens descritas anteriormente com o WHOQOL-100 (Fleck et. al., 2008; Serra et al., 2006).

O Short Form Health Questionnaire (SF-36) é um “questionário de auto-avaliação do Estado de Saúde e da QDV” (Ribeiro, 2005, p. 81), composto por “oito dimensões da QDV, nomeadamente: funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, percepção geral de saúde, vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional, saúde emocional e mais um item de transição de saúde – saúde ao longo de um ano” (Miguel, Carvalho & Baptista, 2000, p. 128). Estas oito dimensões “associam-se, por sua vez, em dois grandes componentes: físico e mental que agrupam, cada um, quatro das dimensões referidas” (Ribeiro, 2005, p. 85). Segundo Ribeiro (2005), o SF-

36 caracteriza-se como sendo a técnica mais utilizada na avaliação do Estado de Saúde, tanto com pessoas saudáveis como com doentes e, considerando a saúde uma dimensão da QDV, este constructo é igualmente avaliado com o SF-36 que possui qualidades psicométricas muito boas. Em Portugal, os primeiros dados psicométricos desta escala foram obtidos no ano 2003, através da “medição da percepção do estado de saúde e da QDV dos portugueses, concluindo-se que as normas portuguesas são úteis sempre que o SF-36 é aplicado a doentes ou mesmo a cidadãos portugueses saudáveis” (Ferreira & Santana, 2003, p. 15). Em 2005, Ribeiro e o Grupo Português para o Estudo da Qualidade de Vida elaboraram um estudo no sentido de “confirmar as características métricas do SF-36 com uma população de indivíduos saudáveis e indivíduos com doença crónica” (Ribeiro, 2005, p. 85), tendo esta validação sido realizada de “forma apropriada com validade, fidelidade e sensibilidade” (Ribeiro, 2005, p. 99).

O questionário de “Auto-avaliação de qualidade de vida pessoal” de Parreira (2006) pretende conhecer a QDV actual dos indivíduos, tendo como objectivo “avaliar em que ponto um indivíduo se situa no *continuum* subjectivo da sua qualidade de vida pessoal” (Pacheco, Jesus & Martins, 2000, p. 105). Este instrumento é constituído por nove afirmações correspondentes a várias dimensões da QDV, por exemplo “desejo que o indivíduo tem de atingir mais resultados em várias áreas da sua vida e o facto de percorrer um caminho que lhe traz compensações” (Pacheco, 2007, p. 6).

O instrumento Quality of Life Questionnaire, de Evans e Cope (1989, citado por Rodríguez, 2002, para. 3) foi elaborado com o objectivo de “avaliar de forma directa a qualidade de vida de um indivíduo num vasto espectro de determinadas áreas da sua vida, consideradas como representativas de uma boa qualidade de vida”. Este instrumento conceptualiza uma estrutura de QDV em cinco áreas principais, nomeadamente: “bem-estar geral (material, físico e pessoal), relações interpessoais (maritais, filiais, familiares e sociais), participação em organizações (política e altruísmo), actividade profissional (características, relações sociais e satisfação) e actividades lúdicas e de tempos livres (recreativas, desportivas, férias)” (Evans, Burns, Robinson & Garret, 1985, p. 305). Este “é um auto-questionário com 129 itens, de fácil compreensão e válido tanto para avaliar a qualidade de vida de um paciente como de um indivíduo saudável” (Rodríguez, 2002, para. 4).

Os instrumentos referidos convergem e, simultaneamente, divergem entre si. As semelhanças correspondem ao objectivo primordial de avaliar a QDV e as diferenças encontram-se no método usado para alcançar esse mesmo objectivo. De qualquer modo, é possível verificar que todos os instrumentos identificam determinadas dimensões/domínios/áreas sobre os quais é avaliada a QDV e que alguns destes são comuns ou semelhantes entre si.

Analisada a avaliação da QDV e descritos alguns dos instrumentos para esse fim, passa-se à apresentação de determinadas investigações realizadas nesta área com amostras similares às do presente estudo, ou seja, estudantes universitários.

3.3 Qualidade de Vida de estudantes universitários

Os estudos que se seguem caracterizam a QDV de estudantes universitários.

Num estudo de Min, Shin, Kim, Chung e Kim (2000) com 317 estudantes da área de Saúde e 150 de outras áreas da Universidade de Yonsei (Coreia), foi utilizado o WHOQOL-Bref e não se registaram diferenças na pontuação total da QDV entre os dois grupos de estudantes, contudo, verificaram-se resultados inferiores nos estudantes da área de Saúde no domínio das relações sociais e nas facetas de sono e descanso, actividade sexual, dependência de medicação e tratamento e oportunidades para realizar actividades de lazer.

Vaez, Kristenson e Laflamme (2006) avaliaram um grupo de estudantes universitários e outro de jovens da mesma idade (20-34 anos) não estudantes que trabalhavam (ambos os grupos na Suécia), tendo recorrido ao WHOQOL-Bref e concluíram que o grupo dos estudantes apresentava uma percepção mais negativa de QDV.

Yu e Lee (2008) avaliaram 228 estudantes de uma Universidade da Coreia através do WHOQL-100 e constataram que estes apresentavam baixos níveis de satisfação e equilíbrio emocional (domínio psicológico), bem como insatisfação em relação com o meio (domínio ambiente).

Num estudo de Gudjonsson, Sigurdsson, Eyjolfsdottir, Smari e Young (2009) com 369 estudantes universitários de uma Universidade de Londres que responderam ao WHOQOL-Bref, verificou-se que a QDV, entre os estudantes do sexo masculino, era mais baixa a nível do funcionamento social (domínio relações sociais), enquanto que no sexo feminino a QDV era inferior a nível do funcionamento emocional (domínio psicológico).

A nível nacional não foram encontrados estudos neste contexto (possivelmente pelas razões já apontadas na secção 1.3), o que remete para a necessidade de mais investigações na área da QDV de estudantes do ensino superior.

Através dos estudos que se passam a apresentar verifica-se relação entre QDV e variáveis sociodemográficas.

Gordia, Quadros e Campos (2008) avaliaram 608 jovens entre os 14 e os 20 anos de idade do município da Lapa (Brasil), recorrendo ao WHOQOL-Bref. Revelaram-se índices de QDV inferiores no sexo feminino e associação entre: variáveis sociodemográficas e QDV na medida em que jovens com níveis socioeconómicos mais baixos apresentavam menor QDV, destacando-se o domínio meio ambiente como “ponto vulnerável da QDV destes jovens” (Gordia, Quadros & Campos, 2008, p. 50).

O estudo de Cerchiari (2004) com 558 estudantes universitários da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (Brasil) em que foi utilizado o WHOQOL-100, demonstrou que as variáveis género, ano de curso, tipo de moradia, actividade remunerada e ordenado familiar estavam significativamente relacionadas com a QDV, sendo que: alunos do sexo feminino, do 3.º ano, a habitar nas residências universitárias, que não trabalham e/ou com ordenado familiar baixo, apresentavam índices significativamente menores ao nível das percepções de QDV quando comparados com a restante amostra.

Tolor (2000) avaliou 156 estudantes de uma Universidade dos E.U.A. aplicando o Quality of Life Questionnaire e verificou que o sexo feminino apresentava uma percepção de QDV significativamente mais baixa que o sexo masculino.

Quanto à realidade em Portugal, mais uma vez parece ser escassa a produção de estudos neste contexto (possivelmente pelas razões já indicadas), presumindo-se então apenas que os resultados são semelhantes aos dos estudos noutros países, o que se pode verificar no estudo que se segue

Pacheco, Jesus e Martins (2008) estudaram uma amostra de 245 estudantes da Universidade do Algarve (62,3% mulheres) com uma média de idades de 23 anos, tendo utilizado um Questionário de QDV Pessoal (adaptado de “Auto avaliação de qualidade de vida pessoal” de Parreira, 2006). As variáveis sociodemográficas relacionaram-se com as de QDV, no sentido que quanto mais favoráveis eram (como o nível socioeconómico), melhores percepções de QDV apresentavam os estudantes.

É possível verificar relação entre QDV e variáveis clínicas através dos estudos que se seguem.

O estudo de Saupe, Nietche, Cestari, Georgi e Krahl (2004) com 825 estudantes universitários (90% mulheres) com uma média de idades de 21 anos, de uma Universidade do Brasil, em que foi administrado o WHOQOL-Bref, revelou que 36% dos estudantes apresentavam baixos índices de QDV, sendo que 32,3% classificavam a sua saúde como baixa e 39% referiram ter algum problema de saúde/doença. Assim, quanto menor o nível de saúde, menor a QDV e, embora menos significativamente, quanto mais problemas de saúde menor a QDV.

A nível nacional foi apenas identificado um estudo de Miguel, Carvalho e Baptista (2000) com 306 estudantes universitários (40% mulheres) com uma média de idades de 21,67 anos, de uma Universidade Portuguesa, que responderam ao SF-36, tendo-se verificado, para ambos os sexos, que a níveis mais baixos de saúde (sobretudo problemas emocionais e dor física) estava associada menor QDV e que as mulheres apresentavam resultados inferiores de saúde geral.

Também a nível das perturbações do sono, constata-se relação entre a QDV e este tipo de perturbações corroborada pelos estudos que se passam a apresentar.

Goldin et al. (2007) realizaram um estudo com 93 estudantes (48,3% mulheres), com uma média de idades de 26 anos, do 3.º ano do curso de Medicina de uma Universidade da Florida (E.U.A.), recorrendo ao SF-36. A média de QDV registou um declínio estatisticamente significativo ao longo do ano e a média de horas de sono também, passando de 6,34 horas por noite para 5,70 horas por noite, encontrando-se relação entre estas duas variáveis.

Lund, Reider, Whiting e Prichard (2010) avaliaram 1125 estudantes universitários (dos 17 aos 24 anos de idade) de uma Universidade de Virgínia (E.U.A.), através da ESS. Verificou-se que 60% apresentaram SDE e uma qualidade pobre do sono, tendo estes estudantes revelado mais problemas nas suas vidas a nível de saúde física e mental (como tensão e *stress* emocional) do que os restantes sem problemas de sono (Lund, Reider, Whiting & Prichard, 2010).

Quanto à realidade Portuguesa, como se pode analisar de seguida, foram encontradas duas investigações neste contexto uma com e outra sem estudantes universitários como amostra.

Num estudo de Souza (1998), foram comparados estudantes universitários saudáveis, de Psicologia, com e sem insónia (sem mais dados de referência da amostra), aplicando o Quality of Life Inventory (QOLI) e a ESS. Encontraram-se diferenças significativas entre os grupos nas dimensões bem-estar físico, humor, estado psicológico e relacionamento (familiar, académico, social), tendo a insónia afectado negativamente estas dimensões da QDV dos estudantes.

Ohayon e Paiva (2005) realizaram um estudo com 1858 portugueses com idades a partir dos 18 anos que, através de chamadas telefónicas, responderam ao sistema *Sleep-Eval* através do SF-36. Os resultados indicaram: pelo menos um sintoma de insónia, durante 3 ou mais noites por semana em 28,1% dos indivíduos, 21% apresentavam dificuldades em manter o sono, 29,4% consideravam estar insatisfeitos com o seu sono, incluindo aqui 10,1% de indivíduos com insónia. Estas situações encontraram-se maioritariamente em mulheres e com idades mais jovens. O estado de saúde física e mental foi significativamente mais baixo entre os indivíduos insatisfeitos com o seu sono (86%), pelo que o estado de satisfação com o sono parece ser um bom

indicador da presença de doenças físicas e mentais (Ohayon & Paiva, 2005). Aqui entende-se que foram avaliados alguns itens da QDV correspondentes à saúde física e mental (domínio físico e psicológico).

Encontra-se outra relação possível de estabelecer entre QDV e perturbações afectivas, o que é justificado pelos estudos que se seguem.

No estudo de Unalan, Celikten, Soyuer e Ozturk (2008), com 276 estudantes da Universidade Erciyes de Kayseri (Turquia), foi administrado o WHOQOL-100 e os resultados revelaram correlações positivas entre ansiedade-traço e: saúde física, bem-estar psicológico, relações interpessoais, ambiente, QDV geral e percepção geral do estado de saúde.

Gahedi, Tavoli, Bakhtiari, Melyani e Sahragard (2009), estudaram a relação entre QDV e ansiedade, tendo recorrido ao SF-36, ao Social Phobia Inventory, à Social Interaction Anxiety Scale, e à Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. A amostra foi constituída por 202 estudantes de uma Universidade no Irão, tendo-se verificado que quanto pior a percepção de QDV, maior a ansiedade, sobretudo ao nível da saúde geral, vitalidade, funcionamento social e saúde mental.

Mais uma vez, se recorre à possível justificação já apresentada para em Portugal os estudos com estas variáveis e com estudantes universitários serem escassos, tendo-se encontrado apenas um exemplo para corroborar os referidos estudos internacionais.

Monteiro, Tavares e Pereira (2008) investigaram a ansiedade junto de 316 estudantes de diferentes licenciaturas de uma Universidade Portuguesa (77,5% mulheres com uma média de idades de 20 anos, tendo recorrido às versões portuguesas do Brief Symptom Inventory (BSI) e da Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique (EMMBEP). A ansiedade apresentou-se como a quarta sintomatologia psicopatológica mais frequente (sobretudo entre as mulheres), estando relacionada com menores níveis de bem-estar psicológico e assumindo-se como uma variável relevante a considerar em intervenções promocionais de QDV na Universidade.

Num estudo de Paro et al. (2010), com 490 estudantes de Medicina da Universidade Federal da Uberlândia, Minas Gerais (Brasil), com uma média de idades de 22,3 anos, que responderam ao WHOQOL-Bref concluiu-se que os estudantes que apresentavam pior percepção de QDV pertenciam a uma ou mais das seguintes características: sexo feminino, 3.º ano e com sintomas depressivos.

Ceyhan (2009) avaliou 440 estudantes universitários de Anadolu University (Turquia) (54,5% mulheres) com uma média de idades de 20 anos, através do BDI e do WHOQOL-100. Os estudantes com níveis mais elevados de depressão registaram perda de interesse e prazer nas actividades diárias, tristeza, culpa e desmotivação, perda de apetite e dificuldades de sono, que se reflectiam em baixas percepções de QDV comparativamente aos que não apresentavam depressão.

É possível deduzir que em Portugal os resultados possam ser semelhantes aos de estudos realizados noutros países, como se verifica nos exemplos seguintes, um especificamente com estudantes universitários e os outros com indivíduos Portugueses.

Melo, Pereira e Pereira (2005) realizaram um estudo com 507 estudantes dos 2.º e 3.º anos da Universidade de Coimbra que frequentaram consultas de Psicologia (74,5% mulheres) com uma média de idades de 22,65 anos, tendo recorrido à análise documental dos registos destas consultas do ano lectivo 2004/2005. Verificou-se ansiedade aos exames (11,8%), depressão (10,3%) e perturbação de ansiedade generalizada (6,3%), sendo que a saúde mental destes jovens teve repercussões na sua QDV (Melo, Pereira & Pereira, 2005).

Barbosa e Ribeiro (2000) avaliaram 40 indivíduos (“10 homens e 10 mulheres, em regime ambulatorio, com 6 meses de diagnóstico de depressão e 10 homens e 10 mulheres, com o mesmo diagnóstico, em regime ambulatorio, com 2 anos de evolução”) (Barbosa & Ribeiro, 2000, p. 150), tendo administrado o SF-36 e o BDI. Constataram uma relação entre o nível de QDV e o índice de depressão, “verificando-se que a qualidade de vida diminui no sentido inverso da depressão, isto é, quanto mais grave a depressão menor o nível de qualidade de vida” (Barbosa & Ribeiro, 2000, p. 151). Também “os homens tendem a sofrer de uma forma mais discreta e camuflada os sintomas inerentes à depressão, sem que isso interfira de uma forma intensa nas suas

actividades diárias, enquanto as mulheres exteriorizam e verbalizam mais facilmente o seu sofrimento” (Barbosa & Ribeiro, 2000, p. 151).

Num estudo de Gameiro et al. (2008) com 307 indivíduos Portugueses, da população geral, sem qualquer diagnóstico de patologia física ou mental, com uma média de idades de 39,93 anos, foi utilizado o WHOQOL-100 e o BDI e “a sintomatologia depressiva provou estar negativamente associada com a QDV” (Gameiro et al., 2008, p. 112), sendo que os indivíduos com esta sintomatologia (19,2%) apresentavam valores significativamente mais baixos de QDV em todos os domínios e facetas (Gameiro et al., 2008).

