

Ana Márcia Baltazar Pinto

Sintomatologia Depressiva e Sono

**Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde
Porto, 2013**

Ana Márcia Baltazar Pinto

Sintomatologia Depressiva e Sono

Orientadora:

Professora Doutora Raquel Silva

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2013

Ana Márcia Baltazar Pinto

Sintomatologia Depressiva e Sono

(A autora: Ana Márcia Baltazar Pinto)

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre
em Ciências Farmacêuticas

RESUMO

Os comportamentos depressivos são cada vez mais evidentes na sociedade atual e ocorrem normalmente, a partir da adolescência, sendo a sua incidência maior nas mulheres. Esses comportamentos, que se traduzem em sintomatologia depressiva interferem com vários aspetos do ser humano, desde a sua imagem corporal, aos seus estados nutricional e psicológico, até ao seu estado de saúde em geral, e ao seu padrão de sono.

Este trabalho procura explorar as relações entre os hábitos e a qualidade do sono e a sintomatologia depressiva.

Foram avaliados 100 profissionais de saúde com horários de trabalho irregulares e com idades compreendidas entre os 20 e os 65 anos : 54 do sexo feminino e 46 do sexo masculino. Aplicou-se um questionário onde se recolheram os seguintes dados: IMC, horário de trabalho, alimentação, consumo de substâncias estimulantes, sintomatologia depressiva, sonolência diurna e qualidade do sono.

Relativamente ao IMC verificou-se que 44% dos inquiridos apresenta excesso de peso e 2% já se encontra em Obesidade grau I.

Relativamente ao horário de trabalho, 74 % dos inquiridos referiu o turno da manhã como sendo o seu preferencial e 59% disse que o trabalho por turnos que não era vantajoso. Na avaliação da interferência do horário de trabalho por turnos nas diversas atividades extra profissionais verificou-se que quanto ao tempo de lazer 72 % dos inquiridos disse que interfere muito, na vida social e familiar 78 % dos inquiridos diz que interfere muito, nas atividades pessoais 60 % dos inquiridos disse que interfere muito e na alimentação 83 % dos inquiridos diz que interfere muito.

Ainda na alimentação, verificou-se que 52% dos inquiridos acha que o tempo que tem disponível não é adequado a uma boa refeição pelo que se verificou uma frequência das refeições irregular nomeadamente ao pequeno almoço, que apenas 47% disse sempre tomar.

Sintomatologia Depressiva e Sono

Relativamente ao consumo de substâncias estimulantes a mais consumida é o café, uma vez que mais de metade (53%) dos inquiridos diz tomar sempre, segue-se o consumo de tabaco, o qual 44% dos inquiridos disse consumir sempre. Quanto ao exercício físico 68% dos inquiridos disse não praticar.

Na presença de sintomatologia depressiva, verifica-se que a maior parte dos inquiridos (68%; n=68) apresenta uma sintomatologia depressiva mínima, 24% apresenta depressão ligeira e 8% (n=8) apresenta depressão moderada.

A determinação da sonolência diurna, verifica-se que 28% (n=28) dos inquiridos apresenta pouca sonolência diurna, 65% apresenta moderada sonolência diurna e 7% apresenta Sonolência diurna excessiva. Quanto á qualidade do sono, verifica-se que 18 % dos inquiridos tem uma boa qualidade de sono, 53 % tem sono de má qualidade e 29% dos inquiridos apresenta distúrbio de sono.

Estas evidências levaram a concluir que existe uma forte relação ente o sono e a sintomatologia depressiva, e que o horário de trabalho por turnos interfere na qualidade de vida dos indivíduos, sendo que a única forma de intervir está na prevenção, incentivando os trabalhadores a hábitos de vida saudáveis e a um controlo periódico do seu estado de saúde.

Palavras-chave: Sintomatologia depressiva; Sono; Trabalho por turnos.

ABSTRACT

Over the last few years we've been experiencing a growth of the depressive behaviors frequency on our society. These occur from adolescence achieving their highest incidence in women, then translating into depressive symptoms which interfere with many aspects of the human being such as your body image, nutritional and psychological states, general health condition and to sleep pattern.

This paper seeks to explore the relationship between the habits, the sleep quality and the depressive symptoms.

We evaluated 100 health professionals with irregular working hours and aged between 20 and 65 years: 54 females and 46 males. We applied a questionnaire where they collected the following data: BMI, hours of work, food, consumption of stimulants, depressive symptomatology, daytime sleepiness and sleep quality.

Regarding the IMC, the result show that 44% of respondents are overweight and 2% is already in grade I Obesity.

As far as working hours are concerned, 74% of respondents mentioned the morning shift as his preferred and 59% did not consider shift working an advantage. Yet in assessing the interference of the shift working schedule in the professional's extra activities we found that 72% of respondents consider their leisure time to be affected, 78% put their social and family life to second plan, 60% said that it interferes with their personal activities and 83% find it to be the cause of poor nutrition.

But there is more to nourishment. It was found that 52% of respondents think that since the time they have available is not suitable for a good meal the frequency of irregular meals increases especially for breakfast with only 47% said always to take.

With regard to the consumption of stimulants the most consumed is coffee, since more than half (53%) of respondents say to have every day, it's followed by the consumption of tobacco, which 44% of respondents said to consume on a regular basis too. As for the physical exercise 68% of respondents are not practicing.

Sintomatologia Depressiva e Sono

In the presence of depressive symptomatology, it turns out that the majority of respondents (68%; n = 68) present a minor depressive symptomatology, 24% present slight depression and 8% (n = 8) present moderate depression.

The determination of daytime sleepiness, it was found that 28% (n = 28) of respondents have little daytime drowsiness, 65% have moderate daytime sleepiness and 7% presented excessive daytime sleepiness. As to the sleep quality, it turns out that 18% of the respondents have a good quality of sleep, 53% have poor-quality sleep and 29% of those polled present sleep disorder.

These evidences led to the conclusion that there is a strong relationship between sleep and depressive symptomatology, that the schedule shift work interferes with the quality of life of individuals and that the only way to intervene is on prevention through encouraging workers to healthy living habits and periodic monitoring of their State of health.

Keywords: depressive symptomatology; Sleep; Shift work.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, onde quer que estejam, pela inspiração e motivação.

Aos meus avós, pelo carinho, pela confiança e acima de tudo por tornarem esta graduação possível.

Ao Hugo, pela disponibilidade de todas as horas e o apoio incondicional.

Aos meus amigos, em especial , à Tânia Figueiredo e ao Tiago Santos, pelos laços de amizade criados.

Ao Pessoal do hospital de S. Teotónio, em especial á Enf^a. Ana Maria Caseiro pela grande ajuda na entrega e recolha dos questionários.

À minha orientadora, Professora Doutora Raquel Silva, pela disponibilidade e conhecimentos transmitidos.

ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO	1
II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1. RITMOS BIOLÓGICOS E CRONOBIOLOGIA	3
2. RELAÇÕES ENTRE RITMOS.....	5
2.1 <i>O Trabalho por turnos como perturbador do ciclo circadiano</i>	<i>6</i>
3. O SONO.....	7
3.1 <i>As fases do Sono</i>	<i>8</i>
3.2 <i>Funções do sono</i>	<i>11</i>
3.3 <i>Sono e produção hormonal</i>	<i>11</i>
3.4 <i>Alterações do sono com a idade.....</i>	<i>13</i>
3.5 <i>Efeitos da privação do sono</i>	<i>14</i>
3.5.1 <i>Distúrbios metabólicos: Obesidade/ Excesso de Peso e Diabetes.....</i>	<i>14</i>
3.5.2 <i>Alterações cognitivas.....</i>	<i>15</i>
3.5.3 <i>Doenças cardiovasculares.....</i>	<i>16</i>
3.5.4 <i>Sintomatologia depressiva.....</i>	<i>17</i>
3.6 <i>Perturbações do sono</i>	<i>18</i>
3.6.1 <i>Insónia</i>	<i>18</i>
3.6.1.1 <i>Insónia e depressão.....</i>	<i>19</i>
3.6.1.2 <i>Tratamento farmacológico e não farmacológico da insónia.....</i>	<i>20</i>
3.6.1.3 <i>Tratamento da insónia como alívio da sintomatologia depressiva ..</i>	<i>21</i>
3.6.2 <i>Apneia do sono</i>	<i>22</i>
3.6.3 <i>Narcolepsia</i>	<i>23</i>
3.6.4 <i>Hipersónia.....</i>	<i>24</i>
3.6.5 <i>Outras perturbações</i>	<i>25</i>
3.7 <i>Hábitos e Abusos: Efeitos na qualidade do sono</i>	<i>26</i>
3.7.1 <i>Tipo de Alimentação</i>	<i>27</i>
3.7.1.1 <i>Café, tabaco e álcool.....</i>	<i>28</i>
3.7.2 <i>Exercício físico</i>	<i>28</i>
4. OS COMPORTAMENTOS DEPRESSIVOS.....	29
4.1 <i>A depressão</i>	<i>30</i>
4.1.1 <i>Causas.....</i>	<i>31</i>

Sintomatologia Depressiva e Sono

4.1.2 Sintomatologia depressiva.....	31
4.1.3 Tratamento.....	32
4.1.4 Depressão infantil.....	32
4.1.5 A depressão em mulheres.....	34
III - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	36
1. TIPO DE ESTUDO.....	36
2. MEIO DE ESTUDO	36
3. AMOSTRA	36
4. METODOLOGIA	37
5. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	38
IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	39
1. RESULTADOS	39
1.1 <i>Idade</i>	39
1.2 <i>Sexo</i>	39
1.3 <i>Índice de Massa Corporal</i>	39
1.4 <i>Estado civil</i>	41
1.5 <i>Profissão</i>	42
1.6 <i>Número de filhos</i>	43
1.7 <i>Anos em trabalho por turnos</i>	43
1.8 <i>Preferência de horário de trabalho</i>	44
1.9 <i>Avaliação da situação social e familiar</i>	45
1.10 <i>Impacto do horário de trabalho na alimentação</i>	46
1.11 <i>Sintomatologia depressiva</i>	49
1.12 <i>Qualidade do sono</i>	49
2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	54
V - CONCLUSÃO	59
VI - BIBLIOGRAFIA	60
VII - ANEXOS	66
ANEXO I - QUESTIONÁRIO	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Preferência de horário de trabalho	44
Gráfico 2 - Opinião acerca do trabalho por turnos ser ou não vantajoso.	45
Gráfico 3 - Interferência do trabalho por turnos no tempo de lazer, na vida social e familiar, nas atividades pessoais e na alimentação	46
Gráfico 4 - Frequência de refeições.....	47
Gráfico 5 - Resposta à pergunta “Sente que o tempo que tem disponível é adequado a uma boa refeição?”	47
Gráfico 6 - Consumo de substâncias estimulantes	48
Gráfico 7 - Prática de exercício físico	48
Gráfico 8 - Prevalência da sintomatologia depressiva.....	49
Gráfico 9 - Sonolência Diurna.....	50
Gráfico 10 - Padrões de sono durante a semana e ao fim de semana	53

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra em função idade	39
Tabela 2 - Caracterização da amostra em função do IMC	40
Tabela 3 - Caracterização da amostra em função da idade e do IMC	40
Tabela 4 - Caracterização da amostra em função da idade e IMC para cada sexo.....	41
Tabela 5 - Caracterização da amostra em função do estado civil.....	42
Tabela 6 - Caracterização da amostra em função da profissão.....	42
Tabela 7 - Caracterização da amostra em função do número de filhos.....	43
Tabela 8 - Distribuição da amostra em função do tempo de trabalho por turnos.....	44
Tabela 9 - Padrões de sono durante a semana e ao fim de semana	52

I - INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, as pesquisas relacionadas com o sono e a sintomatologia depressiva têm proliferado intensamente, sendo cada vez mais um campo de interesse e de relevância na comunidade científica. Atualmente, a relação desses quadros nosológicos têm recebido especial atenção dos investigadores pelas implicações que a compreensão dessa relação tem no campo preventivo das desordens emocionais e comportamentais quer do adulto, quer da criança (Rebelo Pinto, 2010).

Com o crescente número de atividades e obrigações a que as pessoas estão sujeitas, muitas vezes é imposto às mesmas, um padrão de sono irregular e insatisfatório (Costa, 2010).

Por tudo isso, os estudos desenvolvidos neste âmbito primeiramente procuram conhecer as especificidades de cada patologia, para que com este conhecimento seja mais fácil a compreensão da relação que os une (Kallestad *et al.*, 2012).

Assim, e quanto ao sono, este assume-se como um elemento fundamental para a recuperação física e psicológica do ser humano. É considerado um estado de repouso normal e periódico que se caracteriza especialmente pela suspensão da consciência, pelo relaxamento dos sentidos e dos músculos, pela diminuição do ritmo circulatório e respiratório e pela atividade onírica. Por tudo isso, constitui-se uma necessidade física primordial para uma vida salutar, que permite a restauração física e protege o ser humano do desgaste natural das horas em que permanece acordado (Paiva, 2008).

Os distúrbios do sono caracterizam-se essencialmente pela dificuldade em iniciar e manter o sono, despertar noturno, sonambulismo e por sonolência diurna, que por sua vez estão associados com a diminuição da capacidade de concentração, baixa energia e lentificação psicomotora (Paiva, 2010). Curiosamente, essa sintomatologia é comum a várias desordens emocionais, como a depressão, o que explica a comorbilidade entre esses quadros nosológicos (Landsness, 2011)

Relativamente à depressão, segundo o último relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão situa-se em quarto lugar entre as principais causas de

Sintomatologia Depressiva e Sono

morbilidade entre todas as doenças, e as perspectivas futuras são ainda mais sombrias. Se persistir a incidência da depressão, até 2020 ela passará para segundo lugar, e, somente a doença isquémica cardíaca a transporá.

Os sintomas passam por alterações no apetite levando a modificação de peso, perturbações do sono e comprometimento da atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou de culpa, dificuldade em raciocinar, concentrar-se ou em tomar decisões, pensamentos recorrentes a propósito da morte, planos ou tentativas suicidas, em que 4 sintomas adicionais, presentes em todos os dias num período mínimo de duas semanas consecutivas, poderão levar a um diagnóstico de depressão major (Kircanski, 2012).

Há vários tipos de depressão, podendo ser de maior gravidade (com um ou mais episódios em que a depressão é intensa, e se torna incapacitante), disrítmica ou crónica (com menor intensidade, mas mais duradoura) ou ligeira (menor intensidade e persistência dos sintomas). Em qualquer das situações, a procura de ajuda de um profissional de saúde mental é fundamental. A brevidade nesta procura poderá prevenir situações de maior gravidade, quanto mais cedo se recorrer a uma psicoterapia ou terapia farmacológica (com apoio de médico psiquiatra), menores serão os danos para a vida das pessoas (Kircanski, 2012).

O objetivo deste estudo foi identificar sintomatologia depressiva e o padrão do sono, em função da idade e do sexo do sujeito.

II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Ritmos biológicos e Cronobiologia

A Cronobiologia é o ramo da Ciência dedicado ao estudo da Biologia em função do Tempo. Mais especificamente, os ritmos e os fenómenos físicos e bioquímicos, cíclicos e periódicos que ocorrem nos seres vivos (Vitaterna, 2005).

Os fenómenos cíclicos e regulares ocorrem no mundo em geral ao qual pertencemos, o ciclo dia-e-noite, as estações do ano, o fenómeno cíclico das marés. Os exemplos são inúmeros. Cada uma destas atividades cíclicas e periódicas tem impacto sobre a Vida e suas manifestações são diversas. Cada fator ambiental que determina a natureza deste impacto é denominado *Zeitgeber*, (sincronizador ou temporizador). Por exemplo, há seres cuja atividade é noturna e outros cuja atividade é diurna, que são assim definidas pelas condições da iluminação: o *Zeitgeber* (Vitaterna, 2005).

Se seres noturnos forem expostos a certas condições de iluminação, o seu comportamento iria certamente modificar. Ou seja a sua verdadeira natureza iria ser mascarada. Por exemplo, a importância da regularidade da alimentação como um dos mais poderosos sincronizadores (*Zeitgeber*) metabólicos existentes, que modula a atividade do relógio biológico em condições de privação de estímulos externos. Se alterarmos o ritmo da alimentação iremos “mascarar” tudo aquilo que se lhe decorre. Os nossos ritmos hormonais, por exemplo, vão manter-se constantes se nos alimentarmos regularmente, mesmo na ausência do ciclo dia-noite, mas podem alterar-se se mudarmos esta regularidade (Vitaterna, 2005).

Segundo Silva (2007), os ritmos biológicos podem ser classificados em: ultradianos (apresentam um período com uma duração inferior a 24 horas, normalmente compreendido entre os 30 minutos e as 20 horas e a sua frequência é superior a 1 ciclo por dia, como por exemplo: a frequência cardíaca e respiratória, os diferentes estados do sono); infradianos (o seu período está compreendido entre as 28 e as 60 horas e a sua frequência é inferior a 1 ciclo por dia, como por ex: o ciclo menstrual); circadianos (referem-se a ritmos cujo período é de cerca de um dia ou 24 horas compreendido entre as 20 e as 28 horas e têm uma frequência de um ciclo por dia,

Sintomatologia Depressiva e Sono

como por exemplo: o sono-vigília, a temperatura corporal, o cortisol e cálcio plasmático, as mitoses celulares, o potássio urinário, o humor, o esforço percebido, a força muscular ou a velocidade de reação visual.) (Silva, 2007).

O processo circadiano envolve 24 horas de atividade biológica autossustentável. Os ciclos circadianos periódicos (24 horas) desempenham um papel importante da produção hormonal e no comportamento do ser humano (Antunes, *et al.*, 2010)

Normalmente o ciclo sono/ vigília, a temperatura e os ciclos de melatonina estão internamente sincronizados com uma relação de fase estável. Quando há uma dessincronização entre o ciclo sono/ vigília e o ritmo circadiano, como acontece em casos de jet-lag ou trabalho por turnos podem ocorrer distúrbios do sono como insônia (Kolla e Auger, 2011)

Devidamente cronometrada, a luz é eficaz na recalendarização do ritmo circadiano e o padrão do sono alterado para o momento mais desejado, amenizando assim certos distúrbios (Paiva e Penzel, 2011).