Se, pelos estudos apresentados nesta secção, é possível constatar que a QDV assume um papel fulcral no bem-estar dos estudantes a vários níveis, também é possível verificar que a QDV foi muitas vezes percebida pelos mesmos como baixa, o que se relacionou com outras variáveis (clínicas, perturbações afectivas, etc.) integrantes da vida dos estudantes, no sentido em que quanto menor a QDV menores as percepções dessas variáveis. De destacar, portanto, a importância e necessidade de investimento na área da QDV de estudantes do ensino superior a nível de estudos que revelem mais dados para aprofundar a teoria e sustentar intervenções na prática.

Parte II – Contribuição Empírica

Capítulo IV – Objectivos, Hipóteses e Variáveis do estudo

Face ao exposto na Introdução e no enquadramento teórico do presente trabalho, foi conduzido um estudo acerca de correlatos da QDV de estudantes universitários, em que o principal propósito é então conhecer e descrever a QDV de uma amostra de estudantes da UA, bem como a sua relação com variáveis sociodemográficas, percepção do estado de saúde, perturbações do sono e perturbações afectivas. Alcançando estes objectivos, é possível eventualmente perspectivar uma futura intervenção nas áreas que se apresentem mais necessitadas.

Especificamente, os objectivos do presente estudo são:

- Caracterizar a amostra em termos psicossociais, mais concretamente ao nível das perturbações de sono (SDE e insónias), perturbações afectivas (ansiedade e depressão) e QDV;

- Identificar correlatos da QDV da amostra, entre variáveis sociodemográficas (sexo e nível socioeconómico), clínicas (percepção do estado de saúde), perturbações do sono (SDE e insónias) e perturbações afectivas (ansiedade e depressão).

Estes objectivos originaram um conjunto de hipóteses⁴ e, deste modo, com base na literatura revista, espera-se que:

(a) Os alunos do sexo feminino apresentem pior QDV (nas suas diferentes dimensões) do que os alunos do sexo masculino (Cerchiari, 2004; Gordia, Quadros & Campos, 2008; Miguel, Carvalho, & Baptista, 2000; Tolor, 2000);

(b) Os alunos com níveis socio-económicos mais baixos relatem pior QDV (nas suas diferentes dimensões) (Cerchiari, 2004; Gordia, Quadros & Campos, 2008; Pacheco, Jesus, & Martins, 2000);

(c) Os alunos com pior percepção de saúde revelem pior QDV (nas suas diferentes dimensões) (Miguel, Carvalho & Baptista, 2000; Saupe, Nietche, Cestari, Georgi & Krahl, 2004);

(d) Os alunos com perturbações do sono (SDE e insónias) apresentem pior QDV (nas suas diferentes dimensões) (Goldin et al., 2007; Lund, Reider, Whiting & Prichard, 2010; Ohayon & Paiva, 2005);

⁴ Estas hipóteses não são confirmáveis nem infirmáveis, na medida em que o WHOQOL-Bref não fornece um *score* global dos seus 26 itens, só do global da QDV, estudando os itens estatisticamente.

(e) Os alunos com ansiedade relatam pior QDV (nas suas diferentes dimensões) (Gahedi, Tavoli, Bakhtiari, Melyani & Sahragard, 2009; Monteiro, Tavares & Pereira, 2008; Unalan, Soyuer & Ozturk, 2008); e

(f) Os alunos com depressão relatam pior QDV (nas suas diferentes dimensões) (Paro et al., 2010; Ceyhan, 2009; Barbosa, & Ribeiro, 2000; Gameiro et al., 2008).

Assim, no presente estudo, é possível identificar as seguintes variáveis: variável principal - QDV; variáveis secundárias - sociodemográficas: sexo e nível socioeconómico, clínicas: percepção do estado de saúde, perturbações do sono: SDE e insónias, perturbações afectivas: ansiedade e depressão.

Capítulo V – Método

O estudo empírico realizado enquadra-se na chamada investigação de tipo não experimental (também designada por investigação correlacional ou descritiva), sendo este o tipo de investigação adequado aos objectivos deste estudo, em que se pretende descrever os comportamentos e percepções dos participantes tal qual se manifestam nos seus ambientes naturais de vida, sem se manipular nem influenciar qualquer factor, como acontece noutra tipo de investigações (Almeida & Freire, 2003).

5.1 Participantes

Os participantes do presente estudo pertencem a um contexto português e escolar, especificamente a UA “criada em 1973, é uma instituição pública que tem como missão a intervenção e desenvolvimento da formação graduada e pós-graduada, a investigação e a cooperação com a sociedade” (Universidade de Aveiro, s.d, para. 2). Esta Universidade é frequentada por cerca de 13.000 alunos (ano lectivo 2008/2009) e a amostra do presente estudo pertence a esta população.

A amostra foi constituída por 175 estudantes dos terceiros anos de dois Departamentos: Ciências da Educação – Licenciatura em Psicologia; e Biologia – Licenciatura em Biologia, e de uma Secção Autónoma: Escola Superior de Saúde

(pertencente à Universidade de Aveiro e integrada na mesmo *campus* universitário), com cinco licenciaturas: Fisioterapia, Gerontologia, Radiologia, Terapia da Fala e Ciências Biomédicas. Optou-se pela selecção de licenciaturas (e não de alunos/curso) de forma a tornar viável a recolha de respostas de participantes que contemplassem alguma diversidade de áreas.

A escolha do 3.º ano esteve relacionada com o facto de corresponder a um período em que os estudantes se encontram em plena vida universitária e ser o último ano do 1.º Ciclo de Estudos (Licenciatura), fase em que os alunos devem ponderar a ida para o mercado de trabalho ou o prosseguimento do ciclo de estudos (ou mesmo ambas as situações). Um ano, portanto, potencialmente gerador de maiores níveis de perturbações psicológicas (Zivin, Eisenberg, Gollust & Golberstein, 2009), que, por sua vez, poderão ter relação com a QDV destes estudantes.

Aqui importa ressaltar que a técnica de amostragem utilizada (não aleatória intencional/por conveniência) teve por base critérios como:

- a relevância de estudar a temática desta dissertação junto de estudantes de áreas com ligações entre si a nível da Educação, Saúde e Biologia, enquadrando-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde em que se insere este estudo;
- o suposto conhecimento e contacto dos alunos das referidas áreas relativamente a questões de saúde física e mental, o que não é necessariamente sinónimo de aplicação desses conhecimentos na prática das suas próprias vidas (Dias, Costa, Manuel, Neves, Geada & Justo, 2001);
- o interesse científico e profissional na escolha de alunos da U.A., visto serem possíveis destinatários das consultas de Psicologia (asseguradas pela psicóloga dos Serviços de Acção Social da UA e autora deste estudo) e possíveis destinatários de futuros programas de intervenção no âmbito da promoção da QDV; e
- a prática do Departamento de Ciências da Educação (através do curso de Psicologia) em realizar acções com o objectivo de promover a saúde e o bem-estar junto dos alunos desta Universidade.

Os resultados apresentados na Tabela 3 permitem caracterizar os estudantes a nível sociodemográfico.

Verifica-se que a maioria (81,1%) pertence ao sexo feminino e esta distribuição, não homogénea, traduz o que acontece na população a partir da qual a amostra foi extraída. O predomínio do sexo feminino está possivelmente relacionado com o facto de os cursos das áreas abrangidas neste estudo serem mais frequentados por mulheres (Velho & León, 1998).

A média de idades dos estudantes é de 20,93 anos e a maior parte frequenta o curso de Biologia. Constata-se, também, que quase todos os estudantes são solteiros e de nacionalidade portuguesa. A licenciatura mais representada é a de Biologia, seguindo-se Psicologia e Ciências Biomédicas. A grande maioria dos estudantes não trabalha e os oito trabalhadores-estudantes têm um tempo médio de trabalho de 20,63 horas semanais. A larga maioria dos elementos da amostra posicionou-se no nível socioeconómico médio. Por último, verifica-se que a maioria dos estudantes afirmou não habitar em residência universitária.

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica da amostra (n=175)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	33	18.9
Feminino	142	81.1
Grupo etário		
[20 – 22[	147	84.0
[22 – 24[	19	10.9
[24 – 26[	3	1.7
[26 – 28[	2	1.1
[28 – 30[	3	1.7
≥ 30	1	0.6
M=20.93 Md=20.00 DP=1.69 $x_{\min}=20.00$ $x_{\max}=31.00$		
Estado civil		
Solteiro/a	172	98.3
União de facto	1	0.6
Casado/a	2	1.1
Separado/a	-	0.0
Divorciado/a	-	0.0
Viúvo/a	-	0.0
Nacionalidade		
Portuguesa	173	98.9
Cabo Verdiana	2	1.1
Curso		
Biologia	54	30.9
Psicologia	25	14.3
Ciências Biomédicas	24	13.7
Fisioterapia	21	12.0
Terapia da Fala	19	10.9
Radiologia	19	10.9
Gerontologia	13	7.4
Trabalhador-estudante		
Sim	8	4.6
Não	167	95.4
Profissão (n = 8)		
Operador de caixa de hipermercado	3	37.5
Hotelaria/Restauração	2	25.0
Atendedor de balcão de clube de vídeo	1	12.5
Auxiliar de acção médica	1	12.5
Professor de ensino básico	1	12.5
Horas de trabalho semanal (n = 8)		
M=20.63 Md=20.00 DP=8.22 $x_{\min}=9.00$ $x_{\max}=35.00$		
Nível socioeconómico		
Baixo	16	9.1
Médio	156	89.1
Alto	3	1.7
Habita em residência universitária		
Sim	18	10.3
Não	157	89.7

No que concerne ao estado de saúde (Tabela 4), constata-se que a maioria dos elementos da amostra percepcionou a sua saúde como boa ou muito boa, sendo que quase metade afirmou ter boa saúde. Mais de metade dos estudantes referiram que o seu estado de saúde actual era aproximadamente igual ao de há um ano atrás e uma larga maioria afirmou não estar doente. Os 23 estudantes que disseram estar doentes referiram situações muito diversificadas, sendo mais frequentes as gripes e constipações, as infecções urinárias e as anemias. Os tempos de doença variaram entre alguns dias e três anos, havendo ainda um caso que sofria de doença crónica. Mais de metade dos estudantes que estavam doentes afirmaram que não tomavam qualquer medicação.

Tabela 4: Caracterização do estado de saúde da amostra (n = 175)

Variáveis	n	%
Percepção de saúde		
Ótima	14	8.0
Muito boa	58	33.1
Boa	79	45.1
Razoável	24	13.7
Fraca	-	0.0
Comparação do estado de saúde actual com o que acontecia há um ano atrás		
Muito melhor	9	5.1
Com algumas melhoras	27	15.4
Aproximadamente igual	107	61.1
Um pouco pior	30	17.1
Muito pior	2	1.1
Está actualmente doente		
Sim	23	13.1
Não	152	86.9
Toma medicação (n = 23)		
Sim	12	48.0
Não	13	52.0

Relativamente às características do sono, verifica-se, pelos dados apresentados na Tabela 5, que quase todos os estudantes afirmaram não ter problemas de sono e a maior parte afirmou não sofrer de insónias. Os sete inquiridos que responderam ter problemas de sono sofriam predominantemente de ansiedade, sonambulismo e apneia do sono. Quanto à gravidade das insónias, quase metade dos inquiridos que afirmaram ter este tipo de problema posicionaram-se nos graus menos graves (posições de 1 a 3) e

igual percentagem situou-se nos graus intermédios (posições de 4 a 7). A grande maioria dos estudantes afirmou que não tomava medicação para dormir.

Tabela 5: Caracterização do estado de sono (n = 175)

Variáveis	n	%
Foram diagnosticados problemas de sono		
Sim	7	4.0
Não	168	96.0
Tem insónias		
Sim	37	21.1
Não	138	78.9
Gravidade das insónias (n = 37)		
1 – 3	17	45.9
4 – 7	17	45.9
8 – 10	3	8.2
Toma medicação para dormir		
Sim	6	3.4
Não	169	96.6

Quanto às consultas de Psicologia e Psiquiatria (tabela 6), a grande maioria não as frequentou ou frequentava, nem consumiu medicação psicotrópica. É ainda de destacar que se registou um número sensivelmente superior de estudantes que tomaram este tipo de medicação em relação ao número de estudantes que frequentaram as referidas consultas, situação esta desadequada pela necessidade de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico que assim não se verifica.

Tabela 6: Frequência nas consultas de Psicologia e Psiquiatria e consumo de medicação psicotrópica

Variáveis	n	%
Frequenta consultas de psicologia		
Sim	9	5.1
Não	166	94.9
Frequenta consultas de psiquiatria		
Sim	5	2.9
Não	170	97.1
Toma medicação psicotrópica		
Sim	16	9.1
Não	159	90.9

É possível constatar que a amostra apresenta melhores resultados a nível da caracterização clínica (sobretudo a nível do sono), em relação às amostras dos estudos descritos no enquadramento teórico da presente investigação (Goldin, et al. 2007; Lund, Reider; Whiting & Prichard, 2010; Miguel, Carvalho & Baptista, 2000; Ohayon & Paiva, 2005; Saupe, Nietche, Cestari, Georgi & Krahl, 2004).

5.2 Material

Quanto ao tipo de instrumentos⁵ de recolha de dados, foram utilizados questionários de auto-resposta, que foram administrados considerando a sua adequação e capacidade de fornecer informação relativa às questões levantadas neste estudo, em consonância com os objectivos e o suporte teórico do mesmo. Na escolha dos instrumentos também foi tida em consideração a extensão do protocolo, procurando-se instrumentos completos mas, simultaneamente, de rápida administração, que não sobrecarregasse os participantes.

O questionário sociodemográfico apresenta 11 itens/questões correspondentes a: sexo, idade, estado civil, nacionalidade, curso, ano, estatuto de trabalhador-estudante, profissão, horas de trabalho por semana, nível socioeconómico e local de residência.

O questionário clínico tem 14 itens/questões correspondentes a: percepção do estado de saúde, transição de saúde, diagnóstico de doença, duração da mesma, medicação, problemas de sono, identificação dos problemas, insónias, sua gravidade, uso de medicação para dormir, frequência de Consultas de Psicologia e de Psiquiatria e consumo de medicação psicotrópica.

O Questionário Sociodemográfico e Clínico (que demora cerca de 5 minutos a preencher) foi construído com base em instrumentos utilizados noutros estudos e de forma a atender aos objectivos específicos do presente estudo.

O WHOQOL-Bref é um questionário de auto-resposta, versão abreviada do WHOQOL-100, e é um instrumento genérico que avalia a QDV nos últimos quinze dias

⁵ Por questões éticas, e por indicação da orientadora, é facultado um exemplar do protocolo em dossier separado apenas aos membros do júri da presente dissertação de mestrado.

de uma forma rápida (demora cerca de 5 minutos a preencher) (Li, Kay & Nokkaew, 2008). Revela-se mais conveniente para o uso em estudos de investigação com grande número de participantes ou em estudos em que a bateria de avaliação é constituída por diversos instrumentos (Li, Kay & Nokkaew, 2008; The WHO, 1996). “Constitui uma medida multidimensional e multicultural, para uma avaliação subjectiva da qualidade de vida, podendo ser utilizado num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis” (Serra et al., 2006, p. 42). Assim, o WHOQOL-Bref possui uma extensa aplicação junto de pacientes e adultos saudáveis mas os estudos entre estudantes universitários são dispersos, reforçando-se a importância de os realizar (Li, Kay & Nokkaew, 2008).

Este instrumento foi construído pelo WHOQOL *Group* em 1994 e os itens que compõem o instrumento foram formulados de acordo com a metodologia específica da OMS (The WHO, 1996). A versão portuguesa, WHOQOL-Bref (Versão em Português de Portugal do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde), data de 2006 (Serra et al., 2006).

É constituído por 26 itens que medem quatro domínios da QDV: físico, psicológico, relações sociais e ambiente e cada um destes domínios é composto por “facetas da qualidade de vida que sumariam o domínio particular de qualidade de vida em que se inserem e esta medida possibilita ainda o cálculo de um indicador global, nomeadamente a faceta geral de qualidade de vida” (Serra et al., 2006, p. 42). Os domínios e facetas deste instrumento são apresentados no quadro 5 (anexo F).

Os itens deste questionário estão organizados em escalas de resposta de tipo *Likert* de 5 pontos que correspondem a quatro dimensões de avaliação: intensidade, capacidade, frequência e avaliação (Serra et al., 2006). A escala de intensidade varia de “nada” a “extremamente”, a escala de capacidade varia de “nada” a “completamente”, a escala de frequência varia de “nunca” a “sempre” e a escala de avaliação varia de “muito insatisfeita” a “muito satisfeita” e de “muito má” a “muito boa” (Santos, 2009, p. 42).

A cotação do WHOQOL-Bref realiza-se mediante recurso a uma sintaxe (fórmulas matemáticas) para o programa *Statistical Package for the Social Sciences*

(SPSS) e “cada pergunta é cotada de 1 a 5, indicando cada um destes valores um descritor das escalas de resposta que compõem o instrumento” (Serra et al., 2006). De acordo com os critérios da OMS, o Centro de Avaliação da Qualidade de Vida para Português Europeu transformou os resultados numa escala de 0 a 100 em que, de forma geral, os resultados mais elevados correspondem a uma melhor QDV (Serra et al., 2006). Como afirmam os autores, “dada a natureza multidimensional do conceito de qualidade de vida que se encontra subjacente ao instrumento, os resultados deverão ser analisados em função das pontuações obtidas nos quatro domínios que compõem o WHOQOL-Bref, não existindo uma «pontuação total» do instrumento” (Serra et al., 2006, p. 42). E acrescentam “indicações sobre a qualidade de vida em geral apenas podem se obtidas através dos resultados da faceta que avalia a qualidade de vida em geral e a percepção geral de saúde” (Serra et al., 2006, p. 42).

Os estudos psicométricos do WHOQOL-Bref para Português de Portugal pertencem aos já referidos autores responsáveis pela versão Portuguesa do instrumento, que aplicaram este questionário a 604 indivíduos (315 da população normal e 289 doentes dos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Instituto Português de Oncologia e de vários Centros de Saúde de Coimbra) (Serra et al., 2006).

Os resultados demonstraram que este instrumento apresenta boas características psicométricas (fidelidade e validade) (Serra et al., 2006). Assim, “a consistência interna apresenta valores aceitáveis (o valor do α de Cronbach varia entre .64 para o domínio 3 (*Relações Sociais*) e .87 para o domínio 1 (*Físico*)” (Serra et al., 2006, p. 47). Relativamente ao teste-reteste, os resultados sugerem “uma boa estabilidade temporal, adequada para avaliar a percepção da qualidade de vida de cada sujeito e os coeficientes de correlação variam entre .65 e .85, não se observando diferenças nas duas aplicações do instrumento” (Serra et al., 2006, p. 47). Em relação à validade discriminante, o WHOQOL-Bref “discrimina bem os indivíduos da população normal dos indivíduos com patologia médica associada” (Serra et al., 2006, p. 47). Quanto à validade de construto “os quatro domínios correlacionam-se de forma estatisticamente significativa entre si e com a faceta geral da qualidade de vida, avaliada pelas duas primeiras questões” (Serra et al., 2006, p. 47).

De acordo com Serra et al. (2006, p. 47), “todos estes aspectos apresentam semelhanças com os estudos de Centros internacionais envolvidos na origem deste instrumento e os domínios da versão Portuguesa (de Portugal) do WHOQOL-Bref possuem correlações elevadas (entre .77 e .86) com a versão longa do WHOQOL-100”. É portanto possível afirmar que este é um “bom instrumento para avaliar a qualidade de vida em Portugal” (Serra et al., 2006, p. 47) e que “a robustez psicométrica que o instrumento tem revelado na sua validação e utilização em diferentes culturas, à qual não são certamente alheias as suas origens transculturais, tem contribuído para que actualmente seja um dos instrumentos mais utilizados para avaliação da qualidade de vida” (Fleck et al., 2008, p. 42).

Procedeu-se, na presente dissertação, aos estudos da fidelidade do WHOQOL-Bref através da avaliação da sua consistência interna, calculando-se os coeficientes *alpha de Cronbach* para cada um dos cinco domínios deste instrumento. O coeficiente *alpha de Cronbach* apresentou valores compreendidos entre 0.71, no domínio geral, e 0.87, no domínio físico. Estes valores são muito satisfatórios e semelhantes aos observados por Serra et al. (2006).

Existem outros instrumentos cuja inclusão nesta dissertação foi ponderada, como o SF-36, para avaliar a QDV. Apesar de todas as qualidades que este questionário apresenta e de estar relacionado com a avaliação da QDV, o SF-36 é uma medida breve de avaliação do estado de saúde que, ao avaliar a saúde, define e orienta a promoção da saúde e da QDV (Ribeiro, 2005). Aqui importa voltar a frisar que “a QDV é um conceito muito mais abrangente do que o de saúde, sendo esta, a par de outros, um dos indicadores utilizados para medir a QDV” (Ribeiro, 2005, p. 101). Assim, no âmbito da presente dissertação optou-se pela utilização do WHOQOL-Bref pelas razões já apresentadas e porque para além de ser um instrumento funcionalista, também é reconhecido por alguns autores para avaliar a satisfação (Meneses, 2005) sendo as medidas de satisfação que “realmente exploram a QDV” (Orley, 1994, citado por Meneses, 2005, p. 58).

A Epworth Sleepiness Scale (ESS) é um breve questionário auto-administrado (demora cerca de 2 minutos a preencher) que foi desenvolvido em 1990 na Unidade de Distúrbios do Sono, do Hospital de Epworth em Melbourne, Austrália por Murray Johns

(Johns, 1991). Este instrumento possui 8 itens/questões e “avalia o nível geral de sonolência diurna/ média da propensão do sono no dia-a-dia de adultos, independentemente de pequenas variações nessa sonolência (hora do dia, entre dias)” (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001, p. 12). Esta avaliação corresponde aos “últimos tempos” ou “tempo recente” que pode abranger um período de semanas a alguns meses, permitindo ao indivíduo ter experienciado cada uma das 8 situações apresentadas no questionário e estimado uma hipótese de acontecerem (Jonhs, 1990).

A ESS é reconhecida como “o método *standard* a nível mundial para este tipo de avaliação” (Johns, 1990, para. 4), tendo as vantagens de ser “rápida e económica ao contrário das medidas tradicionais” (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001, p. 12). Funciona apenas como medida de rastreio, contudo esta característica é, por outro lado, vantajosa, pois possibilita detectar precocemente condições médicas antes da presença do diagnóstico, o que pode levar a um tratamento mais efectivo do que através de detecções mais tardias, proporcionando também a monitorização de respostas a tratamentos de problemas do sono (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001; Peters, 2009).

O estudo psicométrico da ESS para Português de Portugal pertence a Meneses, Ribeiro e Silva (2001), que aplicaram este questionário a 71 indivíduos (dos 23 aos 71 anos de idade, 30% mulheres). Os resultados revelaram elevada consistência interna ($\alpha=0,84$), semelhante aos valores apontados na versão original (entre $\alpha=0,73$ e $\alpha=0,88$) e não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a pontuação total da ESS e a latência do sono no MSLT (*Multiple Sleep Latency Test*) (Teste de Latências Múltiplas), nem entre a pontuação total da ESS e a latência do sono REM e número de apneias no NPS (*Night Polysomnography*) (Polissonografia Nocturna) (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001). Também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na pontuação total da ESS entre os diferentes grupos de diagnóstico baseados em dados do MSLT e do NPS (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001).

Estes resultados sugerem que “a versão portuguesa da ESS não se correlaciona satisfatoriamente com os dados obtidos através das medidas tradicionais” (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001, p. 13). Assim, este instrumento deve ser aplicado com a devida atenção, não sendo recomendado o seu uso como medida de diagnóstico mas antes como instrumento de rastreio, importante e útil na definição de estados subjectivos

identificados através de instrumentos semelhantes à ESS, como as medidas de QDV ou de identificação da severidade de determinadas situações (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001).

Em cada um dos 8 itens, os respondentes têm de escolher o número mais adequado de modo a identificar a possibilidade de passar pelo sono ou adormecer em cada uma das 8 situações e, para tal, o questionário apresenta a escala de resposta de tipo Likert de 0 (nunca passaria pelo sono) a 3 (elevada possibilidade de adormecer) (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001). Mesmo que a situação apresentada não tenha ocorrido, os participantes devem estimar um número e responder imaginando como seria (em termos da escala de resposta) se ocorresse (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001). “A pontuação total (soma de cada um dos itens) varia entre 0 e 24 e quanto mais elevado é este valor, maior a probabilidade da pessoa passar pelo sono/adormecer em situações não adequadas” (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001, p. 12). Verifica-se que “um valor acima de 10 é considerado representativo de sonolência diurna excessiva, sendo que a amplitude normal deve variar entre 0 e 10” (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001, p. 12).

No presente estudo e para a escala ESS, o coeficiente *alpha de Cronbach* apresentou o valor 0.74 que é inferior ao observado por Meneses, Ribeiro e Silva (2001), mas semelhante ao encontrado nos estudos realizados com a versão original e também se considera um valor muito satisfatório.

É certo que existem outros instrumentos para avaliar problemas de sono, como o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, criado por Buysse, Reynolds e Monk em 1989, que “apresenta características positivas para medir a qualidade subjectiva do sono como boa qualidade, má qualidade e distúrbios do sono” (Chellappa & Araújo, 2007, p. 270). Apesar deste instrumento ser “considerado o mais capaz para estabelecer a qualidade do sono” (Córdoba & Schmalbach, 2005, p. 150), a ESS é mais específica, medindo concretamente aquilo que se propõe medir, ou seja, a SDE (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001). Uma vez que, dentro dos problemas de sono, a SDE é a variável mais considerada no contexto desta dissertação (juntamente com as insónias), faz sentido incluir a ESS no protocolo, por todas as razões explanadas ao longo da descrição desta escala.

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) é um breve questionário (cerca de 5 minutos para preencher) com “14 itens distribuídos por duas sub-escalas, em que uma com 7 itens mede a ansiedade, e outra com 7 itens mede a depressão, sendo estas sub-escalas cotadas separadamente” (Snaith, 2003, p. 2).

Este instrumento foi criado por Snaith e Zigmond, em 1983, com o objectivo de identificar as componentes emocionais de doenças físicas, como uma medida de rastreio para a ansiedade e depressão em hospitais, tendo provado ser útil no reconhecimento de reacções emocionais e mudanças no estado emocional de pacientes e não-pacientes (Pais-Ribeiro et al., 2007). “Apesar do termo “hospital” no nome deste instrumento, trabalho subsequente demonstrou que esta escala também é válida em cuidados primários, espaços comunitários, trabalho psiquiátrico e clínico psicológico” (Snaith, 2003, p. 2). Numa revisão recente, foi concluído que a HADS é um bom instrumento para identificar sintomas de ansiedade e de depressão e severidade destas perturbações em várias situações com diferentes pessoas - tanto em casos somáticos e psiquiátricos em pacientes de cuidados primários como na população geral (Pais-Ribeiro et al., 2007). É possível afirmar que a HADS “continua a ser um dos instrumentos mais úteis e mais usados em diferentes espaços e condições, com diferentes indivíduos e idades e em diferentes países, línguas e culturas” (Pais-Ribeiro et al., 2007, p. 226).

Em Portugal, os autores da versão Portuguesa da HADS são Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses e Baltar (2007), que realizaram um estudo com 1322 indivíduos (60% mulheres) com uma média de idades de 49,35 anos, tendo constituído três grupos: um com doença física, outro com depressão e outro sem qualquer doença.

Os resultados revelaram boas características psicométricas, semelhantes às encontradas em estudos internacionais, o que sugere que “mede os mesmos construtos e da mesma maneira, como a forma original da HADS” (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007, p. 225). Assim, os valores foram muito satisfatórios a nível da consistência interna, tanto para a ansiedade ($\alpha=0,76$), com a maioria da correlação dos itens no intervalo 0,50-0,59, como para a depressão ($\alpha=0,81$), com a maioria da correlação dos itens no intervalo 0,60-0,69, resultados estes semelhantes aos descritos numa revisão de estudos internacionais: 0,76-0,93 para a ansiedade e 0,67-0,90 para a depressão (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007).

O teste-reteste demonstrou uma correlação de Pearson de 0,75 para a ansiedade e 0,75 para a depressão, num grupo com intervalo de avaliação de uma semana e 0,46 para a ansiedade e 0,43 para a depressão num grupo com intervalo de avaliação de 3 meses, resultados que sugerem que “as escalas medem um estado como é esperado” (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007, p. 229). Quanto à validade factorial, Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins e Baltar (2007) encontraram:

Uma solução de dois factores a explicar 46,63% da variância total e valores discriminativos com uma diferença maior que 20 pontos entre itens e o factor a que eles pertencem, versus os mesmos itens e o factor, ao qual eles não pertencem, para a maioria dos itens, exceptuando o item 7 na escala da ansiedade, o que é usual nos outros estudos. (p. 230)

Como afirmam os autores, “um largo número de itens mostra um bom peso factorial (acima de 0,40) no factor ao qual eles pertencem, sobretudo da escala da ansiedade” (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007, p. 230), sendo que a dimensão da depressão é “uma medida mais pura no sentido que os seus itens não pesam no factor da ansiedade” (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007, p. 230). Estes resultados confirmam que “a versão portuguesa da HADS é um instrumento seguro e válido para medir ansiedade e depressão” (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007, p. 233).

A pontuação desta escala (para ansiedade e depressão) de acordo não só com o artigo original, mas com o manual (Snaith & Zigmond, 1994), e com base em estudos efectuados no Reino Unido e na Alemanha (Snaith, 2002, citado por Meneses, 2005), pode variar entre 0 e 21 e consiste na seguinte interpretação dos resultados (medidas de gravidade dos estados): 0-7 normal, 8-10 baixa, 11-14 moderada e 15-21 grave (Menses, 2005; Snaith & Zigmond, 1994). No presente estudo contabilizou-se então o número e percentagem de participantes em cada uma das categorias propostas pelos autores.

Nas dimensões da HADS o coeficiente α apresentou valores entre 0.78 e 0.80. Estes resultados são bastante satisfatórios e semelhantes aos observados por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses e Baltar (2007).

Neste contexto de avaliação existe uma variedade de instrumentos para administração, como o State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Inventário de Ansiedade Traço-Estado), construído por Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg e Jacobs em 1970 (Tilton, 2008), e o Beck Depression Inventor (BDI) (Inventário de Depressão de Beck), criado por Aaron Beck (1961, 1996) (Beck & Beck, 1994). Considerando as qualidades destes instrumentos, para medir a severidade da ansiedade e depressão, respectivamente, optou-se pela HADS por toda a descrição contextualizada na presente dissertação e pelo facto de esta ser uma escala que permite avaliar em simultâneo a ansiedade e depressão, considerando a já analisada correlação entre ambas as perturbações afectivas. Estes factores foram tidos em consideração também devido à extensão do protocolo, de forma a proporcionar aos participantes um mais rápido preenchimento do mesmo.

Ainda no âmbito da consistência interna dos instrumentos apresentados e após os valores apontados, a tabela 7 apresenta os valores do coeficiente α para os domínios do WHOQOL-Bref, para a ESS e para a HADS.

Tabela 7: Coeficiente alpha de Cronbach para os domínios do WHOQOL-Bref, para a ESS e para a HADS

	Domínio / Escala	N.º de itens	α
WHOQOL-Bref	Domínio geral	2	0.71
	Domínio físico	7	0.87
	Domínio psicológico	6	0.79
	Domínio relações sociais	3	0.74
	Domínio ambiente	8	0.72
ESS		8	0.74
HADS - Escala de ansiedade		7	0.78
HADS - Escala de depressão		7	0.80

5.3 Procedimento

Foi realizado um “pré-teste” em contexto informal (fora do tempo de aulas) com cinco jovens estudantes universitários (com as mesmas características da amostra e conhecidos da autora), para verificar o tempo de preenchimento dos questionários, se apresentavam dúvidas em algum item e se o Questionário Sociodemográfico e Clínico estava adequado. Deste modo verificou-se que o protocolo não criou dúvidas ou qualquer problema a corrigir, sendo que o tempo total de resposta correspondeu a 15-20

minutos (em que o tempo de resposta a cada instrumento correspondeu ao tempo indicado nos respectivos manuais).