Esta ritmicidade resulta de influência de fatores de natureza endógena (relógio biológico interno) e de natureza exógena (hábitos dos indivíduos e periodicidade ambiental), variando desde milésimos de segundo (atividade neuronal) até meses (ciclo menstrual) ou anos, embora a mais comum seja aquela que corresponde ao período de cerca de um dia (sono-vigília) (Minors e Waterhouse, 1985 *cit. in* Silva, 2007)

Deste modo, os organismos vivos possuem um “relógio biológico”, isto é, um sistema temporal interno, que lhes permite mais do que responder às oscilações ambientais, poder antecipá-las (Paiva e Penzel, 2011).

2. Relações entre ritmos

O ciclo sono/ vigília, a regulação da temperatura corporal e os ciclos de melatonina são cronometrados pelo relógio biológico humano. Sabe-se, por exemplo, que o máximo de sonolência coincide com pico de excreção de melatonina (Rea, 2012).

O principal período de sono, em indivíduos com padrões de sono normais, ocorre durante a noite, iniciando-se pelas 23 horas e o despertar pelas 7 horas. O aparecimento de melatonina surge cerca de 2 horas antes do início do sono e cerca de 7 horas antes da temperatura corporal mínima. A excreção de melatonina atinge um pico máximo entre a 1h e as 3h da manhã e em seguida diminui para níveis praticamente indetectáveis até perto das 9 h (Paiva, 2008).

A temperatura corporal aumenta ao início da noite e diminui entre as 3 e as 6 da manhã, quando o início do sono ocorre entre 5 a 6 horas antes. Em adultos jovens saudáveis com padrões de sono normais, verificou-se isso mesmo, ou seja, existem fortes associações entre a compensação de melatonina, a temperatura corporal mínima e a hora do despertar (Paiva, 2008).

Nos seres humanos, o “pacemaker” circadiano está localizado no núcleo supraquiasmático, no sistema nervoso central, sendo este uma pequena estrutura do hipotálamo anterior, acima do quiasma ótico. O SNC gera um ritmo endógeno com a duração de aproximadamente 24,2 horas (ou tempo necessário para completar um ciclo completo) (Soares, 2010).

O ciclo circadiano é movido pela informação dada pelo período luz/ escuridão que é transmitido ao SNC através do nervo ótico (tracto retino-hipotalâmico, RHT). Assim, as informações claras/escuro são convertidas em potenciais de acção pelos fotorreceptores da retina e transmitidos ao SNC pelo RHT. A glândula pineal do SNC é responsável pelo início de libertação da melatonina (Rea, 2012).

Estudos iniciais demonstraram o efeito da luz branca brilhante em suprimir a melatonina e em alterar a mudança de fase da melatonina e a temperatura corporal no ciclo circadiano humano. Recentemente, foi demonstrado que o sistema circadiano é

mais sensível ao menos comprimento de onda (luz azul e verde) do que a comprimentos de onda maiores (luz vermelha). Assim, o momento, a intensidade e a duração da luz é capaz de arrastar o pacemaker circadiano. (Paiva e Penzel, 2011)

2.1 O Trabalho por turnos como perturbador do ciclo circadiano

O estabelecimento do horário de trabalho é uma questão-chave na organização do trabalho, uma vez que é a condição básica que liga capacidades humanas com os meios de produção. Esta questão tem adquirido uma importância crescente nas últimas décadas devido ao desenvolvimento de novas tecnologias e à extensão de serviços básicos à população em geral nomeadamente na área da saúde, que necessitam de assistência humana contínua e controlo 24 horas por dia (Costa, 2010)

Outra dessincronização autoimposta do ciclo circadiano endógeno como o sono ocorre cronicamente durante o trabalho por turnos, o que resulta em insónias durante o tempo que os trabalhadores têm para dormir e em sonolência excessiva durante as horas em que têm de trabalhar durante a noite (Kolla e Auger, 2011)

Estima-se que cerca de 5 a 10 % da população tem horários de trabalhos alternados, o que resulta no trabalho noturno, que ocorre normalmente entre as 22h e as 6H. Desse trabalhador, cerca de 60% revelarem ter algum tipo de perturbação de sono, sendo que os trabalhadores mais jovens são capazes de tolerar melhor essas perturbações comparativamente com trabalhadores mais velhos (Costa, 2010).

Durante o turno da noite, os trabalhadores precisam de estar em alerta, mas ao mesmo tempo a sonolência está a aumentar e a temperatura corporal está a diminuir, de acordo com o relógio biológico. Assim sendo, o trabalhador noturno tente iniciar o seu sono apenas por volta das 8 ou 10 horas. A essa hora, a temperatura corporal está aumentada, assim como a dificuldade em adormecer, adquirindo um sono fragmentado e reduzido entre duas a quatro horas (Kolla e Auger, 2011).

Esta fatia da população trabalhadora, não só tem que lidar com a sonolência diurna, mas também com o ruído e com os compromissos sociofamiliares (Lowden, 2010)

Devido á pressão social e familiar, os trabalhadores por turnos tentam muitas vezes praticar horários normais em dias de folga ou fins de semana, o que significa estar ativo durante o dia e tentar dormir á noite, mas nunca conseguem ajustar os seus hábitos de sono aos horários de trabalho e da família (Gruber, 2010)

Assim, o impacto negativo associado ao trabalho por turnos surge aquando do trabalho noturno, ocorrem distúrbios do sono, diminuição da saúde física e psicológica e a uma vida social e familiar dos trabalhadores perturbadas. Além da insónia durante o dia, a sonolência durante a noite, pode levar ao mau desempenho e baixa produtividade, favorecendo deste modo possíveis acidentes de trabalho e insatisfação profissional. (Gruber, 2010)

3. O Sono

De acordo com Paiva, 2008, o sono é um período de repouso para o corpo e a mente, durante o qual a volição e a consciência estão em inatividade parcial ou completa e as funções corporais estão parcialmente suspensas; é um estado comportamental caracterizado por uma postura imóvel e uma sustentabilidade reduzida, porém facilmente reversível em relação a estímulos externos (Paiva, 2008).

Sabemos, atualmente, que a falta de sono tem sérias consequências. Acordamos cansados ou exaustos dependendo do número de horas que ficamos acordados e do tipo de atividade que desempenhamos. Ficamos irritados, mal-humorados e stressados podendo mesmo ter lapsos de memória. Ao longo do dia irão ocorrer períodos de muita sonolência, o raciocínio pode ficar mais lento e pode haver dificuldades na concentração (Paiva, 2008)

Os jovens são os mais sensíveis, existem estudos que demonstram que este grupo etário, quando privado do sono apresentam redução do metabolismo das regiões frontais do cérebro, responsáveis pelo planeamento e execução das tarefas. Essas alterações metabólicas atingem também o cerebelo, que é o órgão responsável pelos nossos movimentos mais delicados e precisos, este deixa de funcionar na perfeição afetando, inclusive o equilíbrio corporal. Ao nível educacional, a falta de sono prejudica a atenção e dificulta a aprendizagem (Costa, 2010).

A longo prazo, os efeitos da privação do sono são ainda mais nocivos, pois pode ocasionar doenças cardiovasculares, doenças gastrointestinais e doenças metabólicas como a diabetes e desregulação dos níveis de colesterol e triglicérides. Uma outra situação possível é a alteração repentina do peso, pode conduzir à obesidade ou emagrecimento excessivo (Paiva, 2008).

As pessoas que dormem mal sistematicamente tendem a sofrer de envelhecimento precoce, isto acontece porque durante o sono o nosso organismo produz, ao longo de toda a vida, hormonas de crescimento. Até, aproximadamente, aos 20 anos, essas hormonas são utilizadas na íntegra, a partir dessa idade apenas cerca de 10%. O importante é que em qualquer idade essas hormonas desempenham um papel relevante na regeneração celular. A falta dessa regeneração, ocasionada pela privação do sono ao longo de muito tempo torna-se um fator de envelhecimento (Kallestad , *et al.*, 2012)

O sono reflete, também, as condições de vida, existem relatos de pessoas que viveram situações traumáticas e sentem uma grande dificuldade em relaxar e dormir.

O sono normal é reparador. Para muitas enfermidades, o sono é um ingrediente fundamental para o restabelecimento da cura (Costa, 2010).

3.1 As fases do Sono

O ser humano adapta-se ao ciclo de 24 horas de luz e escuridão através do seu relógio interno chamado ciclo circadiano. Este, determina que um adulto tenha um longo período de sono que deverá durar em média cerca de oito horas (variando entre as seis e as nove horas todas as noites). Contrariamente ao que se pensa, o sono é um processo muito ativo e organizado (Paiva, 2008)

Cada indivíduo deve determinar as suas próprias necessidades de sono, que são muito variáveis. Quando uma pessoa dorme um número adequado de horas, acorda descansada e é capaz de se manter em alerta durante todo o dia (Gruber, 2010).

Sintomatologia Depressiva e Sono

A profundidade do sono e as suas características variam ao longo da noite. Essas variações, contudo, seguem um padrão pré-determinado.

Os adultos jovens com boa saúde geralmente adormecem dez a vinte minutos após se deitarem. Depois disso o seu sono inicia um ciclo de cinco estágios diferentes, que se repetem ao longo da noite (Paiva e Penzel, 2011).

Quando se inicia o sono os pensamentos tornam-se vagos e a percepção do mundo exterior fica reduzida, esta é a Fase I, fisiologicamente causado pela libertação de melatonina (Paiva e Penzel, 2011).

Cerca de 50% a 60% do tempo de sono são gastos na fase II , uma fase de sono relativamente superficial em que podemos acordar facilmente. É caracterizada pela diminuição dos ritmos cardíacos e respiratórios, relaxamento muscular e diminuição da temperatura corporal (Paiva e Penzel, 2011).

A fase III e a fase IV são de sono profundo, ocorre libertação de GH (hormona do crescimento) e leptina, o cortisol começa a ser libertado (sono profundo), atingindo o seu pico ao início da manhã. Assim, estes estágios exigem estímulos externos mais profundos para nos acordar e ocorrem principalmente durante a primeira metade da noite. Todos estes estágios são denominados, conjuntamente, Sono NREM (no rapid eye movements), ou seja , sono que não apresenta movimentos rápidos dos olhos (Paiva e Penzel, 2011).

O Sono REM (rapid eye movement) ou sono paradoxal, ocorre aproximadamente a cada 90 minutos, durante a noite, ou seja, cada pessoa costuma ter quatro a cinco episódios de sono REM por noite. Este sono tem sido associado aos sonhos, porque as descrições mais vivas e os sonhos mais estranhos acontecem durante esses períodos, embora imagens mentais possam ocorrer ao longo de toda a noite. Cerca de 80% das pessoas que acordam durante o sono REM lembram-se das imagens vividas durante esse período, por outro lado, apenas 10 % dessas pessoas se lembram vagamente de sonhos quando acordam durante o sono NREM (Paiva e Penzel, 2011).

Esses ciclos coincidem com registos electroencefalográficos (registo das actividades eléctricas da superfície do cérebro) , electrooculográficos (registo dos movimentos

Sintomatologia Depressiva e Sono

dos olhos) e electromiográficos (registo da actividades electricas do músculo ao contraírem (Paiva e Penzel, 2011).

A fase I do sono NREM é caracterizada por ondas de baixa amplitude. Ocasionalmete ocorrem ondas agudas do vértex e o electroculograma evidencia movimentos lentos dos olhos (Paiva e Penzel, 2011).

A fase II revela no electroencefalograma ondas lentas (theta) entrecaladas com ondas não tão lentas (delta) (Paiva e Penzel, 2011).

A fase III é caracterizada pela presença de ondas delta de alta amplitude no electroencefalograma, ocupando aproximadamente 20% a 30% do traçado. Na fase IV as ondas delta ocupam mais de 40% do traçado (Paiva e Penzel, 2011).

O sono REM é bastante semelhante á fase I do sono NREM, mas com a presença de movimentos rápidos dos olhos presentes no registo electrooculográfico (Paiva e Penzel, 2011)

Durante o sono NREM a capacidade metabólica do cérebro reduz-se, fenómeno comprovado por meio de imagens altamente sofisticadas como a PET (Positron emiision tomography). Por outro lado, no sono REM, essa capacidade metabólica do cérebro pode aumentar até 80%, significando assim um aumento da cedência de oxigénio ao metabolismo cerebral (Paiva e Penzel, 2011).

Durante o sono REM, além dos movimentos rápidos dos olhos, ocorrem também fenómenos como atonia muscular, alterações da pressão sanguínea , alterações na frequência cardíaca e respiratória (Paiva, 2008)

3.2 Funções do sono

Segundo Paiva e Penzel, 2011, há várias hipóteses para explicar as variadas funções do sono entre as quais se destacam nove propostas ou hipóteses.

O sono desempenha uma função essencial na manutenção da vigília e da qualidade da vigília, na conservação de energia e promoção de processos anabólicos, nos mecanismos de termorregulação central, na desintoxicação do cérebro, na produção de certas citocinas aumentando a atividade do sistema imunológico específico, no desenvolvimento e na maturação do cérebro, na plasticidade do cérebro e na formação e na consolidação da memória, na regulação de diversos processos metabólicos, como substrato dos sonhos. Estas propostas não são mutuamente exclusivas e o mais certo é que exista uma convergência entre as funções apresentadas (Paiva e Penzel, 2011).

3.3 Sono e produção hormonal

Existe uma relação estreita entre o sono e a produção de diversas hormonas. A primeira a ser produzida é a melatonina, cuja produção começa na epífise pelas 8 horas da noite e vai aumentando progressivamente até às 4 horas da manhã, a partir da hora em que começa a descer.

A produção de melatonina é interrompida pela exposição a luz e o máximo da sua produção coincide com o mínimo de vigília às 4 da manhã. A função da melatonina é avisar o organismo de que são horas de dormir (Soares, 2010).

Coincidente com o primeiro episódio de sono profundo começa a produção da hormona do crescimento, que decorre no primeiro terço da noite, esta hormona (GH) é produzida no lobo anterior da hipófise sendo estimulada pela hormona libertadora da hormona do crescimento (GHRH) e inibida pela somatostatina (Paiva e Penzel, 2011). A libertação de GH ao longo da noite difere entre homens e mulheres, existindo nessas uma produção com vários picos ao longo da noite em vez do pico único inicial; nos idosos produção diminui. A privação do sono e doenças de reduzem o sono profundo reduzem os níveis circulantes de Hormona do crescimento. A hormona libertadora da hormona do crescimento estimula o sono e a somatostatina inibe-o (Han *et al.*, 2012).

Sintomatologia Depressiva e Sono

A prolactina também é produzida pelo lobo anterior da hipófise, sendo como a GH segregada a partir do início do sono, mas, contrariamente a esta, aumenta de forma significativa na segunda metade da noite antes do acordar. A produção de prolactina, hormona anabolizante, aumenta durante o sono profundo e diminui em REM. A prolactina diminui com a idade e com a fragmentação do sono (Paiva e Penzel, 2011).

No final da noite são produzidas duas hormonas importantes, o cortisol, em ambos os sexos e a testosterona, no caso dos homens. O pico diurno de cortisol surge de manhã ao acordar, cerca das 8 horas. Acontece que a privação do sono aumenta os níveis matinais de cortisol e TSH (Hormona estimuladora da tiroide), facilitando assim o risco de hipertensão arterial (Paiva e Penzel, 2011).

A produção de cortisol surge no fim de uma cadeia de estimulação que começa no hipotálamo com a produção da hormona libertadora da corticotropina (CRH), a qual, por sua vez, vai estimular no lobo anterior da hipófise a produção de ACTH (hormona corticotrópica), que estimula a supra-renal a produzir cortisol. A CRH aumenta a vigília e inibe o sono. Todas elas, CRH, ACTH e cortisol reduzem o sono REM (Han *et al.*, 2012).

A hormona estimulante da tiroide (TSH), tem níveis baixos durante o dia e vai aumentando perto do início do sono. A TSH diminui o sono profundo, aumenta nos despertares e também muito significativamente durante a privação do sono (Paiva e Penzel, 2011).

A testosterona tem, como se disse, um pico antes do acordar, e parece estar associada ao sono REM, diminuindo, quando há privação do sono REM. A hormona luteinizante (LH) começa a ser produzida na puberdade. Nos homens aumenta durante o sono, o que não acontece nas mulheres (Paiva e Penzel, 2011).

A insulina, bem como a glicemia diminui durante o sono. A leptina é produzida nos adipócitos e reduz o apetite, o seu pico é entre a meia noite e as 4 da manhã (Paiva e Penzel, 2011).

A grelina é produzida no estômago, facilitando a absorção dos alimentos. Os seus níveis aumentam ao início da noite (Paiva e Penzel, 2011).

A orexina (ou hipocretina) é produzida no hipotálamo e aumenta o apetite alimentar. A sua produção máxima ocorre durante o dia e a privação do sono leva a um aumento desta hormona, a uma maior absorção alimentar por efeito da grelina e a uma redução da leptina que controla o apetite. Esta é uma das cadeias que está na base da relação entre o sono e a obesidade (Paiva e Penzel, 2011; Han *et al.*, 2012).

3. 4 Alterações do sono com a idade

A duração do sono muda intensamente ao longo da vida. Um bebé recém-nascido necessita de cerca de dezasseis horas por dia e as crianças cerca de 10 a 12 horas (Soares, 2010)

Por volta dos 60 anos de idade, o tempo de sono pode reduzir-se para cerca de seis horas, pois ocorre uma redução da atividade delta e das fases III e IV do sono NREM. Por isso as pessoas acordam mais facilmente com estímulos externos, o que resulta numa redução da eficiência do sono ao longo do envelhecimento. As mulheres mantêm normais os estágios III e IV do sono NREM até idades mais avançadas comparativamente com os homens (Paiva e Penzel, 2011; Slater, *et al.*, 2012).

O sono REM permanece inalterado durante toda a vida adulta havendo apenas um declínio em caso de perturbações mentais (Soares, 2010)

É importante relembrar que o sono não é um estado de inatividade cerebral. Os estudos sobre a fisiologia do sono não estão ainda completos, contudo, sabe-se que durante o sono normal as pessoas restabelecem dos desgastes ocorridos durante o dia. Esse restabelecimento conduz a um despertar saudável e conseqüentemente a um dia produtivo (Soares, 2010).

3.5 Efeitos da privação do sono

A capacidade de resistir á privação do sono é muito baixa , quando comparado com outras funções fisiológicas essenciais (Soares, 2011).

A privação do sono está ligada a várias mudanças adversas na atividade metabólica. Por exemplo, os níveis de colesterol sérico (hormona envolvida na resposta ao stress) aumenta, a resposta imune é afetada, diminuindo a capacidade do corpo para processar a glicose, e o controlo do apetite é alterado. Estas alterações metabólicas são também típicas em indivíduos cujo padrão do sono é perturbado devido, por exemplo, ao trabalho por turnos ou a existência de uma outra patologia. Por esta razão, o funcionamento normal do organismo é influenciado pela falta de sono, e com isso certas consequências metabólicas (Kolla e Auger, 2011)

3.5.1 Distúrbios metabólicos: Obesidade/ Excesso de Peso e Diabetes

Os estudos epidemiológicos e laboratoriais efectuados, sugerem que a falta de sono pode desempenhar um papel no aumento da prevalência de diabetes e obesidade. A relação entre a restrição do sono, ganho de peso e o risco de diabetes pode dever-se a alterações no metabolismo da glicose, ao aumento do apetite e a uma diminuição do gasto energético (Flo *et al.*, 2012)

A redução dos períodos de sono está associada a uma redução da tolerância à glicose e a um aumento da concentração de cortisol no sangue. A tolerância à glicose é um termo que descreve a forma como o organismo controla a disponibilidade de glicose sanguínea, para os tecidos e cérebro. Em períodos de jejum, o elevado nível de glicose e insulina no sangue indica que a distribuição da glicose pelo organismo é realizada de forma inadequada. Há evidências que demonstram que a baixa tolerância à glicose é um factor de risco para a diabetes tipo II. Estudos sugerem que a restrição do sono, a longo prazo (menos de 6,5 horas por noite), pode reduzir a tolerância à glicose em 40% (Gruber, 2010 ; Mullington , *et al.*, 2009).

Um estudo realizado, numa grande população, demonstrou uma relação significativa entre a habitual duração do sono curta e o aumento no índice de massa corporal (IMC). A reduzida duração do sono está associada a alterações nas hormonas que controlam a fome; por exemplo, os níveis de leptina (acção na redução do apetite) baixam, enquanto os níveis de grelina (acção estimulante do apetite) aumentam. Estes efeitos observam-se quando a duração do sono é inferior a 8 horas. Esta situação sugere que a privação de sono é um factor de risco para a obesidade. Num estudo realizado numa população masculina saudável, descobriu-se que uma média de 4 horas de sono está associada a um desejo significativo de alimentos calóricos, com um conteúdo mais elevado de hidratos de carbono (alimentos doces, salgados e ricos em hidratos de carbono complexos). Estes indivíduos também manifestaram ter mais fome (Gruber, 2010; Mullington , *et al.*, 2009).

É necessário ter em consideração que quantas menos horas se dormem, mais tempo se tem para comer e beber. Existem estudos que mostram que este é um fator que contribui para os aspectos obesogénicos da redução do número de horas de sono (Flo, *et al.*, 2012).

Está também determinado que os indivíduos com menos horas de sono apresentam menor probabilidade de serem fisicamente ativos, o que leva a um menor gasto energético (Antunes, L. *et al.*, 2010)

Se o aumento do apetite, e do desejo de comer, se associar a uma redução da atividade física, torna-se claro o importante papel que o sono desempenha na gestão do peso corporal (Flo , *et al.*, 2012; Mullington , *et al.*, 2009).

3.5.2 Alterações cognitivas

A privação do sono constitui é um grande perigo para a segurança pública, por exemplo. A Sonolência pode diminuir o tempo de reação, tanto quanto conduzir embriagado. A Administração Nacional de Segurança do Tráfego Rodoviário nos Estados Unidos estima que a fadiga é uma causa em 100.000 acidentes de automóvel e 1.550 mortes relacionadas com acidentes ao longo de um ano nos EUA. O problema é maior entre jovens com menos de 25 anos de idade (Slater, *et al.*, 2012)

A perda de sono e sono de má qualidade também podem levar a acidentes e lesões no trabalho. Um estudo feito por Slater, et al., 2012, concluiu que os trabalhadores que se queixaram sobre sonolência diurna excessiva tinham significativamente mais acidentes de trabalho (Slater, *et al.*, 2012).

O sono desempenha um papel crítico na aprendizagem. A falta de sono de qualidade prejudica esses processos cognitivos de muitas maneiras. Primeiro, prejudica a atenção, o estado de alerta, a concentração, o raciocínio e a resolução de problemas o que faz com que seja mais difícil desempenhar as funções cognitivas de forma eficiente (Flo, *et al.*, 2012). Durante a noite, vários ciclos de sono desempenham um papel na "consolidação" da memória na mente (Paiva, 2008)

3.5.3 Doenças cardiovasculares

Que o sono insuficiente está associado à falta de atenção e défices de desempenho já é amplamente reconhecido. Estudos epidemiológicos sobre as queixas da privação crônica do sono realçam que este está relacionado com o aumento da mortalidade e morbidade por patologias cardiovasculares (Soares, 2010).

Diversos estudos demonstraram que a privação de sono experimental conduz a um aumento da pressão arterial, e até mesmo a perda de uma noite de sono faz aumentar a pressão arterial em indivíduos com hipertensão e pré-hipertensão (Soares, 2010)

Um Estudo utilizando modelos humanos expostos a privação total e parcial do sono, em indivíduos saudáveis que normalmente dormem no gama de 7-8 horas e não têm distúrbios do sono conclui que a privação do sono colocam os indivíduos em risco cardiovasculares o que faz aumentar a morbidade cardíaca.(Flo, *et al.*, 2012).

Tanto do ponto de vista orgânico como de um modo genérico, uma noite de sono bem dormida tem efeitos benéficos para o coração e todo o sistema cardiovascular, proporcionando-lhe o descanso e repouso necessário. O desenvolvimento de rigidez das paredes arteriais (aterosclerose) acompanha-se de níveis elevados de proteína C reativa, que pode ser encontrada em pessoas que não durmam bem (Flo, *et al.*, 2012).

3.5.4 Sintomatologia depressiva

Ao longo do tempo, falta de sono e distúrbios do sono podem contribuir para os sintomas da depressão. O distúrbio do sono mais comum, a insónia, tem o elo mais forte de depressão. Num estudo feito em 2007, a 10.000 pessoas, verificou-se que indivíduos com insónia têm cinco vezes mais hipótese de desenvolver depressão do que os indivíduos com padrão de sono saudável. Na verdade, a insónia é frequentemente um dos primeiros sintomas da depressão (Silva, 2007).

Insónia e depressão estão inteiramente interligados. A perda de sono, muitas vezes agrava os sintomas de depressão, e a depressão pode tornar mais difícil adormecer. O tratamento dos problemas de sono podem ajudar a tratar a depressão e os seus sintomas, e vice-versa (Kallestad, *et al.*, 2012).

Nem todas as pessoas com transtornos depressivos experimentam a mesma sintomatologia. A gravidade, frequência e duração dos sintomas variam de indivíduo para indivíduo e com a doença particular de cada um (Goldberg, 2013).

A sintomatologia depressiva é caracterizada por sentimentos persistentes de tristeza, pessimismo, culpa, inutilidade e irritabilidade, perda de interesse em atividades de lazer incluindo a atividade sexual, perda de energia, aumento da fadiga, excesso ou perda de apetite, dificuldade na concentração, pensamentos e tentativas suicidas e ainda perturbações do sono como a insónia ou sonolência excessiva. Assim, a sintomatologia depressiva interfere com a qualidade de vida em geral (Smarr, 2011).

A depressão pode ser eficazmente tratada e os sintomas atenuados. O primeiro passo para a obtenção de um tratamento adequado é consultar um médico. Existem certas condições médicas como viroses ou distúrbios da tireóide podem estar associados a sintomas semelhantes aos dos transtornos depressivos. Assim torna-se necessário um despiste dessas possibilidades através de exames médicos, e se nenhuma condição médica justificar a sintomatologia, inicia-se a avaliação psicológica (Goldberg, 2013).

O álcool e outras substâncias de abuso ou dependência também podem coexistir com a depressão uma vez que os distúrbios de humor e os comportamentos de podem ocorrer juntos ocorrem juntos (Paiva e Penzel, 2011; Luca, 2013).

3.6 Perturbações do sono

As perturbações do sono são alterações na conciliação do sono ou durante o mesmo , ou então alterações relativas á duração do sono , ou comportamentos anormais associados ao sono (Slater, *et al.*, 2012).

Os transtornos do sono subdividem-se em dissonias (caracterizadas por produzir sonolência diurna excessiva ou dificuldade para iniciar e/ou manter o sono) e em parassonias (caracterizadas pela presença de condutas anormais associadas ao sono, tal como é o caso do sonambulismo) (Soares, 2010).

3.6.1 Insónia

Insónia é a falta de sono que ocorre regular ou frequentemente, muitas vezes sem causa aparente, deixando sempre a sensação subjetiva de que o sono é inadequado, insuficiente ou interrompido (Slater, *et al.*, 2012)

A insónia pode não só alterar os níveis de energia e humor, como também trazer ou agravar problemas de saúde, pois o sono é indispensável ao bom funcionamento do nosso sistema imunológico. O cansaço que se acumula ao longo das noites com pouco sono diminui a capacidade mental e a concentração (Luca 2013; Slater, *et al.*, 2012).

Os sintomas mais comuns da insónia são a impossibilidade em dormir o suficiente durante a noite e a dificuldade em adormecer, acordar varias vezes durante a noite, acordar cedo demais e acordar cansado, mesmo tendo dormido uma noite inteira.

A insónia pode ser aguda quando ocorre apenas durante um período limitado de tempo, ou crónica quando se prolonga por duas uma ou mais semanas (Paiva e Penzel, 2011).

Durante o dia, a insónia deixa a pessoa com sensação de fadiga excessiva, baixa concentração, irritabilidade, ansiedade e contrações musculares. Nos casos de insónia aguda, particularmente, pode ocorrer a sensação de extrema sonolência (Kallestad, *et al.*, 2012)

Esta perturbação pode ser classificada como primária ou secundária. A primária é aquela em que não existem outras doenças ou fatores externos que a determine, é psicofisiológica, ou seja, diz respeito ao medo de não ser capaz de adormecer ou de readormecer. Nesse caso, trata-se de uma doença independente que decorre de um factor constitucional e é quase sempre crónica, podendo até ser de origem genética.

A insónia secundária vem associada a uma ou mais patologias de entre as quais se salientam as do foro psicológico, como por exemplo a depressão (Luca 2013, Paiva e Penzel, 2011)

As formas de ocorrência da insónia são caracteristicamente a insónia inicial, que sugere estados de tensão e ansiedade, que se manifestam pela dificuldade em adormecer; a insónia intermédia, que ocorre em muitas doenças neurológicas e psiquiátricas, e expressa-se pelo acordar frequente a meio da noite e a insónia terminal, que é características de doenças efetivas e traduz-se por um acordar matinal precoce. Frequentemente existem misturas de todos os subtipos (Kallestad, *et al.*, 2012).

3.6.1.1 Insónia e depressão

A insónia pode estar associada a alterações psiquiátricas, principalmente à ansiedade e depressão. Geralmente os pacientes com depressão mostram dificuldade em manter o sono, podem até adormecer em horários adequados, sem dificuldade a adormecer. Porém, despertam muito cedo (quatro ou cinco horas da manhã) e a partir dessa hora não conseguem dormir mais. Assim, de manhã levantam-se fatigados, indispostos e desmotivados. Este mal estar permanece durante todo o dia, comprometendo a performance dos indivíduos nas diversas funções como o trabalho e mesmo nos seus relacionamentos sociofamiliares (Kircanski, *et al.*, 2012)

É fácil entender como é que a insónia pode estar ligada à depressão. Quando as pessoas não conseguem dormir, muitas vezes ficam ansiosas por não dormir. Essa ansiedade aumenta o seu potencial para se tornar deprimido. (Kircanski, *et al.*, 2012 ; Luca, 2013)

De facto, descobertas recentes mostram que a insónia muitas vezes mostra-se antes de um surto de depressão, podendo este ser interpretado como um sinal de alerta bastante útil. Apesar disso, a relação é muito mais do que simplesmente causa e efeito. Quando as pessoas têm tendência para a depressão, o risco de depressão recorrente é maior em pacientes que sofrem de insónia do que o dos pacientes que não sofrem. Assim a insónia pode servir como um “gatilho para a depressão” (Kircanski, *et al.*, 2012).

3.6.1.2 Tratamento farmacológico e não farmacológico da insónia

A insónia é um transtorno multidimensional e o seu tratamento deve combinar medidas não farmacológicas e medidas farmacológicas. As estratégias não farmacológicas incluem a higiene do sono e a terapia cognitiva (Ghalichi, *et al.*, 2013).

Em relação à higiene do sono, os pacientes serão aconselhados a realizar exercícios físicos durante a manhã ou nas primeiras horas da tarde, comer uma refeição leve acompanhada de ingestão de água limitada durante o jantar, evitar a nicotina, o álcool e as bebidas que contenham cafeína, providenciar que a cama, o colchão e a temperatura do quarto sejam agradáveis, regularizar a hora de deitar e levantar, utilizar o quarto apenas para dormir (Soares, 2010).

As benzodiazepinas são tranquilizantes com efeito na redução da ansiedade e usados para promover o sono. As benzodiazepinas causam dependência pelo que devem ser utilizados apenas se estritamente necessário e com a devida avaliação médica.

As benzodiazepinas mais utilizadas no tratamento da insónia são as de curta a média duração onde se incluem o alprazolam, oxazepam e lorazepam (Proctor e Bianchi, 2012)

Um avanço significativo no tratamento da insônia veio com o desenvolvimento de medicamentos hipnóticos não benzodiazepínicos, como o zolpidem, zaleplon e eszopiclone. Estes medicamentos têm uma duração de ação mais curta do que muitas benzodiazepinas tradicionais e pode estar associada com menos risco de tolerância e abuso. Também se têm demonstrado úteis nos casos em que a insônia é acompanhada de sintomatologia depressiva ou ansiedade (Proctor e Bianchi, 2012).

A melatonina substância intimamente envolvidos na regulação do ritmo circadiano, também tem sido estudada por ter um efeito hipnótico, mas ainda existem poucos dados para apoiar a sua utilização, no entanto, há evidências de que o ramelteon, um agonista da melatonina, pode ser útil para as dificuldades de iniciar o sono. (Slater, *et al.*, 2012).

Os Antidepressivos tri-cíclicos têm sido muito utilizados para o tratamento da insônia, mas a utilização tem sido limitada por efeitos colaterais indesejáveis anticolinérgicos. A Doxepina em baixas doses (3 a 6 mg), tem a propriedade única entre a classe e parece estar livre de efeitos anticolinérgicos nessas doses. Além disso, parece ter uma eficácia particular para a insônia a manutenção do sono, exibindo os efeitos mais robustas no último terço da noite (Proctor e Bianchi, 2012)..

O sistema hipocretina / orexina foi identificado como um possível alvo. Almorexant, um antagonista hipocretina / orexina evidência apresentada de eficácia durante os ensaios clínicos de Fase III, mas esses ensaios foram recentemente descontinuado devido ao seu perfil de efeitos colaterais (Proctor e Bianchi, 2012).

3.6.1.3 Tratamento da insônia como alívio da sintomatologia depressiva

As últimas descobertas ajudaram a melhorar as estratégias de tratamento. As evidências mostram que o tratamento de problemas de sono podem aliviar os sintomas depressivos e até mesmo prevenir possíveis recaídas. Num estudo realizado a 56 pessoas que sofriam de depressão e insônia e que praticavam psicoterapia apenas para os problemas do sono, revelou que os sintomas de depressão diminuíram em mais de metade das pessoas, mesmo que o seu tratamento não tenha tido como alvo a depressão (Kallestad, *et al.*, 2012).

Outro estudo, com 545 pacientes, verificou que pacientes deprimidos e com insônia que foram tratados com antidepressivos e ansiolíticos, tiveram melhores resultados do que os pacientes tratados apenas com antidepressivos. As pessoas tratadas por ambos dormiram melhor atenuando a sua sintomatologia depressiva mais do que os pacientes que faziam monoterapia antidepressiva. Ambos os estudos oferecem fortes evidências que o tratamento da insônia é importante não sendo existindo como patologia isolada, mas também quando associada a patologias crônicas como a dor, depressão, cancro e outras doenças coexistentes (Kallestad, *et al.*, 2012).

3.6.2 Apneia do sono

A apneia do sono é um distúrbio que afeta aproximadamente 24% dos homens e 9% das mulheres. Esta caracteriza-se por uma interrupção momentânea da respiração durante o sono, resultando numa pior qualidade do sono e num maior cansaço durante o dia (Slater, 2012).

A apneia durante o sono pode ser obstrutiva ou central. A apneia Obstrutiva deve-se a uma obstrução nas vias respiratórias superiores. A apneia central é causada por uma disfunção na zona do cérebro que controla a respiração. Na apneia obstrutiva durante o sono, surge uma baixa concentração de oxigénio no sangue e concentrações altas de anidrido carbónico, o que reduz a sensibilidade do cérebro a tais anomalias, juntando um elemento da apneia central á apneia obstrutiva (Soares, 2010).

A apneia obstrutiva do sono geralmente ocorre em homens obesos, que na sua maioria, dormem de costas. A obesidade, o envelhecimento dos tecidos corporais e outros fatores levam ao estreitamento das vias respiratórias superiores. O risco de desenvolver apneia obstrutiva durante o sono está aumentado em caso de indivíduos fumadores, consumidores de bebidas alcoólica em excesso ou que possuam patologias de origem pulmonar (Soares, 2010).