A autorização para a administração do protocolo deste estudo foi realizada em duas fases: em Fevereiro de 2009 foi entregue ao Administrador dos Serviços de Acção Social da UA um requerimento e o projecto do estudo. Em Março de 2009, depois desta autorização, avançou-se também com a apresentação de um requerimento e projecto do estudo para os três Departamentos e respectivos cursos desta Universidade, nomeadamente o Departamento de Ciências da Educação (Psicologia), o Departamento de Biologia (Biologia) e uma Secção Autónoma, a Escola Superior de Saúde (Fisioterapia, Gerontologia, Radiologia, Terapia da Fala e Ciências Biomédicas). A resposta das referidas entidades para a administração do protocolo foi positiva e ocorreu ao longo do mês de Março.

A administração dos questionários junto da amostra foi presencial, realizada ao longo dos meses de Março e Abril de 2009 em contexto de aulas (teóricas e práticas) ocupando cerca de 20-30 minutos (para apresentação do estudo e para responder aos questionários), sendo de destacar que os docentes colaboraram neste aspecto e que a adesão dos estudantes foi total, tendo sido escassas ou nenhuma as faltas/ausências nos dias das administrações. Houve cuidado em assegurar condições temporais e situacionais equivalentes durante a recolha dos dados, bem como de controlar eventos como férias, interrupções lectivas, ou festividades académicas. Assim, este período de administração do protocolo correspondeu a dois meses consecutivos de aulas, apenas com uma breve paragem de uma semana (em Abril, férias da Páscoa), tendo a administração continuado quando as aulas as aulas recomeçaram. As administrações decorreram depois das 12h, de forma a administrar os instrumentos também aos estudantes que faltassem às primeiras aulas da manhã - facto especialmente relevante em potenciais casos de problemas de sono.

Com a realização da presente investigação e no caminho da aquisição de conhecimentos de qualquer investigação, existe um limite que não deve ser ultrapassado e que se refere ao respeito pela pessoa e, em determinados estudos, à protecção do seu anonimato (Almeida & Freire, 2003). Neste sentido, salientam-se os seguintes

princípios éticos tidos em consideração e explicitados a todos os participantes: “participação livre; consentimento informado; confidencialidade dos dados; anonimato e confidencialidade no tratamento, apresentação e divulgação dos resultados; e direito à desistência” (Almeida & Freire, 2003, pp. 216-218). Um resumo destas informações foi também disponibilizado na primeira página do protocolo, juntamente com uma declaração de consentimento informado (com local para assinalar uma cruz e data) e breve apresentação do estudo (igualmente comunicada de forma oral). Foi ainda fornecido contacto de e-mail da autora caso os participantes desejassem mais informações relativas a esta investigação.

Posteriormente, para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e de estatística inferencial. Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), na versão 17.0, de 2009. As técnicas estatísticas aplicadas foram: frequências: absolutas (n) e relativas (%); medidas de tendência central: média aritmética (M), média dos postos (M_p), medianas (M_d) e modas (M_o); medidas de dispersão ou variabilidade: desvios padrão (DP) e coeficiente de variação (CV); coeficientes: correlação de *Spearman* (r_s) e *alpha de Cronbach* (α); testes de hipóteses: teste *U* de *Mann-Whitney*, teste *Kruskal-Wallis*, teste da significância de um coeficiente de correlação de *Spearman* e teste *Kolmogorov-Smirnov*, como teste de normalidade.

Atendendo ao facto de que as respostas aos domínios do WHOQOL-Bref, da ESS e da HADS não apresentarem distribuição normal, como mostram os resultados da aplicação do teste *Kolmogorov-Smirnov* (Tabela 8) foram aplicados testes não paramétricos. Nos testes foi fixado o valor de 0,050, para o valor máximo da probabilidade do erro tipo I, ou seja, para o nível máximo de significância (Almeida & Freire, 2003).

Tabela 8: Resultados do teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov)

	Variável	z	p
WHOQOL- Bref	Domínio geral	0.275	< 0.001
	Domínio físico	0.117	< 0.001
	Domínio psicológico	0.080	0.008
	Domínio relações sociais	0.145	< 0.001
	Domínio meio ambiente	0.084	0.004
ESS		0.087	0.002
HADS - Escala de ansiedade		0.135	< 0.001
HADS - Escala de depressão		0.174	< 0.001

Capítulo VI – Apresentação e Discussão dos Resultados

6.1 Qualidade de Vida, Sonolência Diurna Excessiva, Ansiedade e Depressão

Os resultados que constituem a Tabela 9 foram obtidos com base nos dados recolhidos através da aplicação dos questionários WHOQOL-Bref, ESS e HADS e permitem avaliar, respectivamente, a QDV, a SDE e a ansiedade e depressão dos estudantes.

Como resulta da metodologia definida pelos autores do WHOQOL-Bref, todos os domínios são avaliados numa escala contínua que pode variar entre 0 e 100 pontos. Os resultados médios e medianos situaram-se ligeiramente acima do valor central da escala, pelo que é possível afirmar que a amostra evidenciou uma percepção satisfatória de QDV, sendo mais elevada nos domínios físico, geral e relações sociais e um pouco mais baixa nos domínios meio ambiente e psicológico. Os valores mínimos e máximos corresponderam, respectivamente, ao domínio relações sociais e ao domínio meio ambiente. A dispersão dos dados (CV) foi mais alta nos domínios relações sociais e psicológico, ou seja, os estudantes revelaram maior heterogeneidade na QDV nestes dois domínios. A amostra revelou melhores percepções da QDV em relação às amostras dos estudos descritos no enquadramento teórico da presente investigação (Gudjonsson, Sigurdsson, Eyjolfsson, Smari & Young 2009; Min, Shin, Kim, Chung & Kim, 2000; Vaez, Kristenson & Laflamme, 2006; Yu & Lee, 2008).

Os *scores* da ESS podem variar entre 0 e 24 pontos. Como se pode verificar, os valores das medidas de tendência central situaram-se abaixo do valor central da escala, o que levou a concluir que a amostra evidenciou baixos níveis de SDE. Os valores mínimos obtidos corresponderam, respectivamente, a 1.00 e 18.00 e o desvio relativamente à média (CV) atinge 45.55% desta. Os participantes deste estudo apresentaram baixos níveis de SDE relativamente às amostras dos estudos já apresentados (Almondes & Araújo, 2003; Anderson, 2007; Carvalho, Ferraz & Silva, 2007; Chang, Ford, Mead, Cooper-Patrick & Klag, 1997; Danda, Ferreira, Azenha, Souza & Bastos, 2005; Estrella, Benítez, Rodríguez & Sandoval, 2005; Gomes, Tavares & Azevedo, 2009; Kang e Chen, 2009; Lopes, 2010, citado por Santos, 2010; Means, Lichstein, Epperson & Johnson, 2000; Morales, Flores, Meneses, Figueiras e Guerrero, 2005; Pizão e Martino, 2005; Reid e Baker, 2005; Rodrigues, Viegas, Silva e Tavares, 2002; Schneider, 2009).

Nas duas dimensões da HADS os *scores* poderiam variar, também, entre 0 e 24 pontos. Verifica-se que os valores médios e medianos são baixos, principalmente na depressão, pelos que concluímos que os estudantes revelaram baixos níveis de ansiedade e, sobretudo, de depressão. Os valores mínimos obtidos corresponderam a 0.00 para ambas as dimensões e os máximos a 18.00 para a ansiedade e 13.00 para a depressão. A dispersão dos dados (CV) foi superior na dimensão da depressão.

De sublinhar, desde já, que os resultados revelaram um maior número de estudantes com ansiedade (37,7%) do que com depressão (9,2%), o que se verificou na maior parte dos estudos descritos (e.g. Andrews & Wilding, 2004; Bastos, Miohallem & Farah, 2008; Rab, Mamdou & Nasir, 2008). Este facto pode estar relacionado com a situação académica em que se encontram – 3.º ano – último do 1.º ciclo de estudos e, portanto, gerador potencial de maiores níveis de ansiedade e alterações de humor (Zivin, Eisenberg, Gollust & Golberstein, 2009), como foi previsto e anteriormente referido na caracterização dos participantes do presente estudo.

Tabela 9: Medidas descritivas observadas nos domínios do WHOQOL-Bref, para a ESS e para a HADS

	Domínios/Escalas	M	Md	DP	Mínimo	Máximo	CV(%)
WHOQOL-Bref	Domínio geral	72.71	75.00	13.73	25.00	100.00	18.88
	Domínio físico	74.31	75.00	13.34	28.60	100.00	17.95
	Domínio psicológico	67.62	66.67	14.27	25.00	100.00	21.10
	Domínio relações sociais	71.05	75.00	17.20	16.70	100.00	24.21
	Domínio meio ambiente	65.09	65.63	11.57	34.40	96.90	17.78
ESS		8.76	9.00	3.99	1.00	18.00	45.55
HADS - Ansiedade		6.90	6.00	3.31	0.00	18.00	47.97
HADS - Depressão		3.62	3.00	2.71	0.00	13.00	74.86

Os dados apresentados na Tabela 10 revelam que a maioria dos estudantes apresentou níveis normais de ansiedade, seguidos dos que apresentaram níveis ligeiros. De salientar que 2,8% da amostra revelou sofrer de ansiedade grave. Também se verifica que mais de 90% dos inquiridos se classificaram no nível normal de depressão e nenhum evidenciou níveis de depressão grave. Mais uma vez, também a nível de perturbações afectivas (destacando-se a depressão), a amostra apresenta melhores resultados do que as amostras dos estudos já referidos nesta investigação (Andrews & Wilding, 2004; Andrews, Hejdenberg & Wilding, 2006; Bastos, Mohallem & Farah, 2008; Cerchiari, Caetano & Faccenda, 2005; Fonseca, Coutinho & Azevedo, 2008; Rab, Mamdou & Nasir, 2008; Neves & Pais-Ribeiro, 2000; Oliveira, 2010; Ramalho & McIntyre, 2001; Russel & Shaw, 2009; Shiels, Gabbay & Exley, 2008; Triin, Anu, Veiko & Marlit, 2006; Webb, Ashton, Kelly & Kamali, 1996).

Tabela 10: Caracterização do grau de ansiedade e de depressão (n = 175)

Variáveis	n	%
Ansiedade		
Normal	109	62.3
Baixa	40	22.9
Moderada	21	12.0
Grave	5	2.8
Total de alunos com ansiedade	66	37.7
Depressão		
Normal	159	90.8
Baixa	12	6.9
Moderada	4	2.3
Grave	-	0.0
Total de alunos com depressão	16	9.2

Na base das divergências apresentadas a nível da QDV, SDE ansiedade e depressão entre o presente estudo e os estudos citados, podem-se formular algumas hipóteses justificativas como: as diferenças a nível de características sociodemográficas das amostras (como a faixa etária, nível socioeconómico, tipo de habitação); as diferenças a nível da nacionalidade e cultura (diferentes realidades socioculturais em que as amostras se inserem); e as diferenças metodológicas (modalidades de administração, instrumentos utilizados, número de participantes, ano e curso frequentados, distribuição pelas diferentes licenciaturas).

Estas diferenças abrem caminho para a possibilidade de mais estudos que explorem as variáveis abordadas de forma diversificada e que analisem mesmo outras novas, aprofundando a investigação no contexto da QDV dos estudantes universitários.

6.2 Relação entre Qualidade de Vida e variáveis sociodemográficas

Aplicando o teste *U* de *Mann-Whitney* procedeu-se à comparação da QDV em função do sexo dos estudantes, testando deste modo a hipótese «**os alunos do sexo feminino apresentam pior QDV (nas suas diferentes dimensões) do que os alunos do sexo masculino**». Os resultados apresentados na Tabela 11 revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas nos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Comparando os valores das medidas de tendência central, verifica-se que os estudantes do sexo masculino evidenciaram melhor QDV nos referidos domínios e, portanto, é possível concluir que se confirma a hipótese formulada. De salientar que, tanto para as mulheres como para os homens, o valor da média é sempre superior a 50.

Deste modo, os resultados confirmam as relações entre o sexo e a QDV, corroborando os dados da literatura analisada (Cerchiari, 2004; Gordia, Quadros & Campos, 2008; Gujonsson, Sigurdsson, Eyjolfssdottir, Smari & Young, 2009; Tolor, 2000). Esta situação pode estar relacionada com diferenças ao nível das crenças relacionadas com os papéis sexuais na cultura a que pertencem, sendo que as mulheres tendem a assumir e exteriorizar com maior facilidade as suas fragilidades (Miguel, Carvalho & Baptista, 2000).

Tabela 11: Comparação da Qualidade de Vida em função do sexo

Qualidade de vida	n	\bar{x}_p	M	Md	z	p
Género						
Domínio geral						
Masculino	33	99.67	75.38	75.00	-1.560	0.119
Feminino	142	85.29	72.10	75.00		
Domínio físico						
Masculino	33	105.64	78.14	82.14	-2.230	0.026
Feminino	142	83.90	73.42	75.00		
Domínio psicológico						
Masculino	33	107.94	73.49	75.00	-2.521	0.012
Feminino	142	83.37	66.26	66.67		
Domínio relações sociais						
Masculino	33	82.85	68.18	66.67	-0.658	0.510
Feminino	142	89.20	71.71	75.00		
Domínio meio ambiente						
Masculino	33	104.70	68.85	68.75	-2.111	0.035
Feminino	142	84.12	64.22	65.63		

Para testar a hipótese «os alunos com níveis socioeconómicos mais baixos relatam pior QDV (nas suas diferentes dimensões)», procedeu-se à comparação dos valores dos domínios do WHOQOL-Bref em função do nível socioeconómico, utilizando o teste *U* de *Mann-Whitney*. Na comparação considerou-se apenas os níveis baixo e médio porque o número de elementos do nível alto era muito reduzido. Os resultados apresentados na Tabela 12 revelam que nenhuma das diferenças observadas é estatisticamente significativa. Este facto permite concluir que os dados não corroboram a hipótese formulada, ou seja, não existem evidências estatísticas de que o nível socioeconómico esteja relacionado com a QDV dos participantes deste estudo. Contudo, é de sublinhar que, mesmo assim, o nível socioeconómico baixo também apresenta valores da média superiores a 50, o que se justifica no desequilíbrio apresentado pelos efectivos dos dois grupos.

Esta situação não se verifica nos estudos analisados, que apontam uma pior QDV relacionada com níveis socioeconómicos inferiores (Gordia, Quadros & Campos, 2008; Cerchiari, 2004; Pacheco, Jesus & Martins, 2008). Uma vez que a esmagadora maioria (89,14%) da amostra pertence ao nível socioeconómico médio, presume-se que estes estudantes não tenham dificuldades económicas que afectem negativamente as suas vidas, o que pode justificar os resultados aqui encontrados.

Tabela 12: Comparação da Qualidade de Vida em função do nível socioeconómico

Qualidade de vida Nível socioeconómico	n	\bar{x}_p	M	Md	z	p
Domínio geral						
Baixo	16	77.72	68.75	75.00	-0.786	0.432
Médio	156	87.40	72.92	75.00		
Domínio físico						
Baixo	16	85.72	74.11	78.57	-0.066	0.947
Médio	156	86.58	74.27	75.00		
Domínio psicológico						
Baixo	16	82.78	66.41	68.75	-0.315	0.753
Médio	156	86.88	67.74	66.67		
Domínio relações sociais						
Baixo	16	99.16	74.48	75.00	-1.083	0.279
Médio	156	85.20	70.78	75.00		
Domínio meio ambiente						
Baixo	16	73.59	61.33	64.06	-1.093	0.274
Médio	156	87.82	65.45	65.63		

6.3 Relação entre Qualidade de Vida e variáveis clínicas

O teste da hipótese «os alunos com pior percepção de saúde revelam pior QDV (nas suas diferentes dimensões)» foi efectuado aplicando o teste *Kruskal-Wallis*. Como se pode verificar pelos resultados apresentados na Tabela 13, existem diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios, excepto no domínio das relações sociais. A análise comparativa das medidas de tendência central revela que os estudantes que têm uma melhor percepção do seu estado de saúde tendem a evidenciar melhor QDV, conseqüentemente, conclui-se que os dados confirmam a hipótese formulada. Dentro das variáveis clínicas, deu-se relevância ao facto dos estudantes estarem ou não doentes quando preencheram o protocolo. Através da análise da tabela 14, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios geral e físico e, deste modo, os estudantes que se encontravam doentes evidenciaram menor

QDV nestes domínios. De apontar que os valores da média foram, em todos os domínios (em função da percepção do estado de saúde) e grupos (estar ou não estar doente) superiores a 50.

Foi assim confirmada a relação entre percepção de saúde e QDV em todos os domínios, com excepção das relações sociais – o domínio que apresenta menor número de facetas (3) e, conseqüentemente, menor número de questões, o que origina um domínio menos estável, o que pode explicar a incapacidade de discriminação entre pacientes e não-pacientes e menor consistência interna (OMS, Divisão de Saúde Mental, Grupo WHOQOL, 1998; Serra et al., 2006). Quanto aos estudantes que se encontravam doentes (número bastante reduzido e com doenças a nível físico) apresentarem menor QDV nos domínios geral e físico, entende-se este resultado precisamente pelo facto de estarem doentes, salientando-se que, noutros estudos, o domínio físico foi aquele que mais contribuiu para o modelo explicativo em relação à QDV e percepção geral de saúde (Serra et al., 2006).

Verificou-se então que os estudantes com pior percepção de saúde ou que estavam doentes quando participaram no estudo manifestaram pior QDV, o que é corroborado pelos resultados de autores como Miguel, Carvalho e Baptista, 2000; Saupe, Nietche, Cestari, Georgi e Krahl, 2004.

Tabela 13: Comparação da Qualidade de Vida em função da percepção do estado de saúde

Qualidade de vida	n	\bar{x}_p	M	Md	χ^2	p
Percepção do estado de saúde						
Domínio geral						
Ótima	14	147.18	88.39	87.50		
Muito boa	58	112.39	79.53	75.00	66.703	<0.001
Boa	79	73.78	68.99	75.00		
Razoável	24	41.33	59.38	62.50		
Domínio físico						
Ótima	14	116.64	80.36	85.71		
Muito boa	58	112.00	80.48	82.14	33.691	<0.001
Boa	79	75.91	71.29	71.43		
Razoável	24	53.08	65.77	67.86		
Domínio psicológico						
Ótima	14	128.36	78.87	83.33		
Muito boa	58	95.54	69.76	68.75	19.621	<0.001
Boa	79	84.71	66.98	66.67		
Razoável	24	57.06	57.99	56.25		
Domínio relações sociais						
Ótima	14	101.04	73.81	79.17		
Muito boa	58	90.63	71.70	75.00	1.554	0.670
Boa	79	84.83	70.36	75.00		
Razoável	24	84.48	70.14	75.00		
Domínio meio ambiente						
Ótima	14	110.32	72.32	67.19		
Muito boa	58	98.04	67.51	76.19	9.022	0.029
Boa	79	81.95	63.41	65.63		
Razoável	24	70.63	60.55	60.94		

Tabela 14: Comparação da Qualidade de Vida em função do facto de estar doente

Qualidade de vida	n	\bar{x}_p	M	Md	z	p
Actualmente está doente						
Domínio geral						
Sim	23	58.93	64.13	62.50	-3.136	0.002
Não	152	92.40	74.01	75.00		
Domínio físico						
Sim	23	67.41	67.70	67.86	-2.100	0.036
Não	152	91.12	75.31	78.57		
Domínio psicológico						
Sim	23	80.70	64.49	66.67	-0.745	0.456
Não	152	89.11	68.09	66.67		
Domínio relações sociais						
Sim	23	85.76	71.38	75.00	-0.231	0.817
Não	152	88.34	71.00	75.00		
Domínio meio ambiente						
Sim	23	76.87	62.09	62.50	-1.135	0.256
Não	152	89.68	65.54	65.63		

6.4 Relação entre Qualidade de Vida e perturbações do sono

A hipótese «os alunos com perturbações do sono (SDE e insónias) apresentam pior QDV (nas suas diferentes dimensões)» também foi testada, através do estudo da correlação, aplicando o coeficiente de correlação de *Spearman* e o respectivo teste de significância. Através dos resultados apresentados na Tabela 15, verifica-se que apenas no domínio físico a correlação é estatisticamente significativa. Atendendo também ao facto do coeficiente de correlação apresentar valor negativo, é possível concluir que os estudantes que apresentam SDE tendem a revelar pior QDV em termos físicos.

Portanto, a relação entre SDE e QDV confirma-se apenas “parcialmente” o que não corrobora os estudos analisados (Goldin et al., 2007; Lund, Reider, Whiting & Prichard, 2010; Ohayon & Paiva, 2005; Souza, 1998). Pode-se supor que a presente amostra sente mais os efeitos físicos da SDE, ou seja, a nível da dor, desconforto, energia, fadiga, sono e repouso e, neste sentido, destaca-se Schneider (2009) ao ter verificado que a SDE apresentava prejuízos para a saúde física (uma dimensão da QDV). De salientar, contudo, que o domínio geral da QDV quase que atingiu a significância estatística ($p=0,057$), pelo que este domínio deve ser considerado na relação da QDV com a SDE.

Dentro dos problemas de sono, deu-se relevância ao facto dos estudantes sofrerem ou não de insónias em relação com a QDV. Aqui, os resultados apresentados na Tabela 16 revelam já diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios excepto nas relações sociais (a faceta com menos questões, como já foi apontado). Os valores das medidas de tendência central demonstram, portanto, que os estudantes que sofrem de insónias tendem a evidenciar pior QDV, o que é corroborado por autores como Ohayon e Paiva (2005). De apontar que os valores da média foram, em todos os domínios e em ambos os grupos (ter ou não insónias), superiores a 50.

Tabela 15: Correlação da Qualidade de Vida com a sonolência diurna excessiva (SDE)

Qualidade de vida	SDE	
	r_s	p
Domínio geral	-0.14	0.057
Domínio físico	-0.24	0.001
Domínio psicológico	-0.07	0.374
Domínio relações sociais	-0.05	0.490
Domínio meio ambiente	-0.07	0.351

Tabela 16: Comparação da Qualidade de Vida em função do facto de ter insónias

Qualidade de vida	n	\bar{x}_p	\bar{x}	Md	z	p
Tem insónias						
Domínio geral						
Sim	37	65.09	66.22	62.50	-3.289	0.001
Não	138	94.14	74.46	75.00		
Domínio físico						
Sim	37	51.65	64.38	64.29	-4.937	<0.001
Não	138	97.75	76.97	78.57		
Domínio psicológico						
Sim	37	60.97	59.46	58.33	-3.670	<0.001
Não	138	95.25	69.81	70.83		
Domínio relações sociais						
Sim	37	75.64	65.77	66.67	-1.697	0.090
Não	138	91.32	72.46	75.00		
Domínio meio ambiente						
Sim	37	64.51	59.38	59.38	-3.189	0.001
Não	138	94.30	66.62	65.63		

6.5 Relação entre Qualidade de Vida e ansiedade

Para testar a hipótese «os alunos com ansiedade relatam pior QDV (nas suas diferentes dimensões)», procedeu-se ao estudo da correlação entre os dados das variáveis, aplicando o coeficiente de correlação de *Spearman* e o respectivo teste de significância. Os resultados observados na tabela 17 permitem verificar que todas as correlações são negativas e estatisticamente significativas. Conclui-se assim que os dados confirmam a hipótese formulada e que os estudantes com ansiedade evidenciam menor QDV, o que revelam igualmente os estudos já apresentados (Gahedi, Tavoli,

Bakhtiari, Melyani & Sahragard, 2009; Monteiro, Tavares & Pereira, 2008; Unalan, Celikten, Soyuer & Ozturk, 2008).

6.6 Relação entre Qualidade de Vida e depressão

Recorreu-se ao mesmo tipo de estudo referido anteriormente para testar a hipótese «**os alunos com ansiedade relatam pior QDV (nas suas diferentes dimensões)**». Os resultados observados igualmente na Tabela 17 registam também todas as correlações como negativas e estatisticamente significativas, pelo que se constata que os dados confirmam a hipóteses formulada, ou seja, os estudantes com depressão apresentam menor QDV. Esta situação é corroborada por estudos de outros autores (Barbosa & Ribeiro, 2000; Ceyhan, 2009; Gameiro et al., 2008; Paro et al., 2010).

Os dados relativos a estas duas últimas hipóteses foram os que mais se destacaram pois revelaram correlações estatisticamente significativas entre ansiedade/depressão e todas as dimensões de QDV. Neste âmbito, importa citar Meneses, Pais-Ribeiro e Silva (2008, p. 136) que afirmaram que “independentemente do modo como são operacionalizadas/avaliadas, tanto a ansiedade como a depressão tendem a estar intimamente relacionadas com a QDV”.

É ainda de ressaltar o facto já analisado de que a maior parte dos participantes do presente estudo revelaram *scores* “normais” de ansiedade e depressão pelo que, ao ser considerada a relação entre QDV e ansiedade/depressão, deve-se ter em conta esta situação a nível do indicador de sintomatologia ansiedade/depressão apresentada pela HADS.

Tabela 17: Correlação da Qualidade de Vida com a ansiedade e a depressão

Qualidade de vida	Ansiedade		Depressão	
	r_s	p	r_s	p
Domínio geral	-0.32	<0.001	-0.42	<0.001
Domínio físico	-0.52	<0.001	-0.58	<0.001
Domínio psicológico	-0.56	<0.001	-0.70	<0.001
Domínio relações sociais	-0.35	<0.001	-0.41	<0.001
Domínio meio ambiente	-0.44	<0.001	-0.50	<0.001

Com a apresentação e discussão dos dados obtidos, é possível constatar que a amostra apresentou melhores resultados a nível da ansiedade, depressão e, sobretudo, a nível do sono, do que as amostras dos estudos descritos no enquadramento teórico da presente investigação. Contudo, destaca-se a ansiedade e depressão com prevalência semelhante a alguns desses estudos (Andrews & Wilding, 2004; Cerchiari, Caetano & Faccenda, 2005; Melo, Pereira & Pereira, 2005; Trinn, Anu, Veiko & Marlit, 2006). A QDV (sobretudo nos domínios geral, físico e relações sociais) foi percebida de forma mais satisfatória em relação aos estudos analisados (e.g., Gudjonsson, Sigurdsson, Eyjolfsdottir, Smari & Young, 2009; Yu & Lee, 2008).

Conclusão

A partir dos resultados obtidos na presente investigação é possível contemplar três conclusões nucleares a partir das quais se espera poder contribuir para o estudo e conhecimento da questão central tratada - correlatos da QDV de estudantes universitários. Assim, constatou-se que:

a) na sua larga maioria a amostra não apresentava problemas significativos a nível de sono, de ansiedade ou depressão;

b) a variável principal deste estudo – QDV - também foi percebida de uma forma satisfatória, pois a maioria dos estudantes considerava ter uma boa QDV; e

c) foi possível estabelecer relações entre a QDV e: sexo, percepção do estado de saúde, SDE (problemas de sono, sobretudo insónias), ansiedade e depressão, na medida em que o sexo feminino apresentou piores percepções de QDV, quanto pior a percepção do estado de saúde menor a QDV e quanto mais problemas de sono, sintomas de ansiedade e depressão, pior a percepção de QDV.

Assim, e relativamente aos correlatos da QDV da amostra, entre variáveis sociodemográficas e clínicas, perturbações do sono (SDE e insónias) e perturbações afectivas (ansiedade e depressão), os resultados, em geral, confirmam as relações entre estas variáveis e a QDV e, portanto, corroboram os dados da literatura analisada (e.g., Ceyhan, 2009; Godin et al., 2007; Gordia, Quadros & Campos, 2008; Miguel, Carvalho & Baptista, 2000; Monteiro, Tavares & Pereira, 2008).

Depois de apresentar e analisar os resultados alcançados, é possível portanto constatar que os objectivos propostos foram atingidos e que as hipóteses foram, em geral, confirmadas, com excepção da relação que dizia respeito à QDV e nível socioeconómico.

De salientar também o já descrito estudo levado a cabo pelo Serviço de Psicologia dos SASUA que registou prevalência dos quadros de depressão e de ansiedade entre os estudantes que frequentaram as consultas de Psicologia (Oliveira,

2010). Com a presente dissertação, é possível concluir que, devido a estes sintomas, os estudantes em questão podem tender a apresentar percepções negativas de QDV. Também outros alunos que frequentaram ou frequentam as referidas consultas com diagnósticos de perturbações do sono ou características sociodemográficas e clínicas iguais ou semelhantes às analisadas pelo presente estudo, devem ser considerados nesta temática da QDV. Assim, o conhecimento alcançado com todo este estudo tem implicações para a prática clínica e motiva a criação de programas de intervenção no ensino superior que promovam a QDV dos estudantes, de modo a proporcionar o seu desenvolvimento enquanto estudantes, pessoas e cidadãos do mundo.

Os resultados alcançados sugerem também determinadas limitações do presente estudo e dos instrumentos utilizados que se passam a descrever.

Relativamente à amostra, a técnica de amostragem utilizada foi não aleatória intencional/por conveniência e a amostra não é representativa da população, ou seja, não é possível generalizar os resultados à população em que esta se insere, nem generalizá-los a nível nacional, pois avaliaram-se estudantes de uma só Universidade. Outro ponto crítico refere-se à limitação metodológica da distribuição não equitativa da amostra pelas diferentes licenciaturas.

Por toda a descrição do WHOQOL-Bref, é possível considerar que este é um questionário adequado à presente dissertação. No entanto, é pertinente referir duas desvantagens, nomeadamente não possuir dados normativos para a população Portuguesa (não sendo, portanto, possível comparar os resultados obtidos) e alguma fragilidade na consistência interna do domínio *Relações Sociais* (resultado apontado pelo Grupo WHOQOL e obtido em vários centros internacionais e vários estudos, como o presente), o que pode estar relacionado com o já referido facto deste domínio ter um número reduzido de itens (Serra et al., 2006).

Apesar das qualidades da ESS como medida de rastreio, este tipo de medida não deixa de ter limitações, pois não permite um diagnóstico particular. “Nesta escala os indivíduos quantificam dados subjectivos (como os sintomas e a sonolência), deste modo são dados, na sua essência, difíceis de comparar com outros dados objectivos,

medidos por sinais exteriores (no MSLT e NPS)” (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001, p. 13).

Quanto à HADS, verifica-se a mesma situação limitativa, pois, embora se assuma como um instrumento adequado à presente investigação (por todas as vantagens já referidas), é também apenas uma medida de rastreio, não devendo portanto ser utilizada para outros fins (Snaith & Zigmond, 1994). Outra possível limitação refere-se à questão que se tem mantido ao longo dos tempos: “será que a HADS deve continuar a ser usada como um instrumento bidimensional ou como uma medida única de *distress* emocional?” (Pais-Ribeiro et al., 2007, p. 232). Mesmo assim, estudos com amostras de grande dimensão reforçam a interpretação da HADS como estrutura bidimensional, analisando separadamente a ansiedade e a depressão mas tendo simultaneamente presente a alta correlação entre estas perturbações (Pais-Ribeiro et al., 2007). O presente estudo teve então por base esta consideração.

De salientar ainda a limitação comum a todos os instrumentos de auto-resposta, nomeadamente o facto dos resultados poderem ser facilmente exagerados ou minimizados pelo indivíduo que os completa, enviesando as respostas (Gomes, 2001). A referida situação enquadra-se num conjunto de possíveis variáveis parasitas que se procuraram controlar neste estudo, mas que, dada a sua natureza, nem sempre terá sido possível.

É certo que uma investigação em Psicologia permite perspectivar a realidade de um modo multidimensional, através da constatação de toda uma multiplicidade de aspectos do comportamento humano e intervenientes neste processo, mas há sempre mais para saber, para descobrir, pelo que seria positivo continuar a elaborar estudos e reflexões neste caminho, que levem à abertura de novos caminhos para chegar cada vez mais longe nesta viagem do conhecimento científico.

Deste modo, e no seguimento do presente estudo, ficam algumas sugestões para estudos futuros:

- abranger uma amostra representativa da população de estudantes da UA;
- averiguar mudanças intra-individuais dos estudantes através de estudos longitudinais centrados na temática desta dissertação;

- explorar os factores etiológicos (de predisposição e precipitação) das problemáticas: perturbações do sono e perturbações afectivas;
- implementar medidas para diminuir as referidas problemáticas e promover a QDV;
- analisar a associação entre QDV e consumo de substâncias/drogas;
- analisar a associação entre QDV e sucesso académico;
- analisar a associação entre QDV e variáveis sociodemográficas, como o tipo de residência dos estudantes, coabitação, estatuto de trabalhador-estudante, nacionalidade, idade;
- estudar os níveis de perturbações do sono, ansiedade, depressão e sua relação com acontecimentos de vida e resultados académicos;
- comparar os resultados deste estudo com as estatísticas (identificação de problemas por estudante) da LUA – Linha da Universidade de Aveiro – serviço integrado de apoio psicológico aos estudantes da UA, envolvendo técnicos especializados e estudantes voluntários desta Universidade que recebem formação específica em *peer counselling* (apoio entre pares) e que fazem o atendimento das chamadas (entre as 21h e a 01h00 de 2ª feira a 6ª feira) através de uma linha telefónica gratuita e confidencial. Este serviço está a funcionar desde Novembro de 2009 nas instalações da LUA na UA e assume mais dois formatos: LUA no *Second Life* – serviço disponível desde Maio de 2008 através do ambiente virtual *Second Life* na UA, em que o apoio é igualmente prestado por alunos voluntários com formação específica para o efeito; e LUA *face-to-face* – serviço presencial de consultas prestado por psicólogos no *setting* terapêutico, junto aos gabinetes médicos dos SASUA (Universidade de Aveiro, LUA, s.d.);
- comparar os resultados deste estudo com as estatísticas (identificação dos problemas dos estudantes) das consultas de Psicologia da UA (que incluem as duas Escolas Superiores da UA em Águeda e Oliveira de Azeméis) a funcionar desde Março de 2007 nos gabinetes médicos dos SASUA.