Existe uma forte ligação entre este transtorno e a obesidade. Vários estudos comprovaram que os indivíduos com apneia do sono têm padrões anormais de sono, o que pode acentuar os distúrbios metabólicos associados a uma privação do sono, tais

como o aumento da fome. Assim, a apneia do sono causada pela obesidade pode, por sua vez, influenciar o apetite e o gasto energético, favorecendo a obesidade (Kallestad, *et al.*, 2012; Bosingnore *et al.*, 2013).

Os sintomas da apneia durante o sono passam essencialmente pelo ressonar, a sensação de sufoco, pausa na respiração, despertares bruscos e o seu tratamento tem que passar pela aquisição de hábitos de vida saudáveis. É fundamental que indivíduos fumadores recorram a cessação tabágica, adotem uma alimentação equilibrada de modo a perderem peso, evitem o consumo de bebidas alcoólicas e pratiquem exercício físico moderado (Paiva e Penzel, 2011).

A terapia farmacológica da apneia durante o sono com tranquilizantes ou sedativos é desaconselhada em pessoas que sofram de falta de ar por serem relaxantes musculares podendo mesmo ocasionar paragens cardiorrespiratórias. Este indivíduos devem usar um aparelho específico durante o sono que ajuda a respirar enquanto dormem. Estes dispositivos aplicam uma pressão positiva nas vias aéreas com auxílio de uma máscara mantendo as vias aéreas abertas e ajuda a regularizar a respiração (Proctor e Bianchi, 2012 ; Paiva e Penzel, 2011; Bosingnore *et al.*, 2013).

3.6.3 Narcolepsia

A narcolepsia é uma desordem do sistema nervoso com causa exata ainda desconhecida. Alguns pacientes com narcolepsia mostram quantidades reduzidas de uma proteína chamada hipocretina, que é produzida no cérebro. O que faz com que o cérebro diminua a sua produção, não foi ainda revelado (Slater, 2012; Kwon, *et al.*, 2013).

Existe a possibilidade da narcolepsia ser desordem autoimune porque sistema imunitário do corpo ataca erroneamente um tecido saudável. Prevê-se que esta patologia também tenha origem genética, já foram identificados genes que foram associados a narcolepsia (Proctor e Bianchi, 2012).

Os primeiros sintomas da narcolepsia geralmente ocorrem pela primeira vez entre os 15 e os 30 anos e os sintomas mais comuns são períodos de extrema sonolência

durante o dia. A capacidade de resistir a esse sono é limitada pelo que tendem mesmo a adormecer em diversas situações do dia a dia. A pessoa acorda do sono narcolético com a mesma facilidade de um sono normal e a sentir-se plenamente revigorada. Poucos minutos após é possível voltar a adormecer (Kwon, *et al.*, 2013; Slater, 2012).

A pessoa sofredora de narcolepcia pode manifestar paroesia momentânea sem perda de consciência, este fenômeno chama-se cataplexia. Podem também ocorrer episódios esporádicos de paralisia do sono, em que, ao adormecer ou imediatamente depois de acordar, a pessoa quer mover-se mas é incapaz de o fazer. As alucinações também podem surgir (Slater, 2012 ; Kallestad, *et al.*, 2012).

A narcolepsia não tem cura, existem apenas tratamentos que pode atenuar os sintomas associados á perturbação que podem ser o uso de medicamentos estimulantes como a efedrina ou o metilfenidrato, nos quais é necessário ajustar uma dose para atenuar efeitos secundários como tremores, hiperatividade e perda de peso (Proctor e Bianchi, 2012 ; Kwon *et al.* , 2013).

Os medicamentos antidepressivos podem ajudar a reduzir os episódios de cataplexia, paralisia do sono e alucinações. Esses antidepressivos incluem a venlafaxina (inibidor selectivo da recaptção da noradrenalina) a fluoxetina, paroxetina ou citalopram (inibidores seletivos da recaptção da serotonina) e os antidepressivos tricíclicos como a imipramina, que é o fármaco de eleição no tratamento da cataplexia (Proctor e Bianchi, 2012).

Embora a doença em si não tenha diretamente consequências graves para a saúde pode produzir um sentimento de temor e propiciar o acontecimentos de acidentes (Slater, 2012).

3.6.4 Hipersónia

A hipersónia é um aumento das horas absolutas do sono aproximadamente em 25% mais do que no padrão de sono normal (Slater, 2012; Bosingnore *et al.*, 2013).

Existem duas categorias principais para a hipersónia, a hipersónia primária ou idiopática e a hipersónia recorrente. Ambas são caracterizadas pelos mesmos sinais e sintomas e diferem apenas na frequência e na regularidade com que os sintomas ocorrem(Slater, 2012).

Hipersónia primária é caracterizada por sonolência diurna excessiva durante um longo período de tempo. A hipersónia recorrente envolve períodos de sonolência diurna excessiva, que podem durar de um a vários dias, e repetir após um ano ou mais. (Slater, 2012).

Existem muitas causas diferentes para a sonolência diurna que não são considerados hipersonia, e há muitas doenças e distúrbios em que a sonolência diurna excessiva é um sintoma primário ou secundário (Slater, 2012; Paiva e Penzel, 2011).

As sensações sonolência diurna são frequentemente associadas a utilização de substâncias comuns, tais como a cafeína, o álcool, e muitos medicamentos. Outros fatores comuns que podem levar à sonolência diurna excessiva, que pode ou não ser considerado hipersonia como o que acontece em regimes de horários de trabalho por trabalho por turnos e pessoas sofredoras de insónia. O trabalho por turnos pode perturbar os ritmos de sono natural do corpo. A insónia pode causar sonolência diurna excessiva devido à falta de sono noturno, e é um transtorno separado(Slater, 2012).

Esta patologia não é muito comum e por vezes quando surge em idade jovem pode ser um sintoma de narcolepsia(Slater, 2012).

3.6.5 Outras perturbações

Durante o sono podem ocorrer movimentos inconscientes, é comum todas as pessoas sentirem por vezes, antes de entrar no sono profundo, um tremor breve e involuntário de todo o corpo(Paiva e Penzel, 2011).

O síndrome das pernas inquietas ou acatasia é uma perturbação bastante comum que costuma aparecer antes de adormecer particularmente em indivíduos com mais de 50 anos. Sobretudo em situações de stress, as pessoas com acatasia sofrem de uma mau

estar nas pernas acompanhado de movimentos espontâneos e incontrolláveis das mesmas. A causa desta perturbação é ainda desconhecida (Paiva e Penzel, 2011).

Os terrores noturnos são episódios de medo acompanhados por gritos a agitação ou até mesmo por sonambulismo. É frequentes estes episódios surgirem durante as fases não REM do sono. Como tratamento, pode ser útil a administração de benzodiazepinas como o diazepam (Kwon, S. *et al.* , 2013; Proctor e Bianchi, 2012).

Os pesadelos afetam crianças e adultos e não são mais que sonhos aterradores normalmente seguidos de um despertar brusco. Este tipo de episódio verifica-se durante o sono REM e são mais frequentes em estados ansiosos, depressivos, febris ou após consumo excessivo de bebidas alcoólicas (Paiva e Penzel, 2011; Soares, 2010).

O sonambulismo é a ato de, de forma semiconsciente, andar durante o sono sem que o individuo se aperceba disso. Estes episódios são mais frequentes na adolescência. Durante o estado de sonambulismo as pessoas não sonham, ao que parece a sua atividade cerebral assemelha-se á de um individuo desperto. Os sonâmbulos raramente se lembram de episódios de sonambulismo ainda que seja frequente tropeçarem em obstáculos e magoarem-se. Não é recomendado o despertar bruscamente o sonâmbulo, uma vez que pode reagir com agressividade. Deve-se assim, desobstruir o caminho do sonâmbulo e manter porta e janelas devidamente trancadas. (Paiva e Penzel, 2011; Soares, 2010).

3.7 Hábitos e Abusos: Efeitos na qualidade do sono

A utilização frequente na vida diária de regimes alimentares errados, por desvio em qualquer sentido, reflete-se, visivelmente no exagerado e deformado aumento ponderal, mas também a nível mental nos défices da cognição, por vezes interpretados como dificuldade na aprendizagem, falta de memória ou incapacidade na performance profissional habitual e rotineira (Soares, 2010).

3.7.1 Tipo de Alimentação

Para se usufruir de um sono profundo e reparador, é fundamental ter um tipo de alimentação cuidada, leve e saudável (Soares, 2010).

Os alimentos, assim como os medicamentos, são constituídos por químicos, naturais ou sintéticos, mais ou menos processados pela indústria alimentar e /ou farmacêutica. Quanto mais processados ou manuseados forem, mais estes produtos químicos podem desencadear efeitos perturbadores da saúde em geral, e no entretanto, vão afetando a normal arquitetura do sono (Soares, 2010).

Como se sabe, a alimentação deve ser bastante variada, privilegiando a dieta mediterrânea evitando abusos de carnes vermelhas, fritos e doces, respeitando assim a pirâmide alimentar reconhecida em todas as estâncias oficiais de saúde. (Soares, 2010).

A terapia nutricional prevê aceder e corrigir todos e quaisquer desequilíbrios dos neurotransmissores. Isto, muitas vezes significa que é necessário assegurar o fornecimento de nutrientes e aminoácidos através do regime alimentar. Por vezes, a solução está nas vitaminas e minerais que atuam como cofatores importantes na produção de neurotransmissores. Por exemplo, o triptofano é um aminoácido essencial e é indutor do sono. Este aumenta a quantidade de serotonina, que induz a sonolência. Está presente nas carnes magras, no peixe, laticínios e algumas frutas e leguminosas. A serotonina é um neurotransmissor com função ativa na regulação do relógio biológico (Soares, 2010; Zamosky, 2009).

A vitamina B6 e o magnésio são outros nutrientes essenciais para que o organismo esteja em pleno na hora de ir para a cama. Ambos estão envolvidos na libertação da serotonina. A vitamina B6 está presente na carne de frango, no atum, na banana, em cereais integrais. O Magnésio está presente em alimentos como o atum, a soja e o tomate (Eby, 2006).

O consumo de alimentos ricos em gordura antes de dormir, além de provocar azia e má digestão, podem causar um sono inquieto (Soares, 2010).

É importante adquirir certos hábitos alimentares para poder disfrutar de um sono tranquilo. Por exemplo alimentos estimulantes como o chocolates, bebidas com cafeína devem ser evitados ao máximo, pelo menos nas quatro horas antecedentes á hora de deitar, uma vez que estimulam o sistema nervoso central (Soares, 2010 ; Gruber , 2010).

3.7.1.1 Café, tabaco e álcool

Outra causa muito frequente da insónia é o uso de neuroestimulantes como o álcool e o café. O álcool é muito usado como indutor de sono, e realmente relaxa e provoca um adormecer mais rápido. Contudo, também gera a superficialização do sono durante a noite, ou seja os estágios de sono profundo ficam reduzidos (Paiva e Penzel, 2011 ; Canellas, 2012).

A ingestão de cafeína, nas suas várias formas, em café, chás ou bebidas energéticas, possui atividade estimulantes que levam à dificuldade em conciliar o sono com horários regulares. Esta dificuldade depende da dose ingerida e da hora do consumo. A concentração de cafeína no sangue pode ser detectada até 6 a 7 horas depois de ingerida pelo que é recomendável não consumir qualquer tipo de estimulante 6 a 7 horas antes do deitar (Soares, 2010).

Uma vez que a insónia é apenas uma manifestação de diversas doenças, nomeadamente, e como já referido, a depressão ou a ansiedade, é importante determinar a causa da perturbação do sono. Assim, o tratamento é direccionado para a causa (doença) e não para o sintoma (insónia) (Kallestad , 2012).

3.7.2 Exercício físico

A prática de exercício físico retarda ou atenua processos de declínio de diversas funções orgânicas uma vez que aumenta a capacidade respiratória, do funcionamento cardíaco, aumenta a força e a reacção muscular, ajuda na memória recente e na cognição e facilita as habilidades sociais (Hirshkowitz, 2013).

O exercício físico deve ser usado de forma preventiva, ou seja antes da doença apresentar manifestações clínicas. No caso de intervenções de reabilitação, o exercício deve ser programado atendendo às necessidades de cada pessoa (Hirshkowitz, 2013).

O exercício físico deve ser mantido regularmente durante toda a vida para que se possa usufruir de uma boa qualidade de vida e no aumento da longevidade. (Soares 2010).

Durante a realização de exercício físico, ocorre liberação da bendorfina e da dopamina pelo organismo, propiciando um efeito tranquilizante e analgésico em praticantes de exercício físico regular. A sua prática faz também manter um equilíbrio psicossocial e mais estável a ameaças do meio externo (Hirshkowitz, 2013).

É importante destacar a diferença entre atividade física e de exercício físico. A atividade física é uma expressão genérica que define por qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta num gasto de energia maior do que o gasto em repouso. O exercício físico, um componente da atividade física, é uma atividade planeada, estruturada e repetitiva que tem o objetivo final de aumentar ou manter a saúde e a aptidão física (Hirshkowitz, 2013).

4. Os comportamentos depressivos

Os comportamentos depressivos são cada vez mais evidentes na sociedade atual e ocorrem normalmente, a partir da adolescência sendo mais frequente em mulheres. Esta sintomatologia intervém com a saúde em geral, seja nos estados nutricionais, psicológicos e até mesmo, dentro da área abordada com a qualidade do sono (Costa, 2010).

Há diversas situações na vida humana, em que as emoções persistem ao longo do tempo, impedindo a adaptação às exigências do quotidiano, acabando por ter um impacto no bem estar individual, nas relações pessoais, bem como no desempenho das atividades profissionais e ocupacionais. Nestas situações a tristeza pode dar lugar á depressão clínica (Soares, 2010).

4.1 A depressão

Transtorno depressivo maior ou depressão maior, é caracterizado por uma combinação de sintomas que interferem com a capacidade da pessoa trabalhar, dormir, estudar, comer e desfrutar de atividades de lazer. A depressão maior é incapacitante e impede uma pessoa de funcionar normalmente. Algumas pessoas podem ter apenas um único episódio ao longo vida, mas muitas vezes uma pessoa pode ter episódios múltiplos (Goldberg, 2013).

O transtorno distímico, ou distímia , caracteriza-se por sintomas a longo prazo (2 anos ou mais) que não podem ser graves o suficiente para incapacitar uma pessoa, mas pode impedir o funcionamento normal ou se sentindo bem. As pessoas com distímia também podem experimentar um ou mais episódios de depressão durante suas vidas (Luca, 2013; Goldberg, 2013).

A depressão Menor é caracterizada pela duração curta da sua sintomatologia, cerca de duas semanas. Sem tratamento, as pessoas com depressão Menor estão em alto risco de desenvolver transtorno depressivo maior (Gusmão, 2005).

Outros exemplos de depressão são por exemplo a depressão pós-parto , as mudanças hormonais, físicas e o assumir de uma nova responsabilidade pode ser esmagadora. Estima-se que 10 a 15 por cento das mulheres sofrem de depressão pós-parto após o parto (Goldberg, 2013).

O Distúrbio afetivo sazonal (SAD) , que se caracteriza pelo aparecimento de depressão durante os meses de inverno, quando há menos luz solar. A depressão geralmente é impercetível durante a primavera e o verão (Luca, 2013).

O transtorno bipolar , também chamado de doença maníaco-depressiva, é caracterizado por alterações bruscas de humor de elevações extremas (por exemplo, mania) para níveis extremamente baixos (por exemplo, depressão) (Goldberg, 2013).

4.1.1 Causas

Muito provavelmente, a depressão é causada por uma combinação de factores biológicos, genéticos, ambientais e psicológicos (Kirkcanski *et al.*, 2012).

As doenças depressivas são desordens do cérebro. Exames de diagnóstico como a Ressonância magnética (MRI), têm demonstrado que o cérebro de pessoas que sofrem de depressão é diferente do que as pessoas sem depressão. As partes do cérebro envolvidas no humor, pensamento, sono, apetite e comportamento parecem diferentes. Estas imagens não revelam a causa da depressão e também não podem ser utilizados para diagnosticar a doença. Alguma pesquisa genética indica que a depressão pode estar associada a presença de determinados genes que agem em conjunto com factores externos (Goldberg, 2013 ; Luca, 2013).

4.1.2 Sintomatologia depressiva

Nem todas as pessoas com transtornos depressivos experimentam a mesma sintomatologia. A gravidade, frequência e duração dos sintomas variam de indivíduo para indivíduo e com a doença particular de cada um (Goldberg, 2013).

A sintomatologia depressiva é caracterizada por sentimentos persistentes de tristeza, pessimismo, culpa, inutilidade e irritabilidade, perda de interesse em atividades de lazer incluindo a atividade sexual, perda de energia, aumento da fadiga, excesso ou perda de apetite, dificuldade na concentração, pensamentos e tentativas suicidas e ainda perturbações do sono como a insónia ou sonolência excessiva. Assim, a sintomatologia depressiva interfere com a qualidade de vida em geral (Smarr, 2011).

A depressão pode ser eficazmente tratada e os sintomas atenuados. O primeiro passo para a obtenção de um tratamento adequado é consultar um médico. Existem certas condições médicas como viroses ou distúrbios da tiróide podem estar associados a sintomas semelhantes aos dos transtornos depressivos. Assim torna-se necessário um despiste dessas possibilidades através de exames médicos, e se nenhuma condição médica justificar a sintomatologia, inicia-se a avaliação psicológica (Goldberg, 2013).

O álcool e outras substâncias de abuso ou dependência também podem coexistir com a depressão uma vez que os distúrbios de humor e os comportamentos de podem ocorrer juntos ocorrem juntos (Paiva e Penzel, 2011; Luca, 2013).

4.1.3 Tratamento

O tratamento mais comum da depressão é a medicação antidepressiva e a psicoterapia. Os antidepressivos atuam principalmente sobre os neurotransmissores do cérebro, nomeadamente a serotonina, noradrenalina e dopamina, que estão envolvidos na regulação do humor (Goldberg, 2013).

Alguns dos antidepressivos mais recentes e mais populares são chamados de inibidores seletivos da recaptção da serotonina (SSRIs), os mais prescritos são a fluoxetina, a sertralina, o escitalopram, a paroxetina e o citalopram. Da recaptção da serotonina e noradrenalina (IRSNs) os mais prescritos são a venlafaxina e a duloxetina e são muito semelhantes aos SSRIs. Estes tendem a ter menos efeitos colaterais do que os antidepressivos mais antigos (Goldberg, 2013).

Os antidepressivos tricíclicos são os mais antigos e embora sejam eficazes não são tão prescritos devido aos seus efeitos colaterais poderosos. Os antidepressivos tricíclicos mais característicos são a imipramina e a nortriptilina (Proctor e Bianchi, 2012; e Goldberg, 2013).

4.1.4 Depressão infantil

É verdade que existe depressão na criança, porém, trata-se de um quadro atípico. Dificilmente veremos uma criança a queixar-se de angústia, vazio dentro de si, medo indefinido, insegurança, autoestima baixa, perda de prazer com as coisas ou perspectivas futuras sombrias. Este é o discurso depressivo típico dos adultos. Na criança a depressão é completamente diferente (Woodhan, 2012).

O Transtorno Depressivo Infantil é um quadro sério e capaz de comprometer o desempenho, o desenvolvimento e a maturidade psicossocial. A maior dificuldade no

diagnóstico, estudo e tratamento da depressão infantil é proporcionada pela descrença que ainda existe na existência da doença (Hoban, 2013).

Na criança e adolescente a forma atípica desse transtorno afetivo esconde os verdadeiros sentimentos depressivos sob uma máscara de irritabilidade, agressividade, hiperatividade e rebeldia. As crianças mais novas, devido à incapacidade para comunicar verbalmente o seu verdadeiro estado emocional, manifestam a depressão de forma mais atípica ainda, notadamente com hiperatividade (Hoban, 2013; Woodhan, 2012).

Muitas crianças recebem um diagnóstico precoce de hiperatividade ou déficit de atenção, quando na realidade se trata de outro problema: um distúrbio do sono, como a apneia ou a insônia. Esta confusão pode ser responsável por um número significativo de casos de hiperatividade em crianças, e os medicamentos usados para os tratar podem estar a agravar ainda mais o problema (Woodhan, 2012).

Os sintomas da privação do sono em crianças são semelhantes aos da hiperatividade ou déficit de atenção. Enquanto nos adultos a privação de sono resulta em episódios de sonolência e lentidão, as crianças tornam-se, com noites seguidas de pouco sono, mal-humoradas, teimosas e podem ter dificuldade a concentrarem-se (Hoban, 2013).

Um estudo recente publicado na revista *Pediatrics* sugeriu uma ligação entre sono insuficiente e sintomas de hiperatividade e déficit de atenção. Os investigadores acompanharam 11 mil crianças britânicas desde os seis meses até aos seis anos de idade. As crianças cujo o sono foi afetado por problemas respiratórios, como ressonar, insônia ou apneia, apresentaram uma probabilidade de desenvolver problemas comportamentais de 40 % a 100 % superiores comparativamente com as crianças em que não foi detetada qualquer perturbação no sono (Woodhan, 2012).

4.1.5 A depressão em mulheres

A depressão é a principal causa de incapacidade relacionada à doença em mulheres. Estudos epidemiológicos mostraram que a prevalência do transtorno depressivo major em mulheres (21,3%) é quase o dobro do que nos homens (12,7%). Esta relação foi documentada em diferentes países e grupos étnicos.

As diferenças entre os sexos relativas à depressão variam com a idade, crianças do sexo masculino e feminino da mesma idade mostram taxas de incidência semelhantes. Os dados nacionais revelam que a prevalência da depressão só é notavelmente superior em mulheres por volta da adolescência, e persistem até meia-idade, pelo que depois desaparecem (Noble, 2005).

Portanto, as mulheres têm o maior risco para o desenvolvimento de transtornos depressivos durante a idade fértil. Vários processos biológicos estão envolvidos na predisposição das mulheres para a depressão, incluindo a vulnerabilidade determinada geneticamente, as flutuações hormonais relacionados com a função reprodutiva, e uma sensibilidade a essas flutuações (Noble, 2005 ; Golberg, 2013).

As mulheres são mais susceptíveis do que os homens á depressão induzida pelo stress e a mudanças de estação (mais de 80% dos indivíduos com transtorno afetivo sazonal são mulheres (Noble, , 2005). A depressão em mulheres pode-se desenvolver em diferentes fases do ciclo reprodutivo (transtorno disfórico pré-menstrual, depressão durante a gravidez, depressão pós-parto e depressão na menopausa). Outros eventos reprodutivos como infertilidade, aborto, toma de contraceptivos orais e tratamentos de reposição hormonal têm também sido relatados como causadores de depressão em mulheres (Golberg, 2013).

O período menstrual constitui uma fase de alta vulnerabilidade na mulheres que é acompanhado por alterações do humor com irritabilidade podendo muitas vezes assumir caráter de depressão e ansiedade (Noble, 2005).

Analisados os períodos da vida da mulher que apresentam uma especificidade hormonal superior relativamente ao homem, constatamos a ocorrência de um certo

número de estados depressivos, cuja eclosão está dependente de uma vulnerabilidade, assinalada como predisposição depressiva (Noble, 2005).

Ora estas evidências apontam para uma especificidade, não dos quadros depressivos, mas antes dos enquadramentos hormonais actantes sobre um fundo predisposto. Por outras palavras, se alguma especificidade existe nos quadros depressivos expressos no sexo feminino, essa especificidade advém das características neurohormonais próprias desses períodos. Estas características adicionadas aos fatores biopatográficos, acabam por nos revelar uma singularidade pessoal, que é completamente distinta da singularidade atribuída ao género feminino ou masculino (Noble, 2005).

Outra abordagem relativamente às mulheres, ao que parece mulheres grávidas com depressão estão mais sujeitas a sofrer de distúrbios de sono do que mulheres não deprimidas (Okun, 2012). Um sono adequado e de alta qualidade, tanto em mulheres grávidas como não grávidas, assim como os homens, é essencial para um sistema imunológico saudável (Soares, 2010).

Uma vez que a gravidez muitas vezes está associada a mudanças nos padrões de sono, incluindo o sono reduzido, insónias e má qualidade do sono. Estas perturbações podem exacerbar as respostas inflamatórias do corpo e causar uma superprodução de citocinas, que atuam como moléculas de sinalização que comunicam com células do sistema imunológico. Os processos comportamentais, tais como perturbações do sono pode também desempenhar um papel, devido à relação entre as perturbações do sono e da função imunológica (Okun, 2012).

Estudos anteriores realizados no pós-parto mostraram concentrações de citocinas inflamatórias maior em mulheres que sofreram resultados adversos da gravidez, como a pré-eclâmpsia e parto pré-termo. Além disso, concentrações de citoquinas inflamatórias também são encontradas em maiores concentrações em indivíduos deprimidos (Qui, *et al.*, 2007).

III - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

1. Tipo de estudo

O presente trabalho de investigação, pretende determinar a sintomatologia depressiva e o sono em profissionais de saúde trabalhadores por turnos, bem como a repercussão na saúde e na vida social e familiares resultantes do trabalho por turnos.

O estudo aplicado é do tipo descritivo simples e de carácter quantitativo. A investigação quantitativa baseia-se na apresentação de resultados através de números, ou seja no final são obtidas quantidades (Ribeiro, 2007).

A seleção deste tipo de estudo prende-se com a necessidade de quantificar factos como por exemplo a incidência de determinada sintomatologia resultante do tipo de horário de trabalho. Assim, serão primariamente descritas as características da população e depois identificadas as implicações mais frequentes do trabalho por turnos na mesma, bem como relação entre algumas variáveis, como seja implicações na saúde, mais detalhadamente no sono e na sintomatologia depressiva.

2. Meio de estudo

O estudo decorreu no hospital de S. Teotónio, SA, nos serviços de cirurgia, neurocirurgia, ortopedia, cardiologia, obstetria, medicina de reabilitação e farmácia hospitalar.

3. Amostra

A amostra deste estudo foi composta por 100 Profissionais de Saúde do Hospital de S. Teotónio, SA. que trabalhavam por turnos : 46 do sexo masculino e 54 do sexo feminino com idades compreendidas entre os 20 e os 65 anos.

4. Metodologia

Foi aplicado um questionário auto-aplicado que permitiu a recolha dos seguintes dados : sociodemográficos (idade, sexo, etc), laborais (profissão, horário de trabalho, etc), sintomatologia depressiva e sono.

A sintomatologia depressiva foi avaliada pelo Inventário de depressão de Beck, desenvolvido para o diagnóstico de transtornos depressivos medindo sintomas de carácter cognitivo, afetivo e somático. A sua escala de pontuação vai dos 0 aos 63 pontos, pontuações entre 0-13 indicam sintomatologia depressiva mínima , entre 14-19 indicam depressão ligeira, entre 20-28 indicam depressão moderada e entre 29-63 indicam depressão severa (Smarr e Keefer, 2011).

A escala de sonolência de Epworth (ESS) é um instrumento eficaz, utilizado para medir o grau de sonolência diurna . É um questionário de oito perguntas que fornece uma medida do grau de sonolência diurna, diferencia pouca sonolência diurna, moderada sonolência diurna e sonolência excessiva diurna que requer intervenção. Esta escala, pede á pessoas para avaliar numa escala de 4 pontos (0-3) as hipóteses de adormecer em oito situações diferentes que envolvem o quotidiano de qualquer pessoa. A pontuação total é a soma dos pontos obtidos nas 8 questões e pode variar entre 0 e 24. Pontuações entre 1-6 indicam pouca sonolência diurna, entre 7-8 indicam sonolência diurna moderada e pontuações maiores ou iguais a 8 indicam sonolência diurna excessiva (Smith, 2012).

A qualidade do sono, foi determinada pelo índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI), constituída por sete componentes. A pontuação dos sete componentes são somados para conferir uma pontuação global, a qual varia de 0 a 21. Pontuações de 0-4 indicam boa qualidade do sono, de 5-10 indicam sono de má qualidade e acima de 10 indicam distúrbio do sono. Neste estudo, foi utilizada a versão validada deste instrumento em português (Shochat, 2007).

O estudo foi aprovado pela comissão de ética da Universidade Fernando Pessoa a 12 de Março de 2013.

Antes da entrega dos questionários, foi feito um pré-teste em cinco indivíduos não pertencentes à amostra mas também profissionais de saúde em trabalho por turnos, de modo a testar a pertinência das questões e validar o questionário como instrumento de recolha de dados. Algumas alterações foram feitas de modo a tornar o questionário mais objetivo. Os inquéritos foram distribuídos a 12 de Maio e recolhidos a 29 do mesmo mês.

5. Tratamento e análise de dados

Tendo em conta o seguimento deste estudo o tratamento e análise de dados é realizado com recurso a estatística descritiva e iniciou-se aquando a colheita de dados e terminou com a análise e interpretação dos resultados.

O tratamento estatístico é então executado com recurso a ferramenta informática Microsoft Excel ® 2011 versão 14.0.0.

IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1. Resultados

1.1 Idade

Relativamente à idade, a amostra é constituída por elementos de diversas faixas etárias dentro de um intervalo que se situa entre os 20 e os 65 anos. A média de idades foi de 37 anos, sendo que a faixa etária mais representativa se encontra entre os 30 e os 50 anos (n = 65; 65 %)

Tabela 1 - Caracterização da amostra em função idade

Faixa etária	N(%)
20-29	12
30-39	36
40-49	29
50-59	18
60-65	5

1.2 Sexo

Esta amostra constituída por elementos de ambos os sexos sendo que 54% correspondem a elementos do sexo feminino (n=54) e 46% dizem respeito ao sexo masculino (n=46).

1.3 Índice de Massa Corporal

O IMC foi calculado pelos valores de peso e estatura dos inquiridos recolhidos pelo questionário, assim sendo, verifica-se que 54% dos inquiridos se encontra dentro do

Sintomatologia Depressiva e Sono

peso normal (n=54), 44% apresenta excesso de peso (n=44) e 2% já se encontra em Obesidade grau I.

De acordo com os resultados obtidos e expressos na tabela 2 verifica-se então que a maioria dos elementos da amostra se encontra dentro do peso desejável (n=54; 54%), ainda assim é de salientar que uma percentagem muito elevada se encontra em excesso de peso (n=44; 44%) e apesar de reduzido, 2 % dos inquiridos já encontra-se em Obesidade grau I. Assim, grande parte dos indivíduos corre um maior risco de desenvolver problemas de saúde a curto ou longo prazo.

Tabela 2 - Caracterização da amostra em função do IMC

IMC (Kg/m²)	Classificação	Frequência absoluta (n) Frequência relativa (%)
18,5-24,9	Peso normal	54
25,0-29,9	Excesso de Peso	44
30,0-34,9	Obesidade Grau I	2
Total		100

Para a amostra global (tabela 3) verifica-se uma média de idades igual a 37,13 (\pm 2,12) anos sendo que a idade máxima é 65 anos e a idade mínima é 20 anos. O IMC apresenta um valor médio igual a 23,16 (\pm 1,27), sendo o seu valor máximo e mínimo de 34,2 e 19,23 respetivamente.

Tabela 3 - Caracterização da amostra em função da idade e do IMC

	Idade	IMC
N	100	100
Média \pm desvio padrão	37,13 (\pm 2,12)	23,16 (\pm 1,27)
Min	20	19,23
Max	65	34,2

Sintomatologia Depressiva e Sono

Apenas para o sexo feminino, verifica-se uma média de idades igual a 37,03 ($\pm 1,30$) anos sendo que a idade máxima é 62 anos e a idade mínima é 22 anos. Quanto ao IMC obteve-se um valor médio igual a 24,21 ($\pm 1,72$), sendo o seu valor máximo e mínimo de 34,2 e 19,23 respetivamente (tabela 4).

Para o sexo masculino verifica-se uma média de idades igual 38,51 ($\pm 2,14$) anos sendo que a idade máxima é 62 anos e a idade mínima é 22 anos. Quanto ao IMC obteve-se um valor médio igual a 22,35 ($\pm 1,36$), sendo o seu valor máximo e mínimo de 29,9 e 21,57 respetivamente (tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização da amostra em função da idade e IMC para cada sexo

	Feminino		Masculino	
	Idade	IMC	Idade	IMC
N	54	54	46	46
Média \pm desvio padrão	37,03 \pm 1,30	24,21 \pm 1,72	38,51 \pm 2,14	22,35 \pm 1,36
Min	22	19,23	20	21,57
Max	62	34,2	65	29,9

1.4 Estado civil

De acordo com os resultados obtidos, conclui-se que mais de metade dos inquiridos (54%; n=54) estão casados ou vivem com companheiro, 22 % (n=22) diz ser solteiro e 24 % (n=24) diz estar separado, divorciado ou viúvo.

Tabela 5 - Caracterização da amostra em função do estado civil

Estado civil	N(%)
Casado(a)/ Vive com companheiro(a)	54
Solteiro(a)	22
Separado(a)/ Divorciado(a)/Viúvo(a)	24

De acordo com os resultados obtidos , conclui-se que mais de metade dos inquiridos (54%; n=54) estão casados ou vivem com companheiro, 22 % (n=22) diz ser solteiro e 24 % (n=24) diz estar separado, divorciado ou viúvo.

1.5 Profissão

Os elementos da amostra são profissionais de saúde sendo que 46% (n=46) são enfermeiros, 21% (n=21) são médicos, 25% (n=25) são Auxiliares de Ação Médica, 3% (n=3) São Farmacêuticos Hospitalares e 5% (n=5) são Fisioterapeutas.

Tabela 6 - Caracterização da amostra em função da profissão

Profissão	Frequência absoluta (n) Frequência relativa (%)
Enfermeiro	46
Médico	21
Auxiliar	25
Farmacêutico	3
Fisioterapeuta	5
Total	100

1.6 Número de filhos

De acordo com os resultados obtidos observa-se que a média do número de filhos é de 1,39 sendo que o número máximo de filhos é cinco e número mínimo é nenhum filho. Verifica-se que a maior parte dos inquiridos possui dois filhos ou menos sendo que 21% diz não ter filhos, 37% respondeu ter um filho, 28 % tem dois filhos, 11 % tem 3 filhos, 4% tem 2 filhos e apenas 1 % diz ter 5 filhos.

Em suma, 79 % (n=79) dos inquiridos diz ter entre 1 a 5 filhos, e 21 % (n=21) diz não ter filhos.

Tabela 7 - Caracterização da amostra em função do número de filhos

N.º de filhos	N(%)
0	21
1	37
2	28
3	11
4	2
5	1

1.7 Anos em trabalho por turnos

De acordo com a tabela, verifica-se que apenas 7 % (n=7) dos inquiridos refere trabalhar por turnos á 5 anos ou menos, 70 % (n=3) refere trabalhar por turnos entre 6 e 19 anos e 23 % (n=23) refere trabalhar por turnos á 20 ou mais anos.

Tabela 8 - Distribuição da amostra em função do tempo de trabalho por turnos.

Anos em turnos	N(%)
≤5	7
6 -19	70
≥20	23

1.8 Preferência de horário de trabalho

De acordo com os dados obtidos e apresentados no gráfico , observa-se que à pergunta “ **Se dependesse de si, qual o turno que escolheria para trabalhar permanentemente?**” 74 % (n=74) dos inquiridos refere o turno da manhã , 22% (n=22) refere o turno da tarde e 4% (n=4) escolheria o turno da noite.

Em suma, verifica-se que a maior parte dos profissionais de saúde inquiridos seleccionava o turno da manhã para trabalhar permanentemente. O turno da noite é o menos referido pelos inquiridos.