Com esta dissertação, ao pretender-se evidenciar a relação da QDV com determinadas variáveis, procurou-se também alertar para a importância da devida identificação de todas essas variáveis, de forma a proporcionar a prevenção e intervenção precoce no sentido da promoção essencial da QDV de estudantes universitários.

Referências Bibliográficas

- Almeida, S., L., & Freire, T., (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. (Ed. Rev.). Braga: Psiquilibrios.
- Almondes, K. M., & Araújo, J. F. (2003). Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 37-43. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17233.pdf> [Consultado em 03/09/1999].
- Almondes, K. M. (2007). Qualidade de sono e qualidade de vida em trabalhadores submetidos a diferentes esquemas de trabalho de uma empresa petroquímica. Dissertação de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- American Academy of Sleep Medicine. ICSD - The International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and Coding Manual (2001). Rochester: American Academy of Sleep Medicine.
- Anderson, P. (2007). Privação de sono leva à instabilidade emocional mesmo em pacientes saudáveis. Disponível em http://www.medcenter.es/Medscape/content.aspx?LangType=1046&menu_id=49&id=4703 [Consultado em 03/09/2009].
- Andrade, A. (2005). A Depressão: uma armadilha ao estudante. In A. S. Pereira & E. D. Motta (Eds.), *Ação Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior, Investigação e Intervenção. Actas do Congresso Nacional* (pp. 275-285). Coimbra: Serviços de Ação Social da Universidade de Coimbra.
- Andrews, B., & Wilding, J. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, 95(4), 509-521. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15527535> [Consultado em 04/12/2009].

- Andrews, B., Hejdenberg, J., Wilding, J. (2006). Student anxiety and depression: comparison of questionnaire and interview assessments. *Journal of affective disorders*, 95, 29-34.
- Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16764939> [Consultado em 06/12/2009].
- Angelotti, G. (2001). *Depressão e Psicossomática*. São Paulo: Cengage Learning Editores.
- APA (1994/1996). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- APA (2000/2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª Edição, texto revisto). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Associação Portuguesa do Sono, (s.d.). Disponível em <http://www.apsono.com/pt/> [Consultado entre 02/04/2009 e 30/04/2010].
- Attarian, H. P. (2001). Ajudar os doentes que referem não conseguir dormir. Formas práticas de avaliar e tratar as insónias. *Postgraduate Medicine*, 16 (2), 23-35.
- Azevedo, M. H., Ferreira, A. M., Silva, C., Coelho I., & Clemente, V. (1992). Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono. Manual de Diagnóstico e Codificação. *Médice*, 13, 17-20.
- Barbosa, A. M. S., & Ribeiro, J. L. P. (2000). Qualidade de vida e depressão. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.149-156). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Baez, T. (2005). Evidenced-Based Practice for Anxiety Disorders in College Mental Health. *Journal of College Student Psychotherapy*, 20 (1), 33-48. Disponível em <http://www.haworthpress.com/web/JCSP> [Consultado em 06/12/2009].

- Bastos, J. C. F., Mohallem, A. G. C., & Farah, O. G. D. (2008). Ansiedade e depressão em alunos de Enfermagem durante o estágio de Oncologia. *Einstein*, 6(1), 7-12. Disponível em <http://www.einstein.br/revista/arquivos/PDF/594-Einstein%20v6n1%20port%20p7-12.pdf> [Consultado em 01/11/2009].
- Beck, A. T., & Beck, J. S. (1994). Beck Scales for Adults and Children, Beck Depression Inventory II (BDI-II), Beck Institute for Cognitive Therapy and Research. Disponível em <http://www.beckinstitute.org/InfoID/31> [Consultado em 13/02/2010].
- Benjamim, H. (2009). Pensador.info (s.p.). Disponível em http://www.pensador.info/autor/Harry_Benjamin/ [Consultado em 12/12/2009].
- Caldas de Almeida, J. M. B. (2010). Estudo da prevalência de doenças mentais em Portugal. Disponível em <http://www.jornal.publico.pt/noticia/24-03-2010/um-quinto-da-populacao-tem-doenca-mental> [Consultado em 02/03/2010].
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1374977/pdf/jmedeth00250-0014.pdf> [Consultado em 08/03/2010].
- Campos, M. O., & Neto, J. F. R. (1999). Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32(2), 232-234. Disponível em http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume32-n2/Revista_Vol_32_n_2_2008.pdf [Consultado em 02/01/2010].
- Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., & Pintassilgo, A. L. (2005). Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para português de Portugal: Apresentação de um projecto.

Disponível em http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=270
[Consultado em 12/12/2009].

Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Gameiro, S., Rijo, D., Quintais, L.,
Quartilho, M. J., Simões, M., Paredes, T., Carona, C., & Fleck, M. P. (s.d.).
Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL: Versão para português de
Portugal dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida da Organização
Mundial de Saúde (OMS). *Relações, Desenvolvimento e Saúde*. Disponível em
<http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> [Consultado em 25/04/2009].

Carvalho, E. P., Ferraz, F. S., & Silva, V. C. (2007). Qualidade do sono num grupo de
universitários de Muriaé-MG. *Revista Científica FAMINAS da Zona da Mata –
MG*, 3(1), 75. Disponível em
[http://www.faminas.edu.br/enicv/arquivos/trabalhos_antiores/enic3/cbs/CB07
5_enic3.pdf](http://www.faminas.edu.br/enicv/arquivos/trabalhos_antiores/enic3/cbs/CB075_enic3.pdf) [Consultado em 01/09/2009].

Chang, P. P., Ford, D. E., Mead, L. A., Cooper-Patrick, L., & Klag, M. J. (1997).
Insomnia in Young Men and Subsequent Depression. *American Journal of
Epidemiology*, 146(2), 105-114. Disponível em
[http://www.biomedexperts.com/Abstract.bme/Insomnia_in_young_men_and_su
bsequent_depression](http://www.biomedexperts.com/Abstract.bme/Insomnia_in_young_men_and_subsequent_depression) [Consultado em 01/09/2009].

Chaplin, J. P. (1981). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa. Publicações Dom Quixote.

Chartier-Kastler E., & Davidson, K. (2007). Evaluation of Quality of Life and
Quality of Sleep in Clinical Practice. *European Association of Urology*, 6, 576-
584.

Disponível em

[http://www.europeanurology.com/article/S1569-9056\(07\)00009-7/fulltext](http://www.europeanurology.com/article/S1569-9056(07)00009-7/fulltext)

[Consultado em 06/02/2010].

Chellappa, S. L., & Araújo, J. F. (2007). Qualidade subjetiva do sono em pacientes com
transtorno depressivo. *Estudos de Psicologia*, 12(3), 269-274. Disponível em
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/261/26112309.pdf>

[Consultado em 24/04/2010].

Centro do Sono, (s.d). O sono ao longo da vida. Disponível em

<http://www.centrodosono.com> [Consultado em 20/09/2009].

Cerchiari, E. A. N. (2004). Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários. Dissertação de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Biblioteca Digital da UNICAMP. Disponível em

<http://libdigi.unicamp.br/document/list.php?tid=7> [Consultado em 03/01/2010].

Cerchiari, E. A. N., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 10(3), 413-420.

Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000300010&script=sci_arttext [Consultado em 19/12/2009].

Ceyhan, A. A. (2009). Investigation of University Students' Depression. *Egitim Arastirmalari-Eurasian Journal of Educational Research*, 9(36), 75-90.

Disponível em http://bildiri.anadolu.edu.tr/papers/bildirimakale/229_951g73.pdf [Consultado em 14/03/2010].

Córdoba, F. E., & Schmalbach, J. E. (2005). Validação colombiana do índice de qualidade de sono de Pittsburgh. *Revista de Neurologia*, 40, 150-155.

Disponível em <http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?i=p&id=2004320> [Consultado em 14/03/2010].

Couvreur, C. (1999). *A Qualidade De Vida. Arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

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

[http://www.ipub.ufrj.br/documents/JBP\(2\)2005_04.pdf](http://www.ipub.ufrj.br/documents/JBP(2)2005_04.pdf)

[Consultado em 12/09/2009].

Davies, D. (2003). *Insônia*. São Paulo: Agora.

Disponível em <http://books.google.com/books?id=VZeeSJOnlYC&printsec>

[Consultado em 05/08/2009].

Dias, M. R., Costa, A. C., Manuel, P., Neves, A. C., Geada, M., & Justo, J. M. (2001). Comportamentos de saúde em estudantes que frequentam licenciaturas no âmbito das ciências da saúde. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2), 207-220. Disponível em

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28730210>

[Consultado em 15/03/2010].

Dias, G. F., (2006). *Apoio Psicológico a jovens do ensino superior: métodos, técnicas e experiências*. Porto: Edições Asa.

Estrella, J. M., Benítez, H. P. Rodríguez, F. S., & Sandoval, G. A. (2005). Evaluation of Depressive Symptoms and Sleep Alterations in College Students. *Archives of Medical Research*, 36(4), 393-398. Disponível em

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VNM-4GC19KV-

[H_user=10&coverDate=08%2F31%2F2005&_rdoc=1&fmt=high&_orig](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VNM-4GC19KV-H_user=10&coverDate=08%2F31%2F2005&_rdoc=1&fmt=high&_orig)

[Consultado em 08/09/2009].

Evans, D. R., Burns, J. E., Robinson, W. E., & Garret, O. J. (1985). The quality of life questionnaire: a multidimensional measure. *American Journal of Community Psychology*, 13(3), 305-322. Disponível em

<http://www.springerlink.com/content/k47745501q786t17/fulltext.pdf?page=1>

[Consultado em 07/01/2010].

Fawcett, J., & Kravitz, H. M. (1983). Anxiety syndromes and their relationship to depressive illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44, 522-527. Disponível em

<http://www.psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&uid=1984-09641-001>

[Consultado em 20/12/2009].

- Ferreira, I. S. & Ferreira, J. A. (2005). Desenvolvimento Psicossocial Do Estudante Do Ensino Superior: Um Estudo Longitudinal. In T. Medeiros & E. Peixoto (Eds.), *Actas Do Congresso Internacional Desenvolvimento E Aprendizagem: Do Ensino Secundário Ao Ensino Superior* (pp.131-137). Açores: Universidade dos Açores, Direcção Regional da Ciência e Tecnologia.
- Ferreira, P. L. & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Qualidade de Vida*, 21(2), 15-30.
Disponível em <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/MULTIMEDIA/RPSP2003-2/2-02-2003.PDF> [Consultado em 22/06/2010].
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5(1), 33-38. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci_arttext [Consultado em 20/12/2009].
- Fleck, M. P. A., Lima, A. F. B., Louzada, S., Schestasky, Henriques, A., Borges, V. R., & Camey S. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 431-438. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11761.pdf> [Consultado em 14/10/2009].
- Fleck, M. P. A., Lafer, B., Sougey, E. B., Porto, J. A., Brasil, M. A., & Juruena, M. F. (2003). Directrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 114-122. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n2/v25n02a13.pdf> [Consultado em 14/10/2009].
- Fleck, M. P. A., & Colaboradores (2008). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

- Fiedler, P. T. (2008). Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. Dissertação de Doutorado, Universidade de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Fonseca, A. A., Coutinho, M. P. L., & Azevedo, R. L. W. (2008). Representações sociais da depressão em jovens universitários com e sem sintomas para desenvolver depressão. *Psicologia: reflexão e crítica*, 21(3), 492-498. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=SO10279722008000300018&script=sci_arttext [Consultado em 15/10/2009].
- Fráguas Jr., R., & Figueiró, J. A. B. (2001). *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Gaillard, J. M. (1994). *A Insônia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ghaedi, G. H., Tavoli, A., Bakhtiari, M., Melyani, M., & Sahragard, M. (2009). Quality of Life in College Students with and without Social Phobia. *Social Indicators Research*. Disponível em <http://www.springerlink.com/content/845k710g178p630r/fulltext.pdf> [Consultado em 18/03/2010].
- Gameiro, S.; Carona, C.; Pereira, M.; Canavarro, C.; Simões, M.; Rijo, D.; Quartilho, M.; Paredes, T. & Vaz Serra, A. (2008), "Sintomatologia depressiva na população geral", *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2008, 9 (1), 103-112. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S16450086208000100009&script=sci_arttext [Consultado em 10/12/2009].
- Golberg, D., & Huxley, P. (1996). *Perturbações Mentais Comuns, um Modelo Bio-Social*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Goldin, S. B., Wahi, M. M., Borgman, H. A., Carpenter, H. L., Wiegand, L. R., Nixon, A. S., Rosemurgy, A. S., & Karl, R. C. (2007). Student quality of life decline

during third-year surgical clerkship. *Journal of Surgical Research*, 137(2), 158-165.

Gomes, A. C. A. (2001). Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro. Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências da Educação.

Gomes, A. A., Tavares, J., & Azevedo, M. H. (2009). Padrões de sono em estudantes universitários portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 22(5), 545-552.

Gonçalves, O. (2000). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas* (3ªEd.). Porto: Edições Afrontamento.

Gordia, A. P., Quadros, T. M. B., Campos, W., & Petroski, E. L. (2008). Domínio Físico da Qualidade de Vida entre Adolescentes: Associação com Atividade Física e Sexo. *Revista de Salud Pública*, 11, 50-61. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S012400642009000100006&script=sci_arttext [Consultado em 10/01/2010].

Gonzalez, B., & Ribeiro, J. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 107-127.

Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Eyjolfsdottir, G. A., Smari, J., & Young, S. (2009). The relationship between satisfaction with life, ADHD symptoms, and associated problems among university students. *Journal Attention Disorders*, 12(6), 507-515. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18716292> [Consultado em 10/01/2010].

Gusmão, R.; Xavier, M.; Heitor, M.; Bento, A. & Caldas de Almeida, J. (2005). O Peso das Perturbações Depressivas: Aspectos Epidemiológicos Globais e Necessidades de Informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, (pp. 129-146). Lisboa: Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Disponível em

<http://actamedicaportuguesa.com/pdf/2005-18/2/129-146.pdf>

[Consultado em 07/02/2010].

Haggstram, L. M. (2003). *Entendendo as Queixas do Idoso*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Disponível em

http://www.books.google.pt/books?id=nqirNHb_BjwC&pg=PA18&dq=ansiedade+patologica&lr=v=onepage&q=ansiedadepatologica&f

[Consultado em 17/10/2010].

Hallstrom, C. & McClure, N. (2000). *Ansiedade e depressão: perguntas e respostas*.

Lisboa: Climepsi Editores.

Horimoto, F. C., Ayache, D. C., & Souza, J. A. (2005). *Depressão: Diagnóstico e Tratamento pelo Clínico*. São Paulo: Editora Roca.

Johns, M. (1990), Epworth Sleepiness Scale. Disponível em

<http://www.epworthsleepinessscale.com/about-epworth-sleepiness>

[Consultado em 06/01/2010].

Johns, M. (1991), Sleep Disorders Unit., Epworth Hospital, Melbourne, Victoria, Austrália, Sleep Disorders: A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale, *Sleep*, Dec., 1991; 14 (6): 540-545, Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1798888> [Consultado em 06/01/2010].

Kang, J. H., & Chen, S. C. (2009). Effects of an irregular bedtime schedule on sleep quality, daytime sleepiness, and fatigue among university students in Taiwan. *BMC Public Health*, 9, 248. Disponível em

<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/248> [Consultado em 12/10/2009].

Kasper, S., Boer, J. A., & Sitsen, J. M. (2003). *Handbook of Depression and Anxiety*. Second Ed., Revised and Expanded. New York: Marcel Dekker, Inc.