À questão “**Acha que em geral um regime de trabalho por turnos é mais vantajoso do que um regime de horário fixo?**” , 59% (n=59) diz que não é vantajoso e 41%(n=41) diz ser vantajoso. De entre as justificações dadas, as desvantagens mais apresentadas foram, a incerteza dos horários.

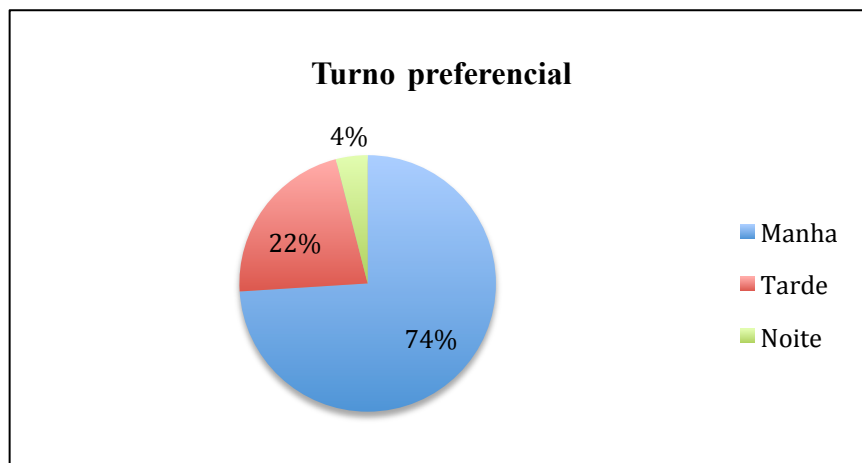


Gráfico 1 - Preferência de horário de trabalho

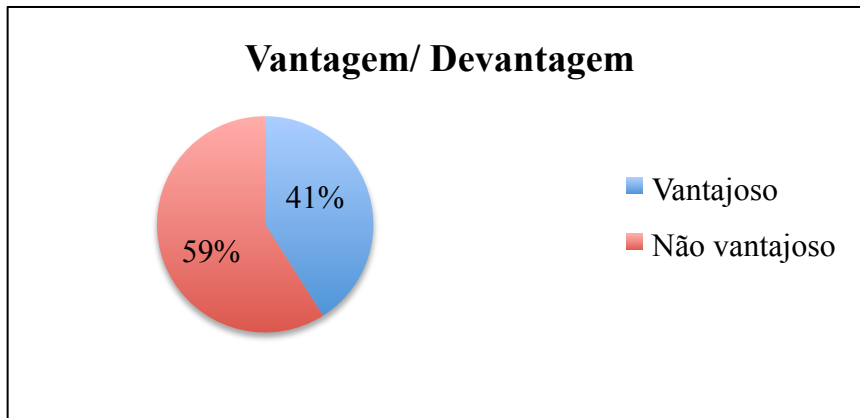


Gráfico 2 - Opinião acerca do trabalho por turnos ser ou não vantajoso.

1.9 Avaliação da situação social e familiar

Através da observação do gráfico nota-se que a maioria dos elementos da amostra assinala que o trabalho por turnos interfere muito no seu tempo de lazer, na vida social e familiar, nas suas atividades pessoais e na sua alimentação.

Relativamente á primeira questão, “**Em que medida o seu horário de trabalho interfere com o seu tempo de lazer?**” 72 % (n=72) dos inquiridos diz que interfere muito, 18% (n=18) respondeu que interfere pouco e 10% (n=10) respondeu que não interfere nada.

À questão “**Em que medida o seu horário de trabalho interfere com a sua vida social e familiar?**” 78 % (n=78) dos inquiridos diz que interfere muito, 9% (n=9) respondeu que interfere pouco e 13% (n=13) respondeu que não interfere nada.

A terceira questão “**Em que medida o seu horário de trabalho interfere com as suas atividades pessoais?**”, 60 % (n=60) dos inquiridos diz que interfere muito, 22% (n=22) respondeu que interfere pouco e 18% (n=18) respondeu que não interfere nada.

A ultima questão “**Em que medida o seu horário de trabalho interfere na sua alimentação?**” 83 % (n=83) dos inquiridos diz que interfere muito, 13% (n=13) respondeu que interfere pouco e 4% (n=4) respondeu que não interfere nada.

Analisando os dados conclui-se que o horário de trabalho por turnos, afeta a vida social e familiar e a alimentação dos trabalhadores por turnos.

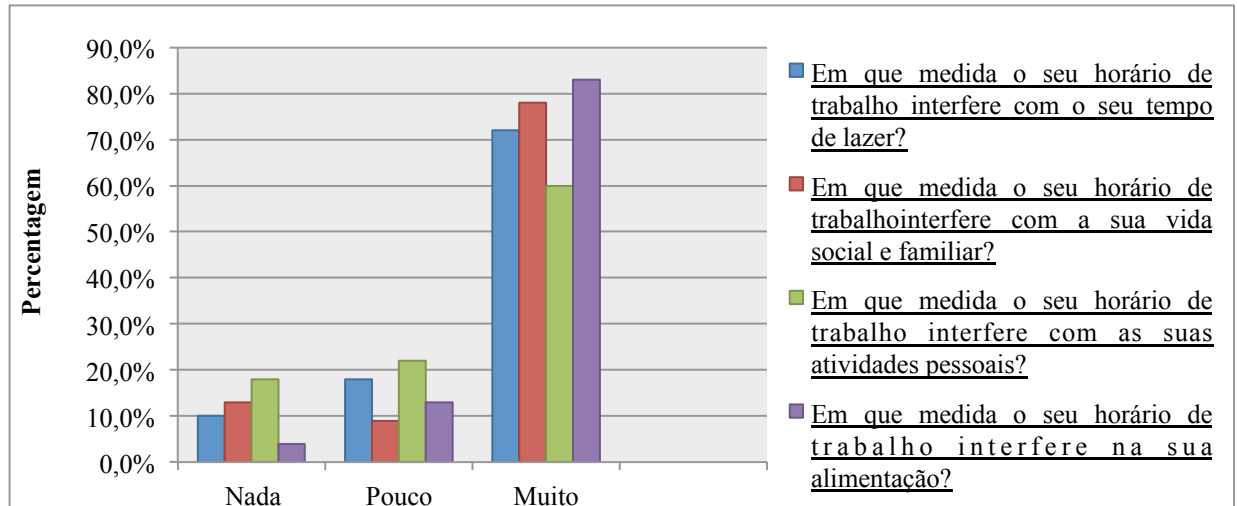


Gráfico 3 - Interferência do trabalho por turnos no tempo de lazer, na vida social e familiar, nas atividades pessoais e na alimentação .

1.10 Impacto do horário de trabalho na alimentação

De acordo com o gráfico elaborado com os dados recolhidos sobre a frequência das refeições feitas pelos elementos da amostra, verifica-se que relativamente ao Pequeno almoço, nenhum dos inquiridos respondeu nunca fazer esta refeição, 5% (n=5) refere que quase nunca faz esta refeição, 48% (n=48) refere que quase sempre faz esta refeição e 47% (n=47) refere que toma sempre o pequeno almoço.

Quanto a frequência do almoço, nenhum dos inquiridos diz nunca almoçar, 1 % (n=1) diz quase nunca almoçar , 13% (n=13) diz quase sempre almoçar e 86% (n=86) diz sempre almoçar.

Relativamente ao Lanche, 7 % (n=7) respondeu nunca fazer esta refeição, 24% (n=24) refere que quase nunca faz esta refeição, 30% (n=30) refere que quase sempre faz esta refeição e 39% (n=39) refere sempre lanchar.

Sintomatologia Depressiva e Sono

Quanto à ceia, 9% (n=9) respondeu nunca fazer esta refeição, 24% (n=24) refere que quase nunca faz esta refeição, 39% (n=39) refere que quase sempre faz esta refeição e 28% (n=28) diz sempre fazer esta refeição.

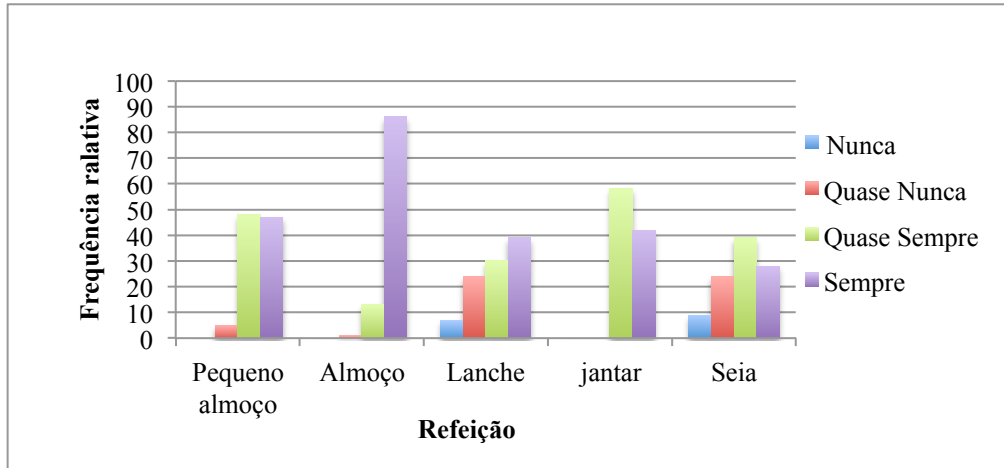


Gráfico 4 - Frequência de refeições

Ainda na avaliação do impacto do horário de trabalho na alimentação, á pergunta **“ Sente que o tempo que tem disponível é adequado a uma boa refeição?”** 52% (n=52) dos inquiridos diz que o tempo disponível não é adequado a uma boa refeição, os restantes (n=48 ; 48%) dizem ser adequado o tempo disponível a uma boa refeição.

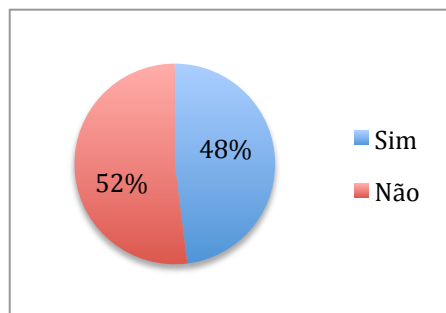


Gráfico 5 - Resposta à pergunta “Sente que o tempo que tem disponível é adequado a uma boa refeição?”

Sintomatologia Depressiva e Sono

Relativamente ao consumo de substâncias estimulantes a mais consumida é o café, uma vez que mais de metade (53%; n=53) dos inquiridos diz tomar sempre, segue-se o consumo de tabaco, o qual 44% dos inquiridos diz consumir sempre.

Os refrigerantes e as bebidas alcoólicas são também consumidas mas em menor percentagem.

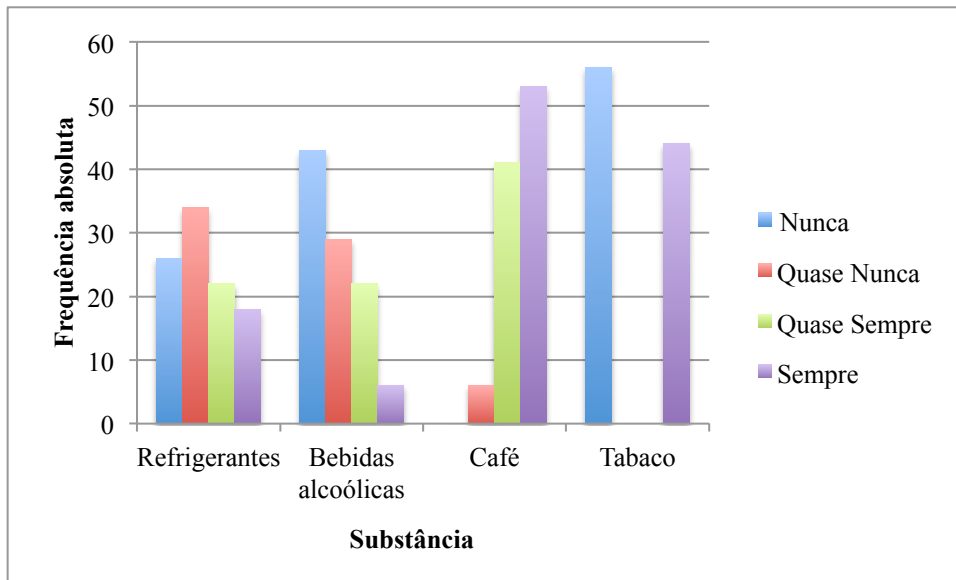


Gráfico 6 - Consumo de substâncias estimulantes

De acordo com as respostas dadas pelos inquiridos elaborou-se o gráfico e verifica-se que 68% (n=68) dos inquiridos não pratica exercício físico fora do necessário para o dia a dia e apenas 32% (n=32) diz praticar exercício físico .

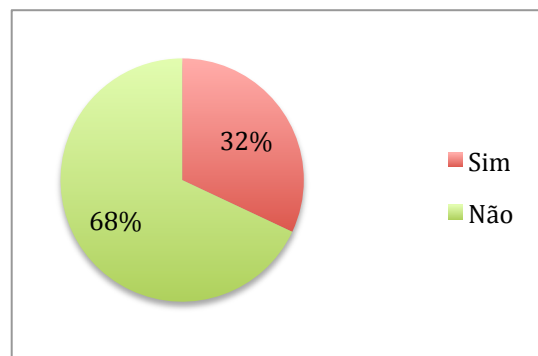


Gráfico 7 - Prática de exercício físico

1.11 Sintomatologia depressiva

A sintomatologia depressiva foi avaliada com recurso ao Inventário de depressão de Beck, de acordo com os resultados obtidos que se expressam na tabela, verifica-se que a maior parte dos inquiridos (68%; n=68) apresenta uma sintomatologia depressiva mínima, 24% (n=24) apresenta depressão ligeira e 8% (n=8) apresenta depressão moderada. Nenhum dos elementos da amostra mostrou estar em Depressão severa.

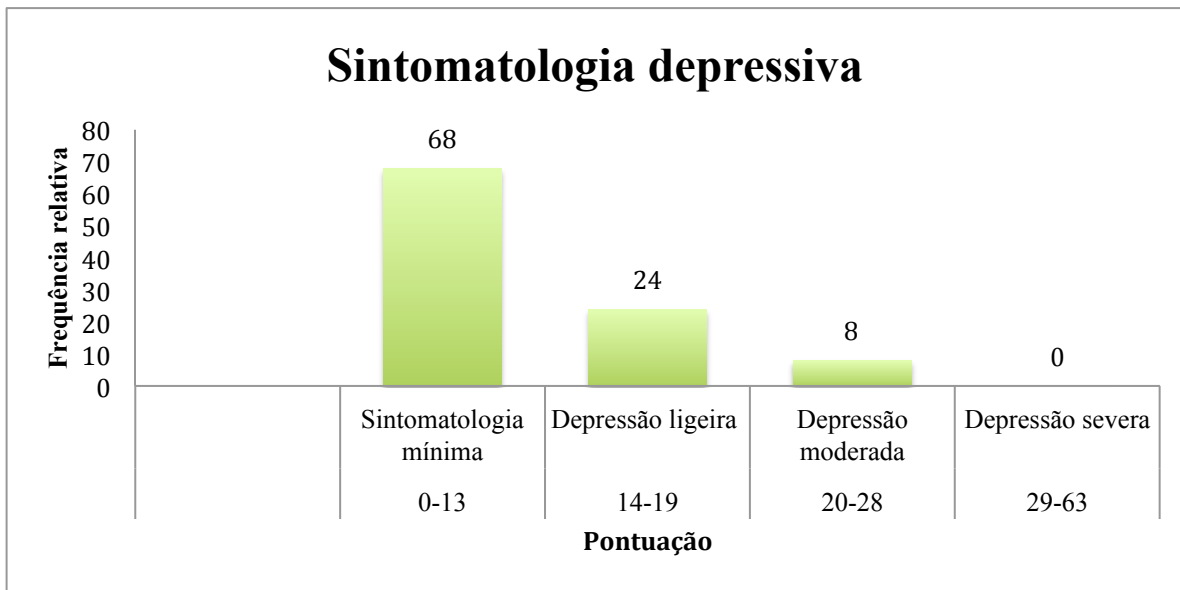


Gráfico 8 - Prevalência da sintomatologia depressiva

1.12 Qualidade do sono

O gráfico expressa o resultados das respostas aos questionários relativamente á avaliação da sonolência excessiva diurna feita com base na escala de sonolência de Epworth. Assim o gráfico expressa o pontuações obtidas pelos inquiridos.

Verifica-se então que 28% (n=28) dos inquiridos apresenta pouca sonolência diurna, 65% (n=65) apresenta moderada sonolência diurna e 7% (n=7) apresenta Sonolência diurna excessiva.

Em conclusão, a maior parte dos inquiridos sofre de Sonolência diurna moderada.

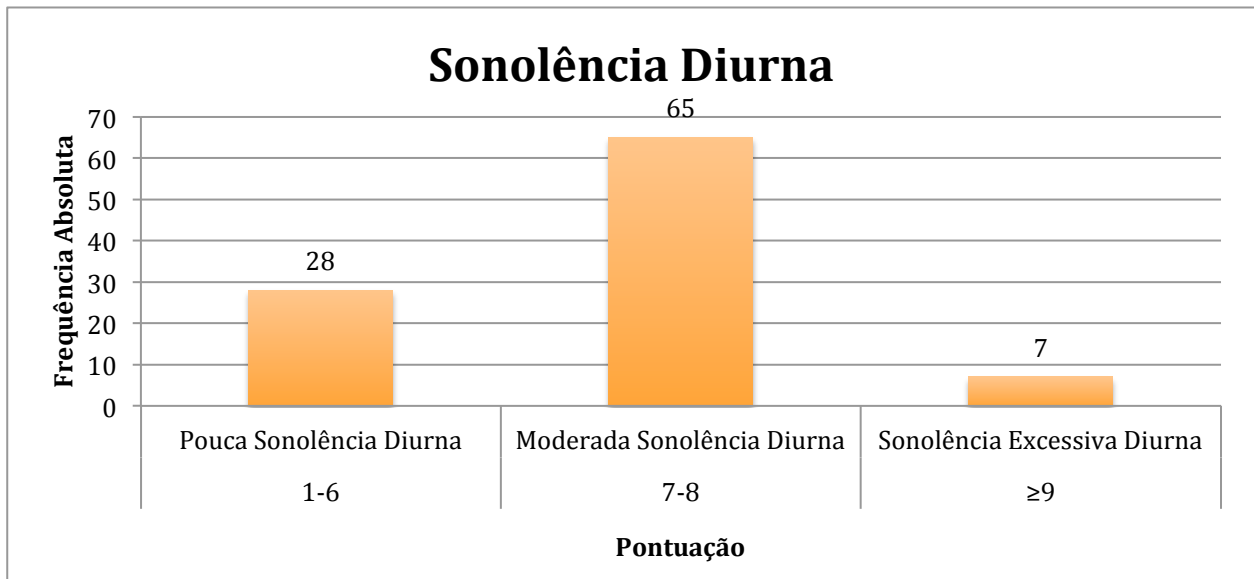


Gráfico 9 - Sonolência Diurna

A tabela apresenta os resultados obtidos relativamente às questões apresentadas, pediu-se aos inquiridos que respondessem às questões no que diz respeito às suas rotinas do último mês.