Katschnig, H. & Angermeyer, M. (1997). Quality of life in depression,. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius. *Quality of Life in Mental Disorders*. Chapter 10, 137-147. Chichester: John Wiley & Sons.

- Kluthcovsky, A. C. G. C., & Takayanagi, A. M. M. (2007). Qualidade de vida: aspectos conceituais. *Revista Salus*, 1(1), 13-15. Disponível em <http://www.unicentro.br/EDITORIA/REVISTAS/SALUS/v1n1/4-p13-15.pdf> [Consultado em 22/12/2009].
- Lafer, B., Almeida, O. P., Fráguas, R. Jr., & Miguel, E. C. (2000). *Depressão no ciclo de vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Leal, C. M. S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Açores: Universidade dos Açores. Disponível em <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf> [Consultado em 15/01/2010].
- Leidy N. K., Revicki D. A., & Genesté B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value Health*, 2(2), 113-27. Disponível em <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119086460/PDFSTART> [Consultado em 22/12/2009].
- Li, K., Kay, N. S., & Nokkaew, N. (2008). The Performance of the World Health Organization's WHOQOL-BREF in Assessing the Quality of Life of Thai College Students. *Social Indicators Research*, 90(3), 489-501.
- Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B., & Prichard, J. R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal Adolescent Health*, 46(2), 124-132. Disponível em [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(09\)00238-9](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(09)00238-9) [Consultado em 16/02/2010].
- Lustman, P. J., & Sowa, C. J. (1984). Factors influencing college student health: Development of the psychological distress inventory. *Journal of Counseling Psychologist*, 31, 28-35.
- Madalena, J. C. (1979). *O Sono Normal – Patológico – Terapêutico*. São Paulo: Fundo Editorial BYK-PROCIENX.

- Marturano, E. M., Linhares, M. B., & Loureiro, S. R. (2004). Vulnerabilidade e Protecção – Indicadores na Trajectória de Desenvolvimento Escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo. Disponível em http://www.books.google.pt/books?id=n5he68BQ_84C&pg=PA26&dq=ansieda+de+normal+patologica&lr=v=onepage&q [Consultado em 18/10/2009].
- McIntyre, T. M. (1994). A Psicologia da Saúde: Unidade na diversidade. In T. M. McIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras*, 17-32. Braga: APPORT//Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Means, M. K., Lichstein, K. L., Epperson, M. T., & Johnson, C. T. (2000). Relaxation therapy for insomnia: nighttime and day time effects. *Behaviour Research and Therapy*, 1 July 2000, 38(7), 665-678. Disponível em http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V5W-408C9GW3&_user=10&_coverDate=07%2F01%2F2000&_rdoc=1&_fmt=high&_orig [Consultado em 11/01/2010].
- Meireles, L. P., & Cameirão, M. L. (2005). As perturbações afectivas: as perturbações bipolares. Trabalho de Licenciatura, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação. Porto: Universidade do Porto, Portugal.
Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0034.pdf> [Consultado em 20/06/2010].
- Melo, A. C., Pereira, A. P., & Pereira, A. (2005). Motivos que levam os estudantes à Consulta de Psicologia. *Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção*, 195-199. In A. Pereira & E. Motta (Eds.). Coimbra: Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra.
- Meneses, R. F., Ribeiro, J. P., & Martins da Silva, A. (2001). Subjective daytime sleepiness in a Portuguese clinical sample: Contribution for the study of the Epworth Sleepiness Scale. *Vigilia-Sueño*, 2001, 13(1), 9-14.

- Meneses, F.R., (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa e Fundação para a Ciência e tecnologia.
- Meneses, R. F., Pais-Ribeiro, J. L., & Silva, A. M. (2008). Qualidade de vida, ansiedade e depressão: um exemplo de indicadores e relações na epilepsia. *Temas em Psicologia*, 16(1), 133-144. Disponível em http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2008000100011&lng=pt&nrm=iso [Consultado em 03/04/2010].
- Miguel, A. S., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, saúde e qualidade de vida em jovens adultos. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 125-133. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Min, S. K., Shin, W. C., Kim, K. I., Chung, J. I., & Kim, D. K. (2000). Comparison of Quality of Life between Medical Students and General College Students. *J Korean Neuropsychiatry Association*, 39(6), 1054-1060. Disponível em <http://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=292893&DT=1> [Consultado em 07/01/2010].
- Ministério da Saúde de Portugal, Portal da Saúde (2005). Disponível em <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm> [Consultado em 15/12/2009].
- Monteiro, S. O. M., Tavares, J. P. C., & Pereira, A. M. S. (2008). Optimismo disposicional, sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico em estudantes do primeiro ano do ensino superior. *Estudos de Psicologia*, 13(1), 23-29. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/261/26113103.pdf> [Consultado em 09/03/2010].
- Morales, R. C., Flores, M. V., Meneses, A. C., Figueiras, S. C., & Guerrero, J. M. (2005). Sleepiness, performance and mood state in a group of Mexican undergraduate students. *Biological Rhythm Research*, 36(1/2), 9-13. Disponível

em <http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a713734222&db=all>
[Consultado em 10/09/2009].

Morch, F. L. & Toni, P. M. (2005). A influência da privação do sono na qualidade de vida. Disponível em <http://www.utp.br/proppe/ixsempes/psicologia> [Consultado em 10/08/2009].

Muller, M. R. & Guimarães, S. S. (2007). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia, Campinas*, vol.24 n°4. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid
[Consultado em 17/07/2009].

Murray, C. J. & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990 – 2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349, 1498-1504. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167458> [Consultado em 03/07/2009].

Neto, A. C., Gauer, G. C., & Furtado, N. R. (2003). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Neves, A. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2000). A influência do auto-conceito e da ansiedade de estudantes universitários. In J. L. Pais-Ribeiro, I. Leal, & M. R. Dias (Eds.), *Actas do Congresso 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, (pp. 67-87). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Observatório Nacional de Saúde (2005), Estudo do Observatório Nacional de Saúde. Disponível em http://www.srsdocs.com/parcerias/revista_imprensa/diario_noticias/2006
[Consultado em 10/08/2009].

Ohayon, M. M., & Paiva, T. (2005). Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal. *Sleep Medicine*, 6, 435-441. Disponível em

<http://www.sleep-journal.com/article/PIIS1389945705000699/fulltext>

[Consultado em 10/02/2010].

Oliveira, M. D. (2005). *Neurofisiologia do Comportamento*. Canoas: Ulbra Editora.

Disponível em

http://www.books.google.pt/books?id=_fAECtsuzpAC&pg=RA1PT105&dq=ansiedade+patol%C3%B3gica&lr=v=onepage&q=ansiedade%20patol%C3%B3gica&f=false [Consultado em 22/10/2009].

Oliveira, A. (2010). As consultas de Psicologia dos Serviços de Acção Social da Universidade de Aveiro (SASUA). In A. S. Pereira (Eds.), *Actas do I Congresso Nacional da RESAPES-AP: Apoio Psicológico no Ensino Superior: modelos e práticas*, (pp. 39-40). Aveiro: Universidade de Aveiro.

OMS, Divisão de Saúde Mental, Grupo WHOQOL (1998). Versão Em Português Dos Instrumentos De Avaliação De Qualidade Da Vida. Fleck, M. P. A. (coord.). Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil. Disponível em

<http://www.ufrgs.br/Psiq/whoqol.html> [Consultado em 10/04/2010].

Organização Mundial de Saúde (OMS) (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical description and diagnostic guidelines*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Pacheco, A., Jesus, S., & Martins A. (2000). Motivação e qualidade de vida do estudante no ensino superior. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, (pp. 103-106). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pacheco, A. (2007). Estilos de vida, qualidade de vida pessoal, motivação e sucesso académico: instrumentos de avaliação. *Psyc@w@re*, 1(2), 1-10. Disponível em <http://www1.ci.uc.pt/ipc/2007-2010/revista/c1063d1d716a059f65ea08f90456755e.pdf> [Consultado em 18/12/2009].

Parreira, A., (2006). *Gestão do Stress e da Qualidade de Vida. Um Guia para a Acção*. Lisboa: Monitor.

Pais-Ribeiro, J. L. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), 179-191. Disponível em http://www.paisribeiro.googlepages.cpm/1994_23_179.pdf [Consultado em 19/12/2009].

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

Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation Study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2), 225-237.

Pais-Ribeiro, J. L. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. de Jesus, & C. Nunes (Eds.) *Bem-estar e Qualidade de Vida*, 31-49. Alcochete: Textiverso. Disponível em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/17785/2/A%20import%C3%A2ncia%20da%20qualidade%20de%20vida%20para%20a%20psicologia%20da%20sa%C3%BAde.pdf> [Consultado em 19/12/2009].

Paiva, T. (2008). Clínica Prof.^a Teresa Paiva, centro com prática clínica, ensino e inovação, *Medis, Faz bem à Saúde*, 34, 1-20. Disponível em <http://www.medis.pt/SiteCollectionDocuments/revistas/34.pdf> [Consultado em 03/02/2010].

Paiva, T. (2010). Dia Mundial do Sono em Portugal 2010. Disponível em www.195.245.168.16/noticias.rtp [Consultado em 20/03/2010].

- Paro, H. B. M. S., Morales, N. M. O., Silva, C. H. M., Rezende, C. H. A., Pinto, R. M. C., Morales, R. R., Mendonça, T. M. S., & Prado, M. M. (2010). Health-related quality of life of medical students. *Medical Education*, 44(3), 227-235. Disponível em <http://www3.interscience.wiley.com/journal/123286684/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0> [Consultado em 21/03/2010].
- Passos, G. S., Tufik, S., Santana, M. G., Poyares, D., & Mello, M. T. (2007). Tratamento não farmacológico para a insónia crónica. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2007, 29 (3), 279-282. Disponível em <http://www.sono.org.br/pdf/2007%20Passos%20Rev%20Bras%20Psiquiatr.pdf> [Consultado em 21/09/2009].
- Pereira, A.M.S & Silva, C. (2001). *Quality of life in the academic context: Contributions to the promotion of student's health behaviours*. In 10th Biennial Conference of International Study Association on Teachers and Teaching. Faro: Universidade de Algarve, Campus de Gambelas.
- Pereira, A. et al. (2002). A situação dos Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior em Portugal, ano de 2002, contexto e justificação. *RESAPES, Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior*. Vol. 1 e 2. Disponível em http://www.resapes.fct.unl.pt/volume/volume_1.pdf [Consultado em 13/10/2009].
- Pereira, A. S. (2006). Stress e Doença. Contributo da Psicologia da saúde na última década. In I. Leal. *Perspectivas em Psicologia da Saúde*, 114-167. Coimbra: Editora Quarteto.
- Pereira, A. & Motta, E. (2005). Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção. *Actas do Congresso Nacional*, 51-59. Coimbra: SASUC Edições.
- Peters, B. (2009), Using the Epworth Sleepiness Scale to Assess Sleepiness, Simple Questionnaire May Be Useful for Monitoring Sleep Disorder Symptoms,

Dec.21, 2009; s.p. Disponível em

http://www.sleepdisorders.about.com/od/sleepdisorderevaluation/a/Epworth_Scale [Consultado em 12/02/2010].

Pimentel, F. L. (2004). *Qualidade de vida em oncologia*. Lisboa: Permanyer Portugal.

Pimentel, F. L. (2009). *Qualidade de vida, Saúde e Ambiente*. Comunicação apresentada no I Congresso Internacional Qualidade de Vida, Ambiente e Saúde, Perspectivas Transdisciplinares, Ponte de Lima, Portugal.

Pizão, M. F. & Martino, M. F. (2005). Estudo do sono em estudantes universitários de Enfermagem. XIII Congresso Interno de Iniciação Científica da UNICAMP. Disponível em <http://www.prp.unicamp.br/pibic/congressos/xiiicongresso/cdrom/pdfN/499.pdf> [Consultado em 11/09/2009].

Rab, F., Mamdou R., & Nasir, S. (2008). Rates of depression and anxiety among female medical students in Pakistan. *East Mediterr Health Journal*, 14(1), 126-133. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18557460> [Consultado em 26/12/2009].

Ramalho, V., & McIntyre, T. (2001). *Unidade de Consulta Psicológica Clínica e da Saúde do SCPDH da Universidade do Minho: Caracterização dos utentes estudantes*. Braga: Universidade do Minho.

Reid, A., & Baker, F. (2005). Perceived sleep quality and sleepiness in South African university students. *South African Journal of Psychology*, 38(2), 287-303. Disponível em http://www.sabinet.co.za/abstracts/sapsyc_v38_n2_a3.xml [Consultado em 15/09/2009].

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

- Ribeiro, J. L. P. (2005). *O Importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Porto: Merk, Sharp & Dohme.
- Rios, A. M., Peixoto, M. T. & Senra, V. F. (2008). Transtornos do Sono, Qualidade de Vida e Tratamento Psicológico. Monografia de Licenciatura, Universidade Vale do Rio Doce, Brasil. Valadares: Universidade Vale do Rio Doce, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Curso de Psicologia. Disponível em <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc> [Consultado em 20/07/2009].
- Rodrigues, R. N., Viegas, C. A., Silva, A. A., & Tavares, P. (2002). Daytime sleepiness and academic performance in medical students. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 60(1), 6-11. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2002000100002&lng=en [Consultado em 16/09/2009].
- Rodríguez, L. J. F. (2002). Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en las esquizofrenias. *Informaciones Psiquiátricas*, 169. Disponível em http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/03_169_04.htm [Consultado em 17/01/2010].
- Ruiloba, J. V., & Ferrer, C. G. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson, S.A.
- Russel, G., & Shaw, S. (2009). A study to investigate the prevalence of social anxiety in a sample of higher education students in the United Kingdom. *Journal of Mental Health*, 18(3), 198-206. Disponível em <http://www.informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09638230802522494> [Consultado em 27/12/2009].
- Santos, M. R., & Monteiro, M. (2000). *Psicologia*. Porto: Porto Editora Lda.
- Santos, R. M. S. (2009). Qualidade De Vida Das Famílias: Contributo Dos Serviços De Apoio Social Na Intervenção Precoce. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

- Santos, R. (2010), *Quase 65% dos alunos da Universidade do Minho têm sono de má qualidade*. Jornal Público de 16 de Março de 2010. Disponível em <http://www.publico.pt/sociedade/quase-65-por-cento-dos-alunos-da-universidade-do-minho-tem-sono-de-ma-qualidade> [Consultado em 23/03/2010].
- Saupe, R., Nietche, E. A., Cestan, M. E., Giorgi, M. D. M., & Krahl, M. (2004). Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. *Revista latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 636-642. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400009 [Consultado em 21/02/2010].
- Schneier, F. R. (1997). Quality of life in depression. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.) *Quality of Life in Mental Disorders*, 12, 160-163. Chichester: John Wiley & Sons.
- Schneider, M. L. (2009). Estudo do cronotipo em estudantes universitários de turno integral e sua influência na qualidade do sono, sonolência diurna e no humor. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Ciências Médicas. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/16382> [Consultado em 18/10/2009].
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Shiels, C., Gabbay, M., & Exley, D. (2008). Psychological distress in students registered at a university-based general practice. *Primary Care and Community Psychiatry*, 13(1), 9-18. Disponível em http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a789872507~db=all~jump_type=rss [Consultado em 28/12/2009].

- Silva, M. G. & Costa, M. E. (2005). Desenvolvimento psicossocial e ansiedades nos jovens. *Análise Psicológica*, 2 (23), 111-127. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n2> [Consultado em 03/07/2009].
- Simões, C., Matos, M. G., & Batista-Foguet, J. (2008). *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(2).
Disponível em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rbtc/v4n2/v4n2a03.pdf>
[Consultado em 24/01/2010].
- Siqueira, P. C. M. (2009). Desafios para a melhora da qualidade de vida frente ao processo de envelhecimento humano. *Revista Digital – Buenos Aires*, 14(131).
Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd131/processo-de-envelhecimento-humano.htm> [Consultado em 28/12/2009].
- Snaith, R. P., & Zigmond, A. S. (1994). *Hads: Hospital Anxiety and Depression Scale*. Windsor: NFER Nelson.
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-4. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC183845/pdf/1477-7525-1-29.pdf>
[Consultado em 22/03/2010].
- Soares, A. P., Guisande, M. A., Diniz, A. M., & Almeida, L. S. (2006). Construcción y validación de un modelo multidimensional de ajuste de los jóvenes al contexto universitário. *Picothema*, 18 (2), 249-255.
- Souza, J. P. (1998). Quality of life and insomnia in university psychology students. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 11(3), 169-184.
Disponível em <http://www.3.interscience.wiley.com/journal/21009/abstract>
[Consultado em 10/09/2009].
- Taveira, M. N. (1994). Qualidade de vida e doença respiratória crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, V(1), 99-100.