Ao analisar a tabela, verifica-se que ainda que os inquiridos sejam trabalhadores por turnos e que isso possa implicar trabalhar durante o fim de semana, as horas de deitar, de levantar, o tempo que demorou em média a adormecer e o número de horas de sono difere nos hábitos durante a semana e nos hábitos do fim de semana.

Relativamente á primeira questão, **“Durante o último mês a que horas foi normalmente para a cama?”** verifica-se que 1% (n=1) dos inquiridos foi para a cama entre as 19-21 horas durante a semana, ao fim de semana nenhum individuo diz deitar-se entre esse intervalo. 12% (n=12) dos inquiridos diz deitar-se entre as 21-23 horas durante a semana , ao fim de semana este valor desce para 7% (n=7). O intervalo 23-1horas é o mais afluente, uma vez que 46% (n=46) dos elementos da amostra diz deitar-se nesse horário durante a semana. Ao fim se semana o valor passa a 35% (n=35). Durante o intervalo 1-3 horas, tem-se uma afluência de 37%(n=37) durante a semana e ao fim de semana aumenta ligeiramente para 41% (n=41). Entre as 3-5 horas, tem-se uma afluência de 4%(n=4) durante a semana e de 17% (n=17)ao fim de semana.

Relativamente á segunda questão “ **Durante o último mês, quanto tempo, em minutos, demorou em média a adormecer?**”, tem-se que 23% (n=23) diz ter demorado entre 0-15 minutos, durante a semana, ao fim de semana o valor passa a 32%(n=32). 24% (n=24) dos inquiridos diz ter demorado, em média, 31-60 minutos a adormecer durante a semana, ao fim de semana, para esse intervalo de tempo, a percentagem é de 27% (n=27) . Por fim, 12 % (n=12) dos indivíduos da amostra diz ter demorado mais de 60 minutos a adormecer durante a semana e 8% (n=8) diz ter demorado esse mesmo tempo a adormecer ao fim de semana.

“ **Durante o último mês, a que horas se levantou de manhã**” , 2% (n=2) diz ter-se levantado entre as 4-5 horas, durante a semana, e nenhum inquirido diz ter-se levantado a essa hora ao fim de semana. 13%(n=13) diz ter-se levantado entre as 5-6 horas durante a semana e ao fim de semana 5% (n=5). Entre a 6-7 horas verifica-se a maior afluência da hora de levantar durante a semana, uma vez que 51% (n=51) dos inquiridos diz ter-se levantado durante esse intervalo de tempo. Ao fim de semana esse valor desce para 15% (n=15). Entre as 7-8 horas tem-se uma afluência de 33% (n=33), durante a semana e de 27% (n=27) ao fim de semana. Entre as 8-9 horas tem-se afluência de 1 % (n=1), sendo este o horário máximo de levantar dos inquiridos durante a semana e 26% (n=26) ao fim de semana. Durante o fim de semana, 21% (n=21) dos inquiridos diz ter-se levantado entre as 9-10 horas, 5% (n=5) entre as 10-11 horas e 1 % (n=1) diz ter-se levantado depois das 11 horas ao fim de semana.

A última questão “ **Durante o último mês, quantas horas por dia dormiu?**” Durante a semana 7 % (n=7), diz ter dormido 3-4 horas, 38% (n=38) diz ter dormido entre 4-5 horas , 51% (n=51) diz ter dormido cerca de 5-6 horas e 4 % (n=4) diz ter dormido ente 6-7 horas. Ao fim de semana o padrão de horas de sono altera ligeiramente 4 % (n=4), diz ter dormido 3-4 horas, 23% (n=23) diz ter dormido entre 4-5 horas , 41% (n=41) diz ter dormido cerca de 5-6 horas , 18 % (n=18) diz ter dormido ente 6-7 horas, 7 % (n=7) diz ter dormido ente 7-8 horas, 6 % (n=6) diz ter dormido ente 8-9 horas e 1 % (n=1) diz ter dormido entre 9-10 horas.

A tabela expressa os resultados obtidos relativamente as questões efetuadas com base no índice de qualidade do sono de Pittsburgh.

Sintomatologia Depressiva e Sono

Tabela 9 - Padrões de sono durante a semana e ao fim de semana

Questão: Durante o último mês...	Durante a semana (De Domingo a Quinta-Feira)	Ao Fim de semana (Sexta-feira e Sábado)
	Frequência absoluta (n) Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (n) Frequência relativa (%)
A que horas foi normalmente para a cama?		
19-21 horas	1	0
21-23 horas	12	7
23-1 horas	46	35
1-3 horas	37	41
3-5 horas	4	17
Quanto tempo, em minutos, demorou em média a adormecer?		
0-15 min	23	32
16-30 min	41	33
31-60 min	24	27
>60 min	12	8
A que horas se levantou de manhã?		
4-5 horas	2	0
5-6 horas	13	5
6-7 horas	51	15
7-8 horas	33	27
8-9 horas	1	26
9-10 horas	0	21
10-11 horas	0	5
>11 horas	0	1
Quantas horas por dia dormiu?		
3-4 horas	7	4
4-5 horas	38	23
5-6 horas	51	41
6-7 horas	4	18
7-8 horas	0	7
8-9 horas	0	6
9-10 horas	0	1
10-11 horas	0	0
>11 horas	0	0

Sintomatologia Depressiva e Sono

De acordo com o gráfico elaborado com as respostas dadas pelos inquiridos, verifica-se que 18 % (n=18) dos inquiridos tem uma boa qualidade de sono, 53 % (n=53) tem Sono de má qualidade e 29% (n=29) dos inquiridos apresenta distúrbio de sono.

Conclui-se assim que a maior parte dos inquiridos, correspondente a 59 indivíduos e 59% da amostra apresenta sono de má qualidade e 29 indivíduos correspondentes a 29 % da amostra apresentam já distúrbios de sono.

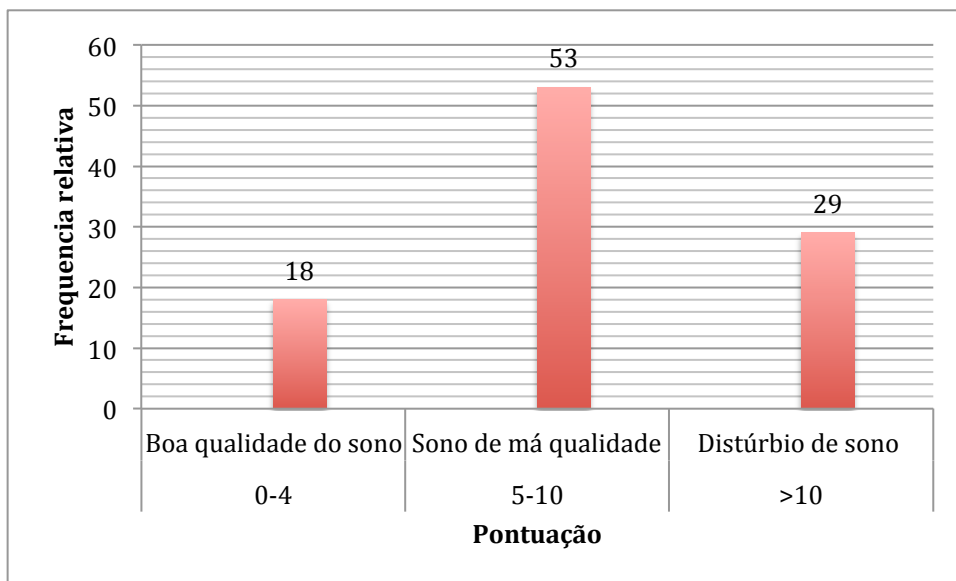


Gráfico 10 - Padrões de sono durante a semana e ao fim de semana

2. Discussão De Resultados

Relativamente ao turno preferencial verifica-se que o turno da noite é o menos preferido pelos inquiridos sendo o turno da manhã o mais pretendido para trabalhar numa base permanente. A razão do turno da noite ser o menos preferido deve-se essencialmente ao facto de interferir com o bem estar do individuo uma vez que a sociedade está orientada para a claridade diurna, por essa razão as relações sociais e familiares ficam comprometidas, podem também surgir distúrbios do sono e outras patologias.

Considerada a opinião relativa à vantagem ou desvantagem do sistema de horário de trabalho por turnos, verifica-se que a grande maioria dos inquiridos não acha vantajoso este regime de horário de trabalho. Segundo Lourenço, *et al*, (2008), a organização temporal do trabalho por turnos traz inegáveis prejuízos para a saúde do trabalhador, tanto nos aspectos físico, como psíquico, emocional e social, podendo ser a causa de uma série de distúrbios fisiológicos devido á mudança dos ritmos biológicos, da dessincronização familiar e social da vida do trabalhador.

Relativamente á interferência do trabalho por turnos na vida social e familiar tem-se que a grande maioria dos inquiridos refere interferir na sua vida social e familiar. Será relevante mostrar que a maior parte dos inquiridos disse ter filhos, o número de filhos varia entre os 0 e os 5 filhos sendo que a maioria tem 1 ou 2 filhos. Assim, verifica-se um maior encargo e responsabilidades parentais que podem sair lesadas do horário de trabalho em que os trabalhadores se inserem.

Os trabalhadores por turnos têm menos tempo para passar com os seus filhos , especialmente com crianças mais pequenas que têm horas de deitar cedo. O facto é que a maioria dos trabalhadores por turnos não o faz por opção mas sim por razões económicas e por falta de outras oportunidades (Goswami, 2010).

Verifica-se ainda que a maioria dos inquiridos é casado ou vive com companheiro o que pode afectar a convivência com o respectivo conjugue devido a pressão do tempo e á “ ginástica “ familiar necessária para sincronizar os seus horários de trabalho com as rotinas familiares.

Uma curiosidade interessante é observada, a faixa etária dos 50 aos 65 anos é a que se diz menos afetada nas relações sociofamiliares, o que pode ser justificado por uma adaptação ao horário ou por uma diminuição das responsabilidades parentais, como seja os filhos serem adultos ou independentes.

Na avaliação da interferência do horário de trabalho na alimentação, verifica-se que uma maioria significativa dos inquiridos sente que o trabalho por turnos compromete a alimentação quer pela irregularidade de horários quer pela irregularidade na qualidade. A maioria dos inquiridos revela também que o tempo que tem disponível não é adequado a uma boa refeição.

O comportamento alimentar pode ser alterado devido aos turnos de trabalho, especialmente quando o trabalho é em horário noturno devido a uma variada gama de factores biológicos, sociais e culturais. Do ponto de vista cronobiológico, a espécie humana é diurna (ou seja, ativa durante o dia), o que explica a razão pela qual os trabalhadores noturnos tendem a ter uma diminuição do apetite durante a noite, aumentando o consumo de substâncias neuroestimulantes como o café e o tabaco (Gruber, 2010).

Relativamente à frequência das refeições, verifica-se que grande parte da amostra não as efetua numa base regular e regrada, apenas 47% dos inquiridos diz tomar sempre o pequeno almoço, 86 % diz sempre almoçar, 39% diz sempre lanchar, apenas 42% diz sempre jantar e 28 % diz sempre cear. Verifica-se assim que grande parte dos inquiridos salta refeições, nomeadamente o pequeno almoço e o jantar.

A omissão de refeições leva a um aumento do consumo de estimulantes como chá/café, refrigerantes, bebida alcoólicas e tabaco, de modo a manter o período de vigília. Dos dados recolhidos, verifica-se que a maioria dos inquiridos diz tomar sempre café durante o horário de trabalho.

Entre turnos é necessário ter tempo para se deslocar para casa, ter interação familiar, preparar refeições, ingerir refeições, higiene pessoal e ter um sono de qualidade, de modo que o tempo disponível é insuficiente para praticar tudo eficazmente

Sintomatologia Depressiva e Sono

comprometendo algumas das tarefas sendo a prática de refeições saudáveis e um sono de qualidade que mais são afetados (Lowden, 2010).

Segundo Lowden *et al.*, (2010) os trabalhadores por turnos estão em maior risco de adquirir transtornos metabólicos ou doenças gastrointestinais comparativamente com trabalhadores de horário fixo devido à qualidade da dieta e à irregularidade dos horários das refeições.

É também importante referir que dos indivíduos pertencentes à amostra, 44% apresenta um IMC correspondente a excesso de peso e 2% apresenta um valor de IMC correspondente a Obesidade grau I. A média do valor de IMC foi de 23,16 ($\pm 1,27$ e verifica-se que são as mulheres que apresentam um IMC acima da média calculada sendo que os 2% dos indivíduos que apresentam excesso de peso são também do sexo em questão. Um IMC elevado é um fator de risco para uma série de patologias crónicas nomeadamente doenças coronárias e diabetes (Antunes *et al.*, 2010).

A prática de exercício físico é também uma atividade que fica claramente comprometida com o trabalho por turnos, dos elementos pertencentes à amostra, 68% diz não praticar exercício físico.

De uma perspetiva psicossocial, os trabalhadores por turnos costumam apresentar desordens emocionais que poderão estar associados a patologias do foro psicológico como a depressão, ansiedade e distúrbios do humor (Diniz e Nestor, 2006).

A avaliação da sintomatologia depressiva foi feita por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI). Este inventário foi desenvolvido para o diagnóstico de transtornos depressivos medindo sintomas de carácter cognitivo, afetivo, somático. A sua escala de pontuação vai dos 0 aos 63 pontos, pontuações entre 0-13 indicam sintomatologia depressiva mínima, entre 14-19 indicam depressão ligeira, entre 20-28 indicam depressão moderada e entre 29-63 indicam depressão severa (Smarr e Keefer, 2011).

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que 68% dos inquiridos apresenta sintomatologia depressiva mínima, 24% apresenta depressão moderada e 8%

Sintomatologia Depressiva e Sono

apresenta depressão severa. Verifica-se ainda que os indivíduos que apresentam depressão severa pertencem ao grupo de indivíduos que trabalha por turnos há mais tempo. O que vai de acordo um estudo feito por Verhaegan (*cit in* Silva, 2007), onde se verificou o aumento de sintomatologia ansiosa e depressiva ao longo de 12 anos de exposição ao trabalho por turnos num grupo de trabalhadores da indústria.

A crescente rigidez dos relógios biológicos com o progressivo aumento da idade diminui a tolerância ao trabalho por turnos e noturno. A presença de sintomas de ansiedade e depressão está assim fortemente associada ao desalinhamento dos ritmos circadianos. (Lourenço, 2008).

A perturbação do ciclo Sono / Vigília tem principal efeito sobre o sono, que sofre tanto em quantidade como em qualidade uma vez que os trabalhadores têm de dormir durante a fase normal crescente dos ritmos biológicos, que sustenta a vigília, e que dificulta o adormecer. Além disso, como as condições ambientais não são as mais adequadas, tais como ruídos perturbadores e iluminação, o sono é ainda mais afectado e a vigília aumentada. Consequentemente, o sono é reduzido 2 a 4 horas, sendo isso perceptível como um sono menos restaurador (Costa, 2010).

Foi avaliada a sonolência diurna com recurso á escala de sonolência de Epworth, verificou-se que a maioria dos inquiridos apresenta moderada sonolência diurna, ou seja embora não durmam, sentem-se com sono ao tentar praticar atividades básicas do dia a dia.

Verifica-se que os inquiridos não têm horas fixas de deitar nem de levantar, e ainda que trabalhem por turnos, a maioria diz deitar-se e levantar-se mais tarde ao fim de semana, demorar menos tempo a adormecer e dormir mais horas. Este facto deve-se essencialmente ás rotinas familiares, durante o fim de semana não há tantos encargos com filhos, por exemplo.

Verificou-se também, nas respostas dadas que a maior parte dos inquiridos toma algum tipo de medicação para dormir sendo que a maior parte o faz regularmente .

Sintomatologia Depressiva e Sono

A qualidade do sono foi também avaliada pelo Índice da qualidade de Sono de Pittsburgh, os dados revelados são alarmantes, verifica-se que 53 % dos inquiridos tem sono de má qualidade e 29 % chega mesmo a ter distúrbios do sono.

Tendo em conta os resultados obtidos em vários estudos, apresentam, em comparação com trabalhadores apenas diurnos, mais queixas relacionadas com perturbações emocionais e de sono pelo que tendem a consumir fármacos tranquilizantes e ansiolíticos (Silva, 2007).

Face ao exposto, torna-se necessário alertar os profissionais de saúde para toda esta problemática no sentido de se poder intervir na prevenção e na minimização dos problemas inerentes a este tipo de horário de trabalho. Esta intervenção pode passar pelo desenvolvimento de estratégias de educação para a saúde que visem incutir hábitos de vida saudáveis no profissionais e aconselhar para que mantenham em estado de alerta para possíveis sintomatologias indicadores de algum tipo de perturbação. É também importante a vigilância periódica através de consultas médicas e exames de rotina.

V - CONCLUSÃO

Concluído este estudo, é inegável a relação entre o sono e a sintomatologia depressiva, até porque um pode ser a causa ou o efeito do outro.

Através da aplicação de questionários em profissionais de saúde, conclui-se isso mesmo. O horário de trabalho não permite a estabilização de horários de sono bem como intervém bastante na diminuição da qualidade de vida dos indivíduos até porque as relações familiares também saem sofredoras e daí se destaca o facto das pessoas sujeitas a este tipo de regime de horários tenham mais tendência para a sintomatologia depressiva. É sabido que da mesma maneira que padrões de sono irregulares causam a sintomatologia depressiva, as perturbações psicossociais inerentes também estão associadas a perturbações de sono.

Os distúrbios do sono ocorrem com frequência em pacientes com depressão. A ocorrência simultânea de depressão e distúrbios do sono é tão frequente que alguns autores sugerem que, na ausência de queixas de sono, um diagnóstico da depressão deve ser feito com precaução. De fato, o sono insuficiente, bem como as perturbações do sono, ocorrem naturalmente na depressão.

No que toca aos objetivos desta investigação, considera-se que os mesmos foram alcançados, pois foi possível determinar sintomatologia depressiva e avaliar a qualidade do sono bem como identificar opiniões pessoais acerca do regime de trabalho em turnos, hábitos de vida onde se incluem a alimentação e consumo de substâncias estimulantes, bem como obter alguns indicadores representativos das possíveis consequências na saúde e na vida social e familiar.

Perante o exposto, espera-se que este trabalho possa ser um contributo útil na discussão das questões relacionadas com o sono e a sintomatologia depressiva bem como dos efeitos na saúde que daí resultam. É vontade da autora, abrir caminhos para a realização de mais trabalhos de investigação científica no âmbito desta temática, no sentido da obtenção de mais dados e possíveis formas de atuar junto da comunidade, reduzindo ou mesmo resolvendo os seus problemas.

VI - BIBLIOGRAFIA

Antunes, L. et al. (2010). Correlation of shift work and waist circumference, body mass index, chronotype and depressive symptoms. *Arq. Bras. Endocrinol metab*, 4 (7), pp. 652-656.

Antunes, L. et al. (2010). Obesity and shift work: chronobiological aspects. *Nutrition Research Reviews*, 23, pp. 155-168.

Bertolazi, A. et al (2009). Validação da escala de sonolência de Epworth em Português para uso no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(9), pp. 877-883.

Bosinger, M. (2013). Sleep apnoea and metabolic dysfunction. *European respiratory review*, 22(129), pp. 353-364.

Canellas, F. e Lecea, L. (2012). Relaciones entre el sueño y la adicción. *Editorial*, 24 (4) , pp.287-290.

Costa, G. (2010). Shift work and health: current problems and preventive actions. *Safety and Health at Work*, 1, pp. 112 – 123.

Diniz, D. e Nestor, S. (2006). *Qualidade de Vida - Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. Brasil, Manole Editora.

Flo, E. et al. (2012). Shift work disorder in Nurses – Assessment, prevalence and related problems. *Plos One*, 7(4), pp. 1-9.

Ghalichi, L. et al. (2013). Sleep quality among health care workers. *Archives of medicine*, 16 (2), pp. 100-103.

Goswani, R. (2012). Shift work and its effect on social and personal life of shift workers. *International Journal of Research in Management - Economics and Commerce*, 2 (5), pp. 47-64.

Goldberg, J. (2013). What's depression? [Em linha]. Disponível em : <http://www.webmd.com/depression/guide/what-is-depression?page=3>. [Consultado em 28/08/13]

Goldberg, J. (2013). Depression in woman [Em linha]. Disponível em : <http://www.webmd.com/depression/guide/depression-women?page=4>. [Consultado em 13/07/13]

Gruber, R. (2010). Sleep. Eat. Perform?. *Douglas Mental Health University Institute*.

Gusmão, R. *et al.* (2005). O PESO DAS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta médica Portuguesa*, 18, pp. 129-146.

Han, K. *et al.* (2012). Stress and sleep disorder. *Experimental Neurobiology*, 21(4), pp. 141-150.

Hirshkowitz, M. (2013). National Sleep Foundation Poll Finds Exercise Key to Good Sleep. [Em linha]. Disponível em : <http://www.sleepfoundation.org/alert/national-sleep-foundation-poll-finds-exercise-key-good-sleep>. [Consultado em 13/07/13]

Hoban, T. (2013). Sleep disorders in children. *Sleep disorders*, 19, pp. 185-198.

Kallestad, H. *et al.* (2012). Impact of sleep disturbance on patients in treatment for mental disorders. *BMC Psychiatry*, 12, pp. 179.

Kircanski, K. *et al.* (2012). Cognitive aspects of depression. *National Institute of Health*, 3 (3), pp. 301 – 313.

Kwon, S. *et al.* (2013). Narcolepsy with obstructive sleep apnea in a 4-year-old Korean girl: a case report. *Journal of Korean medical science*, 28(5), pp. 792-794.

Sintomatologia Depressiva e Sono

Kubota, K. *et al* . (2010). Association between workaholism and sleep problems among hospital nurses. *Industrial Health*, 48, pp. 864 – 871.

Kolla, B., Auger, R. (2011). Jet lag and shift work sleep disorders: How to help reset the internal clock. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*, 78(10), pp. 675 – 684.

Landsness, E. (2011). Antidepressant affects of selective slow wave sleep deprivation in major depression: A high density EEG investigation. *Journal of Psychiatric Research*, 45, pp. 1019-1016.

Lowden, A. *et al*. (2010). Eating and shift work – effects on habits, metabolism and performance. *Scandinavian Journal of Work Environ Health*, 36(2), pp 150 – 162.

Luca, A. (2013). Sleep disorders and depression: brief review of the literature, case report, and nonpharmacologic interventions for depression. *Clinical Interventions in Aging*, 8, pp. 1033-1039

Noble, R. (2005). Depression in woman . . . [Em linha]. Disponível em : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0026049505000363>. [Consultado em 017/03/13]

Mullington , M. *et al*. (2009). Cardiovascular, Inflammatory and Metabolic Consequences of Sleep Deprivation. *National Institutes of Health*, 51(4), pp. 294-302

Okun, M. *et al*. (2012), Disturbed sleep, a novel risk factor for Preterm Birth?. *Journal of women's health*, 21(1), pp. 54-60.

Paiva, T. (2008). *Bom Sono , Boa Vida*. Lisboa, Oficina do Livro.

Paiva, T. e Penzel, T. (2011). *Centro de Medicina do Sono – Manual Prático*. Lisboa. Lidel edições técnicas.

Proctor, A. e Bianchi, M. (2012). *Clinical Pharmacology in Sleep Medicine. ISRN pharmacology.*

Qiu, C. Et al. (2007). Associations of depression and depressive symptoms with preeclampsia: results from a Peruvian case-control study. *BMC Woman,s health* 2007, 7 (15).

Rea, M. *et al.* (2012). Relationship os morning cortisol to circadian phase and rising time in young adults with delayed sleep times. *International journal of Endocrinology.*

Ramsawh, H. et al. (2009). Relationship of anxiety disorders, sleep quality, and functional impairment in a community sample. *Journal of Phychiatric Research*, 43, pp. 926-933

Rebelo Pinto, T. (2010). *O sono em adolescentes portuguesas – Estudo exploratório no âmbito da educação para a saúde.* Tese de Mestrado não Publicada. ISPA-IU. Lisboa

Rebelo Pinto, T. et al. (2010). Hábitos de Sono e ansiedade, depressão e stresse: que relação). *Actas do 12º colóquio de psicologia e educação.*

Ribeiro, J.L.P. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde.* Porto, Legis Editora/Livpsic.

Rhee, M. *et al.* (2012). Evaluation of two circadian rytthm uestionnaires for screening for delayed sleep phase disorder. *Korean Neuropsychiatric Association*, 9, pp. 236-244.

Sintomatologia Depressiva e Sono

Ribeiro, J.L.P. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto, Legis Editora/Livpsic.

Shochat, T. (2007). Validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index Hebrew Translation (PSQI-H) in a Sleep Clinic Sample. *IMAJ*, 9, pp. 853-856.

Silva, I (2007). Adaptação ao trabalho por turnos. [Em linha]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7723/1/Tese%20de%20Isabel%20Maria%20Soares%20da%20Silva.pdf> [Consultado em 15/ 05/ 13]

Smyth, C. (2012). The Epworth Sleepiness Scale (ESS).

Slater, E. et al. (2012). Excessive daytime sleepiness in sleep disorders. *J Thorac Dis*, 4(6), pp. 608-616.

Smarr, K. (2011). Measures of depression and depressive symptoms. *Arthritis Care & Research – American College of Rheumatology*, 63, pp. 454-466.

Soares, A. (2010). *O sono – Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa. Lidel edicções técnicas.

Williams, P. e Krigsfeld, J. (2012). The close relationship between sleep disorders and reproductive dysfunction in endocrinology. *Frontiers in Endocrinology*. 3 (117), pp.1-2.

Woodham, C, (2012). Does your child really have ADHD?. . [Em linha]. Disponível em : <http://health.usnews.com/health-news/articles/2012/06/20/does-your-child-really-have-adhd>. [Consultado em 05/03/13]

Vitaterna, M. (2005). Overview of circadian rhythms. [Em linha]. Disponível em : <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh25-2/85-93.htm>. [Consultado em 05/03/13]

Sintomatologia Depressiva e Sono

Zamosky, L. (2009). The Truth About Tryptophan. [Em linha]. Disponível em :
<http://www.webmd.com/food-recipes/features/the-truth-about-tryptophan>.

[Consultado em 19/07/13

VII - ANEXOS

ANEXO I - Questionário



Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Este estudo científico insere-se na tese de Mestrado em Ciências Farmacêuticas na Universidade Fernando Pessoa, intitulada “ Sintomatologia depressiva e sono” e tem como principal objectivo conhecer a eventual sintomatologia depressiva e os seus hábitos de sono, de acordo com trabalho por turnos.

Todos os dados são anónimos e confidenciais. Não há respostas correctas ou erradas.

Desde já agradece-se a sua colaboração!

1. Dados Socio-demográficos

1.1) Idade: ____ anos 1.2) Sexo: ____ (M / F) 1.3) Peso: ____ Kg 1.4) Estatura: ____ m

Estado civil: (Assinale com um “X”)

____ Casado(a) / Vive com ____ Solteiro(a) ____ Separado(a) / Divorciada(a) /
companheiro(a) Viúvo (a)

1.6) Profissão: _____ 1.7) N.º de horas de trabalho semanais: _____ horas

1.8) Se tem filhos por favor indique o número e idades

Número de filhos: _____ Idades: _____ anos

Avaliação do Sistema de horários de trabalho

2.1) Trabalha por turnos? Sim ____ Não ____ 2.1.1) Se sim, há quanto tempo?
_____ anos

2.2) Como se distribuem os seus turnos de trabalho durante a semana? (Indique o número de
vezes que trabalha em cada um dos seguintes turnos)

Manhã: ____ vezes b) Tarde: ____ vezes c) Noite: ____ vezes

Sintomatologia Depressiva e Sono

2.2) Se dependesse de si, qual o turno que escolheria para trabalhar permanentemente? (Assinale com um "X")

Manhã ____ b) Tarde ____ c) Noite ____

2.3) Acha que em geral o regime de trabalho por turnos é mais vantajoso do que um regime de horário fixo? Sim: ____ Não: ____

2.3.1) Se sim, porquê? _____

Avaliação da situação social e familiar

3.1) Preencha a seguinte tabela (assinale com um "X")

	Nada	Pouco	Muito
Em que medida o seu horário de trabalho interfere com o seu tempo de lazer?			
Em que medida o seu horário de trabalho interfere com a sua vida social e familiar?			
Em que medida o seu horário de trabalho interfere com as suas actividades pessoais (Cabeleireiro, médico...)?			
Em que medida o seu horário de trabalho interfere na sua alimentação?			

3.2) No seu agregado familiar mais alguém trabalha por turnos?

Sim: ____ Não: ____

4. Impacto do horário trabalho na alimentação

4.1) Sente que o tempo que tem disponível é adequado a uma boa refeição?

Sim: ____ Não: ____

4.2) Escolha a opção que mais se adequa à frequência com que realiza cada uma das seguintes refeições: (Assinale com um "X")

	Nunca	Quase Nunca	Quase Sempre	Sempre
Pequeno almoço				
Almoço				
Lanche				
Jantar				
Seia				

Sintomatologia Depressiva e Sono

4.3) Relativamente ao consumo das seguintes substâncias, escolha a opção que mais se adequa aos seus hábitos (assinale com um “X”)

	Nunca	Quase Nunca	Quase Sempre	Sempre
Refrigerantes				
Bebidas Alcoólicas				
Café				
Tabaco				

4.4) Pratica exercício físico regularmente? Sim: _____ Não: _____

5. Avaliação de Sintomatologia Depressiva

5.1) Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir seleccione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

- [0] Não me sinto triste.
- [1] Sinto-me triste.
- [2] Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.
- [3] Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

- [0] Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.
- [1] Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.
- [2] Sinto que não tenho nada a esperar.
- [3] Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

- [0] Não me sinto fracassado(a).
- [1] Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.
- [2] Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
- [3] Sinto que sou um completo fracasso.

6.

- [0] Não me sinto que esteja a ser punido(a).
- [1] Sinto que posso ser punido(a).
- [2] Sinto que mereço ser punido(a).
- [3] Sinto que estou a ser punido(a).

7.

- [0] Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
- [1] Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
- [2] Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).
- [3] Eu odeio-me.

8.

- [0] Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
- [1] Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
- [2] Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.
- [3] Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

9.

- [0] Não tenho qualquer ideia de me matar.
- [1] Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.

Sintomatologia Depressiva e Sono

4.

- [0] Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.
- [1] Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.
- [2] Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.
- [3] Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5.

- [0] Não me sinto particularmente culpado(a).
- [1] Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.
- [2] Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.
- [3] Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

11.

- [0] Não me irrita mais do que costumava.
- [1] Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
- [2] Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
- [3] Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

- [0] Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- [1] Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
- [2] Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- [3] Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

- [0] Tomo decisões como antes.
- [1] Adio as minhas decisões mais do que costumava.
- [2] Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- [3] Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

- [0] Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
- [1] Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
- [2] Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que

[2] Gostaria de me matar.

[3] Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

10.

- [0] Não costumo chorar mais do que o habitual.
- [1] Choro mais agora do que costumava fazer.
- [2] Actualmente, choro o tempo todo.
- [3] Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

17.

- [0] Não fico mais cansado(a) do que o habitual.
- [1] Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.
- [2] Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
- [3] Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

- [0] O meu apetite é o mesmo de sempre.
- [1] Não tenho tanto apetite como costumava ter.
- [2] O meu apetite, agora, está muito pior.
- [3] Perdi completamente o apetite.

19.

- [0] Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- [1] Perdi mais de 2,5 kg.
- [2] Perdi mais de 5 kg.
- [3] Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim _____ Não _____

20.

- [0] A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
- [1] Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.
- [2] Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e

Sintomatologia Depressiva e Sono

me tornam nada atraente.

[3] Considero-me feio(a).

15.

[0] Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

[1] Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

[2] Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.

[3] Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

[0] Durmo tão bem como habitualmente.

[1] Não durmo tão bem como costumava.

[2] Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

[3] Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

torna-se difícil pensar em outra coisa.

[3] Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

[0] Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

[1] Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

[2] Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

[3] Perdi completamente o interesse na vida sexual

6) Avaliação da qualidade do sono

6.1) Qual a possibilidade de adormecer nas seguintes situações, em contraste com a sensação de se sentir apenas cansado? Isto refere-se ao seu dia a dia recente. Ainda que não tenha passado por nenhuma das situações recentemente, tente imaginar como reagiria a cada uma delas.

Instruções: Use o número mais apropriado para cada situação

0 – Nenhuma possibilidade de adormecer

1 – Pequena possibilidade de adormecer

2 – Moderada possibilidade de adormecer

3 – Elevada possibilidade de adormecer

Sintomatologia Depressiva e Sono

Situação	Possibilidade de adormecer (0 a 3)
Sentado a ler	
Ver televisão	
Sentado num lugar público sem actividades como uma sala de espera, cinema, teatro, igreja...	
Como passageiro de carro ou outro tipo de transporte	
Deitado para descansar ao à tarde	
Sentado a conversar com alguém	
Sentado após uma refeição sem ingestão de álcool	
No carro parado durante alguns minutos no trânsito	

6.2 As seguintes questões dizem respeito aos seus hábitos de sono apenas no último mês. As suas respostas devem indicar a opção mais correcta para a maioria dos dias e das noites do último mês.

	Durante a semana (De Domingo a Quinta-feira)	Ao Fim-de-semana (sexta-feira e sábado)
1. A que horas foi normalmente para a cama?	_____	_____
2. Quanto tempo, em minutos, demorou em média a adormecer?	_____	_____
3. A que horas se levantou de manhã?	_____	_____
4. Quantas horas por dia dormiu (pode ser diferente do número de horas que passou na cama)	_____	_____

Sintomatologia Depressiva e Sono

5. Durante o último mês quantas vezes teve dificuldade em dormir porque...	Não durante esta semana (0)	Menos que uma vez por semana (1)	Uma ou duas vezes por semana (2)	Três ou mais vezes por semana (3)
a) não conseguiu dormir em 30 minutos				
b) acordou a meia da noite ou de manhã muito cedo				
c) teve de se levantar para ir à casa de banho				
d) não conseguiu respirar confortavelmente				
e) tossiu ou ressonou alto				
f) teve frio				
g) teve muito calor				
h) teve pesadelos				
i) teve dores				
j) outra(s) razão(ões), por favor descreva, incluindo o número de vezes que não conseguiu dormir por essas razões				
6. Durante o último mês quantas vezes tomou medicamentos (prescritos ou não por um médico) para o ajudar a dormir?				
7. Durante o último mês teve dificuldade em manter-se acordado enquanto conduzia, durante as refeições ou durante as actividades sociais?				
8. Durante o último mês quantas vezes teve dificuldade em manter o entusiasmo durante a realização das suas tarefas?				

FIM