Disponível em

<http://www.sppneumologia.pt/publicacoes/?imc=50n&publicacao=22&edicao=461&fmo=pa> [Consultado em 29/12/2009].

The World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization (WHO).

The WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56. Disponível em <http://www.bath.ac.uk/whoqol/publications/#1994> [Consultado em 29/12/2009].

The World Health Organization (The WHO). (1995). *Field Trial WHOQOL-100 February 1995*. Division of Mental Health Organization Geneva. Disponível em http://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf [Consultado em 03/01/2010].

The World Health Organization (The WHO). (1996). *WHOQOL-Bref Introduction, Administration, Scoring And Generic Version Of The Assessment Field Trial version December 1996*. Division of Mental Health Organization Geneva. Disponível em http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf [Consultado em 03/01/2010].

Tilton, S. R. (2008). Review of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *2008 NewsNotes*, 48(2). Disponível em <http://www.theaaceonline.com/stai.pdf> [Consultado em 03/01/2010].

Tinto, V. (1986). Theories of student departure revisited. In J. C. Smart (Ed.) *Higher education: Handbook of theory and research*, 24, 165-172. New York: Agathon Press.

Tinto, V. (1987). *Leaving college: rethinking the causes and cures of student attrition*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Togeiro, S. M. G. P. & Smith, A. K. (2005). Métodos diagnósticos nos distúrbios do sono. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 8-15. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria. Disponível em <http://www.sono.org.br/pdf/2005%20Togeiro%20Rev%20Bras%20Psiquiatr.pdf> [Consultado em 20/06/2010].
- Tolor, A. (2000). Perception of Quality of Life of College Students and Their Faculty. *Adolescence*, 18(71), 585-594. Disponível em http://eric.ed.gov/ERICWebPortal/custom/portlets/recordDetails/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED149194&ERIC [Consultado em 04/01/2010].
- Tosevski, D. L., Milovancevic, M. P. & Gajic, S. D. (2010). Personality and psychopathology of university students. In C. Pull & A. Janca (Eds.), *Current Opinion in Psychiatry, Personality disorders and neuroses* (1), 48-52. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19890212> [Consultado em 10/01/2010].
- Trin, E. M. D., Anu, A. P. D., Veiko, V. M. D., & Marlit, V. M. D. (2006). Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. *Depression and Anxiety*, 23(4), 250-256. Disponível em <http://www3.interscience.wiley.com/journal/112535151/abstract> [Consultado em 30/12/2009].
- Unalan, D., Celikten, M., Soyuer, F., & Ozturk, A. (2008). Quality of life in Turkish university students and its relationship to levels of state-trait anxiety. *Social behavior and personality: an international journal*, 36(3), 417-428. Disponível em <http://www.ingentaconnect.com/content/sbp/sbp/2008/00000036/00000003> [Consultado em 26/03/2010].
- Universidade de Aveiro (s.d.), *A UA apresenta-se*. Disponível em <http://www.ua.pt/PageText.aspx?=151> [Consultado em 05/01/2010].

Universidade de Aveiro (s.d.), *LUA, Universidade de Aveiro*.

Disponível em <http://www.ua.pt/sas/lua> [Consultado em 06/03/2010].

Vaccarino, A. L., Evans, K. R., Terrence, L. S., & Amir, H. K. (2008). Symptoms of anxiety in depression: assessment of item performance of the Hamilton Anxiety Rating in patients with depression. *Depression and Anxiety*, 25(12), 1006-1013. Disponível em <http://www.3.interscience.wiley.com/journal/121410854/abstract> [Consultado em 25/10/2009].

Vaez, M., Leon, A. P., & Laflamme, L. (2006). Health-related determinants of perceived quality of life: A comparison between first-year university students and their working peers. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 26(2), 167-177. Disponível em <http://www.iospress.metapress.com/content/2uq40fl296tnmagn/> [Consultado em 04/01/2010].

Velho, L., & León, E. (1998). A construção social da produção científica por mulheres. *Cadernos Pagu*, 10, 309-344. Disponível em www.pagu.unicamp.br/files/cadpagu/Cad10/pagu10.12.pdf [Consultado em 27/03/2010].

Webb, E., Ashton, C. H., Kelly, P., & Kamali, F. (1996). Alcohol and drug use in UK university students. *The lancet*, 348, 922-925. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8843811> [Consultado em 30/12/2009].

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization, Geneva.

Yu, G. B., & Lee, D. J. (2008). A Model of Quality College Life (QCL) of Students in Korea. *Social Indicators Research*, 87(2), 269-285. Disponível em <http://www.springerlink.com/content/r8x434k5g012638w/fulltext.pdf?page=1> [Consultado em 17/01/2010].

Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E., & Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 180-185. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19178949> [Consultado em 27/03/2010].

ANEXOS

Anexo A - Fases de um ciclo de sono num jovem adulto saudável

Quadro 1: Fases de um ciclo de sono num jovem adulto saudável (Gomes, 2001, p. 19)

	Fases do sono	Duração	Ondas EEG	Outras características
S				
O				
N	FASE 1: adormecimento	5 – 10 minutos	ondas teta (4-7 Hz) (harmoniosas e uniformes)	- sonolência - imagens visuais (hipnagógicas) - impressões corporais - movimentos lentos dos olhos
N				
R	FASE 2: sono leve	10 – 40 minutos	fusos do sono/ondas sigma (12-14 Hz) complexos K	- movimentos lentos dos olhos - breves pausas respiratórias
E	FASE 3: sono profundo ou de ondas lentas	10 – 15 minutos	ondas delta/ lentas (≤ 2 Hz) ($< 50\%$ do tempo)	- diminuição do ritmo respiratório, cardíaco e da pressão arterial
M	FASE 4: sono profundo, sono delta ou de ondas lenta	15 – 20 minutos	ondas delta/lentas (≤ 2 Hz) ($> 50\%$ do tempo)	- redução ao mínimo das funções vitais - relaxamento muscular
	SONO REM ou SONO PARADOXAL	15 – 20 minutos	ondas rápidas (\approx ondas beta da vigília “activa”)	- atonia muscular - irregularidade nas funções vitais - movimentos oculares rápidos - sonhos

Anexo B - The International Classification of Sleep Disorders (ICSD)

Quadro 2: The International Classification of Sleep Disorders – ICSD (Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono); (American Academy of Sleep Medicine, 2001, pp. 15-20; Rente & Pimentel, 2004, pp. 13-15)

1. Dissónias

A. Perturbações intrínsecas do sono

- A.1 Insónia psicofisiológica
- A.2 Perturbação da percepção do sono
- A.3 Insónia idiopática
- A.4 Narcolepsia
- A.5 Hipersónia recorrente
- A.6 Hipersónia idiopática
- A.7 Hipersónia pós-traumática
- A.8 Síndrome de apneia obstrutiva do sono
- A.9 Síndrome de apneia central do sono
- A.10 Síndrome de hipoventilação alveolar central
- A.11 Movimentos periódicos do sono
- A.12 Síndrome das pernas inquietas
- A.13 Perturbações intrínsecas inespecíficas do sono

B. Perturbações extrínsecas do sono

- B.1 Higiene inadequada do sono
- B.2 Perturbações do sono de causa ambiental
- B.3 Insónia da altitude
- B.4 Insónia de adaptação
- B.5 Síndrome do sono nocturno insuficiente
- B.6 Perturbação do início do sono por ausência das associações habituais
- B.7 Insónia por alergia alimentar
- B.8 Síndrome de ingestão nocturna de alimentos
- B.9 Perturbação do sono dependente de hipnóticos
- B.10 Perturbação do sono dependente de estimulantes
- B.11 Perturbação do sono dependente de álcool
- B.12 Perturbação do sono induzido por drogas
- B.13 Perturbação extrínseca inespecífica do sono

C. Perturbações do ritmo circadiano do sono

- C.1 Síndrome de desfasamento de horário (jet-lag)
- C.2 Trabalho por turnos
- C.3 Padrão irregular do ritmo sono-vigília
- C.4 Síndrome de atraso da fase de sono
- C.5 Ritmo sono-vigília diferente de 24 horas
- C.6 Perturbação inespecífica do ritmo circadiano

Quadro 2: The International Classification of Sleep Disorders – ICSD (Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono), (continuação); (American Academy of Sleep Medicine, 2001, pp. 15-20; Rente & Pimentel, 2004, pp. 13-15)

2. Parassónias

A. Perturbações do despertar (arousal)

- A1. Sonambulismo**
- A2. Terrores nocturnos**
- A3. Estados confusionais do despertar**

B. Perturbações da transição sono vigília

- B1. Mioclonias do adormecer**
- B2. Movimentos rítmicos da cabeça**
- B3. Sonoloquia**
- B4. Cãibras nocturnas**

C. Perturbações usualmente associadas ao sono REM

- C1. Pesadelos**
- C2. Paralisia do sono**
- C3. Perturbação do comportamento em REM**
- C4. Ereções dolorosas**
- C5. Doença do nódulo sinusal em REM**

D. Outras parassónias

- D1. Bruxismo**
- D2. Enurese**
- D3. Deglutição anormal no sono**
- D4. Distonia paroxística nocturna**
- D5. Outras**

3. Perturbações do sono associadas a doenças médicas e psiquiátricas

A. Associadas a perturbações mentais

- A1. Perturbações afectivas**
- A2. Perturbações ansiosas**
- A3. Psicoses**
- A4. Perturbação do pânico**
- A5. Alcoolismo**

Quadro 2: The International Classification of Sleep Disorders – ICSD (Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono), (continuação); (American Sleep Disorders Association, 2001, pp. 15-20; Rente & Pimentel, 2004, pp. 13-15)

B. Associadas a perturbações neurológicas

B1. Dências

B2. Doença de Parkinson

B3. Outras doenças degenerativas e neuromusculares

B4. Insónia familiar fatal

B5. Epilepsia relacionada com o sono

B6. Cefaleias relacionadas com o sono

C. Associadas a outras perturbações médicas

C1. Arritmias cardíacas

C2. Angor pectoris nocturno

C3. Doença pulmonar obstrutiva crónica

C4. Asma nocturna

C5. Refluxo gastroesofágico

C6. Úlcera péptica

C7. Outras

4. Perturbações propostas do sono – desordens das quais não se possui suficiente informação para confirmar o diagnóstico (e.g. síndrome do choque do sono, indivíduos com curtos e longos sonos).

Anexo C – Organização das perturbações do sono (DSM-IV-TR)

1. Perturbações primárias do sono

A. Dissónias

- A1. Insónia primária
- A2. Hipersónia primária
- A3. Narcolepsia
- A4. Perturbação do sono relacionada com a respiração
- A5. Perturbação do ritmo circadiano do sono
- A6. Dissónia sem outra especificação

B. Parassónias

- B1. Pesadelos
- B2. Perturbação de terrores nocturnos
- B3. Perturbação de sonambulismo
- B4. Parassónia sem outra especificação

2. Perturbação do sono relacionada com outra perturbação mental

- A. Insónia relacionada com outra perturbação mental (perturbação do Eixo I ou II)
- B. Hipersónia relacionada com outra perturbação mental (perturbação do Eixo I ou II)

3. Outras perturbações do sono:

- A1. Perturbação do sono devida a um estado físico geral
 - A2. Perturbação do sono induzida por substâncias (incluindo medicação)
-

Anexo D – Organização das perturbações do sono (ICD-10)

1. Perturbações não-orgânicas devido a factores emocionais

A1. Insónia não-orgânica

A2. Hipersónia não-orgânica

A3. Perturbação do ciclo vigília-sono devido a factores não-orgânicos

A4. Sonambulismo

A5. Terrores nocturnos

A6. Pesadelos

A7. Outras perturbações do sono devido a factores não-orgânicos

A8. Perturbações do sono devido a factores não-orgânicos não especificados

2. Perturbações do sono

A1. Perturbações do início e da manutenção do sono (insónias)

A2. Sonolência excessiva ou hipersónia

A3. Ciclo vigília-sono

A4. Apnéia do sono

A5. Narcolepsia e cataplexia

A6. Outras perturbações do sono

A7. Perturbações do sono não especificadas

3. Achados ultrassonográficos anormais do rastreamento antenatal da mãe

4. Apnéia primária do sono do recém-nascido

5. Sonolência, estupor e coma

6. História pessoal do ciclo vigília-sono anormal

Anexo E – Representação esquemática da definição de Qualidade de Vida

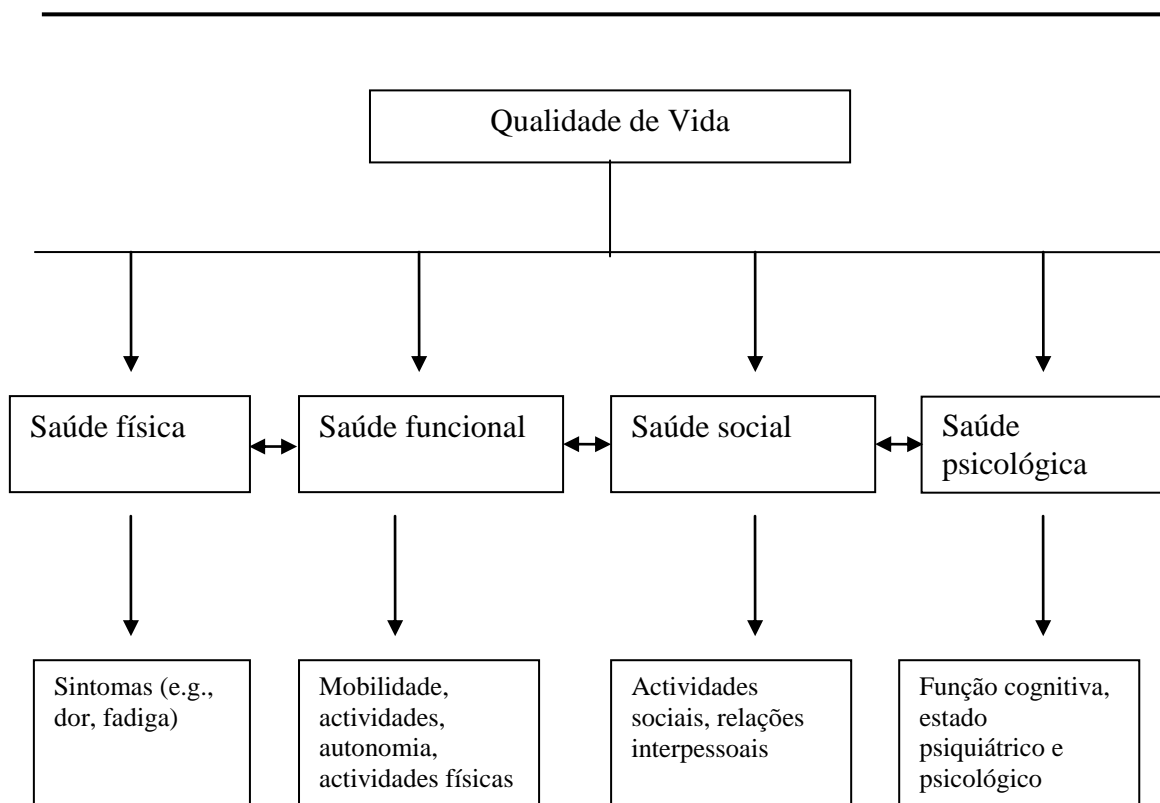


Figura 1 Representação esquemática da definição de Qualidade de Vida (Chartier-Kastler & Davidson, 2007, p. 578)

Anexo F – Domínios e Facetas do WHOQOL-Bref

Domínio	Facetas
1. Físico	Actividades do quotidiano Dependência de ajuda médica e medicamentos Energia e fadiga Mobilidade Dor e desconforto Sono e repouso Capacidade de trabalho
2. Psicológico	Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Sentimentos positivos Auto-estima Espiritualidade/religião/crenças pessoais Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
3. Relações Sociais	Relações pessoais Apoio social Actividade sexual
4. Ambiente	Recursos económicos Segurança física Cuidados de saúde e sociais: acessibilidade e qualidade Ambiente no lar Oportunidades para adquirir novas informações e competências Participação e/ou oportunidades para recreio e lazer Ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima) Transporte
