

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Sónia Patricia Ferreira Pais Amaral

Qualidade do Sono em Estudantes do Ensino
Profissional

Relatório final

2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efectuado sob a orientação de
Especialista Ana Isabel Andrade e Professor Doutor João Duarte



Janeiro de 2015

Agradecimentos

Em primeiro lugar à minha orientadora Professora Ana Andrade, pelo encorajamento permanente, exigência, rigor e clareza contribuindo assim para o meu aperfeiçoamento e com quem tenho tido o privilégio de trabalhar.

Ao Professor Doutor João Duarte pela orientação, disponibilidade e preciosas sugestões que sempre nos manifestou.

À Professora Doutora Susana André, coordenadora do curso, por todo o seu apoio e incentivo.

Aos participantes, estudantes das Escolas Profissionais Mariana Seixas e Trancoso, personagens principais deste trabalho.

À minha família por todo o apoio e incentivo nos momentos difíceis, pois foi a eles que menos atenção prestei.

Aos meus colegas de serviço por todo o apoio e compreensão e em especial ao Artur que me ajudou na construção deste trabalho.

Às colegas do curso de mestrado Cristina Morgado, Liliana Rodrigues e Madalena Silva pelo apoio, encorajamento e partilha nos momentos mais difíceis.

Resumo

Enquadramento: O sono assume um papel preponderante no desenvolvimento físico e mental do adolescente. Adolescentes com sono insuficiente apresentam menor rendimento escolar, alterações do humor e nas relações interpessoais, dificuldade na tomada de decisão, alteração da aparência física e sonolência.

Objetivos: Avaliar a qualidade de sono e analisar a influência das variáveis sociodemográficas e acadêmicas, familiares e estilos de vida na qualidade de sono dos estudantes do ensino profissional.

Métodos: Estudo transversal, descritivo correlacional em 281 estudantes (60,30% rapazes; 15-22 anos, $M=17,63 \pm 1,39$), de duas Escolas Profissionais. Utilizou-se, a Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar, Questionário de Sonolência em Adolescentes de Cleveland, Índice Qualidade Sono de Pittsburg e questionário de dados pessoais, académicos, familiares e estilos de vida.

Resultados: Os estudantes dormem mais de 8 horas por noite, não usam medicação, latência do sono normal, boa eficiência, sem disfunção diurna e sem perturbações. As raparigas, residentes na aldeia, revelam melhor rendimento escolar e qualidade de vida. Os estudantes, pertencentes a famílias nucleares, sem irmãos, com pais casados e família equilibrada os que praticam atividade física frequentemente, fazem refeições em casa durante a semana e em família, não fumam e sem sonolência revelam melhor qualidade de sono. A sonolência no transporte, género masculino, idade e sonolência noturna predizem a qualidade de sono.

Conclusão: O sono e as características individuais associadas devem ser tidos em conta nos processos de diagnóstico e intervenção no ensino profissional. Face à pertinência do tema, deverá privilegiar-se a interação afetiva com a família.

Palavras-chave: Sono, Adolescentes, Família, Sonolência diurna

Abstract

Framework: Sleep plays a vital role in physical and mental development of adolescents. Teenagers with insufficient sleep have lower academic incomes, changes in mood and in interpersonal relations, decision-making difficulty, physical appearance changes and sleepiness.

Objective: Assess sleep quality and analyze the influence of socio-demographic and academic variables, family relationships and life-style in vocational education students' sleep quality.

Methods: Cross-sectional, descriptive and correlational research, applied in 281 students (60,30% males; 15-22 years old, $M=17,63 \pm 1,39$) from 2 Vocational Schools. The Family Adaptability and Cohesion Scale was used, The Cleveland Adolescent Sleepiness Questionnaire, The Pittsburgh Sleep Quality Index and a questionnaire with personal, academic, familiar and life-style data.

Results: Students sleep more than 8 hours per night, don't use medication, have a normal sleep latency, good efficiency, without day-time dysfunction or disturbances. Females who live in the village reveal a better school performance and life quality. Students belonging to nuclear families, without brothers or sisters, with married parents and balance family practice physical activity frequently, have meals at home with the family during the week, don't smoke and without sleepiness reveal better sleep quality. Sleepiness on transports, male gender, age and nocturnal sleepiness predict the quality of the sleep.

Conclusions: Sleep and associated individual characteristics must be taken into consideration in the diagnosis and intervention processes in vocational education. According to the relevance of the theme, it should be given priority to the affective interaction with the family.

Key-words: Sleep, Adolescents, Family, Day-time sleepiness.

Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas	
Lista de Quadros	
Lista de Figuras	
Lista de Abreviaturas e Siglas	
Introdução	23
1 – Metodologia	33
1.1 – Métodos	33
1.2 – Instrumento de recolha de dados	35
1.2.1 – Questionário	35
1.2.2 – Escalas	36
1.3 – Participantes	60
1.3.1 – Caracterização socio-espacial	60
1.3.2 – Caracterização sociodemográfica	61
1.3.3 – Caracterização académica	62
1.4 – Procedimentos na recolha de dados	64
1.4.1 – Recodificação das variáveis originais	65
1.5 – Análise de dados	67
2 – Resultados	71
2.1 - Análise Descritiva	71
2.1.1 – Variáveis de contexto familiar	71
2.1.2 – Estilos de vida	74
2.1.3 – Adaptabilidade e Coesão familiar	77
2.1.4 – Sonolência diurna em adolescentes	78
2.1.5 – Qualidade do sono	80
2.2 – Análise inferencial	88
2.2.1 – Relação entre qualidade de sono e variáveis sociodemográficas e de contexto académico	88
2.2.2 – Relação entre as variáveis de contexto familiar e a qualidade de sono	92
2.2.3 – Relação entre os estilos de vida e a qualidade de sono	97
2.2.4 - Regressão linear múltipla entre o índice da qualidade do sono e as variáveis sociodemográficas, de contexto familiar e sonolência diurna	102
3 – Discussão	109
3.1 - Discussão metodológica	109
3.2 - Discussão dos resultados	110
3.2.1 – Relação entre as variáveis de contexto sociodemográfico e académico e a qualidade de sono	112
3.2.2 – Relação entre as variáveis de contexto familiar e a qualidade de sono	114
3.2.3 – Relação dos estilos de vida na qualidade de sono	115
4 – Conclusões	117
Referências Bibliográficas	

Anexos	
Anexo I – Instrumento de recolha de dados	127
Anexo II - Autorização para utilização da escala Faces II e o Questionário de Sonolência em Adolescentes de Cleveland	139
Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu	141
Anexo IV – Autorizações para a realização do estudo nas Escolas Profissionais Mariana Seixas e Trancoso	143
Anexo V – Declaração de consentimento informado para maiores e menores de 18 anos	145

Lista de Tabelas

	Pág.	
Tabela 1	Consistência interna escala de FACES II	42
Tabela 2	Relações entre itens e subescalas da escala de FACES II	43
Tabela 3	Valores de Alfa de Cronbach dos fatores e da escala global da FACES II	44
Tabela 4	Correlação dos itens com os fatores e com o valor global da Escala FACES II	45
Tabela 5	Matriz de correlação de Pearson entre os fatores e o valor global da escala	45
Tabela 6	Consistência Interna do questionário de sonolência em adolescentes de Cleveland	48
Tabela 7	Relações entre itens e subescalas do questionário de sonolência em adolescentes de Cleveland	50
Tabela 8	Correlação dos itens com os fatores e com o valor global do questionário de sonolência em adolescentes de Cleveland	51
Tabela 9	Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e a sonolência diurna	52
Tabela 10	Consistência Interna do Índice de qualidade do sono de Pittsburg	59
Tabela 11	Matriz de Correlação de Pearson entre sub-escalas e o índice da qualidade de sono	60
Tabela 12	Estatísticas em relação à idade	61
Tabela 13	Caraterísticas sociodemográficas dos estudantes	62
Tabela 14	Caraterísticas académicas dos estudantes	64
Tabela 15	Caraterísticas familiares dos estudantes	72
Tabela 16	Relação entre o género e habilitações literárias dos pais	73
Tabela 17	Relação entre o género e o emprego dos pais	74
Tabela 18	Relação entre o género e a frequência e duração da atividade física	75
Tabela 19	Relação entre o género e estilos de vida	76
Tabela 20	Estatísticas em relação à família	77
Tabela 21	Relação entre o género e as caraterísticas familiares	78
Tabela 22	Teste de U Mann-Whitney entre o género e a Escala FACES II	78
Tabela 23	Estatísticas em relação à sonolência diurna	79
Tabela 24	Teste de U Mann-Whitney entre o género e a sonolência diurna	79
Tabela 25	Relação entre sonolência diurna, género e grupos etários	80
Tabela 26	Qualidade subjetiva do sono género e idade	81
Tabela 27	Latência do sono género e idade	82
Tabela 28	Duração do sono género e idade	82
Tabela 29	Eficiência habitual do sono género e idade	83
Tabela 30	Perturbação do sono género e idade	84
Tabela 31	Uso de medicação hipnótica género e idade	84
Tabela 32	Disfunção diurna género e idade	85
Tabela 33	Estatísticas em relação à qualidade do sono	85
Tabela 34	Prevalência da Qualidade do sono	86
Tabela 35	Relação entre o total da qualidade do sono e a coesão	86

	familiar	
Tabela 36	Relação entre o total da qualidade do sono e adaptabilidade familiar	87
Tabela 37	Relação entre o total da qualidade do sono e o tipo de família	87
Tabela 38	Relação entre sonolência diurna excessiva e o total da qualidade do sono	87
Tabela 39	Teste de t de Student entre o género e a qualidade do sono	89
Tabela 40	Teste de Kruskall-Wallis entre o local de residência e a qualidade do sono	89
Tabela 41	Teste de U Mann-Whitney entre o continente de origem e a qualidade de Sono	90
Tabela 42	Teste de Kruskall-Wallis entre o ano de curso e a qualidade do sono	90
Tabela 43	Teste One Way Anova entre o curso e a qualidade do sono	91
Tabela 44	Teste de t de Student entre o rendimento escolar e a qualidade do sono	91
Tabela 45	Teste de t de Student entre o tema saúde apresentado na escola e a qualidade do sono	92
Tabela 46	Teste de U Mann-Whitney entre o agregado familiar e qualidade do sono	93
Tabela 47	Teste de t de Student entre a coabitação e a qualidade do sono	93
Tabela 48	Teste de Kruskall-Wallis entre o número de irmãos e a qualidade do sono	94
Tabela 49	Teste de Kruskall-Wallis entre o estado civil dos pais e a qualidade do sono	94
Tabela 50	Teste de Kruskall-Wallis entre as habilitações literárias do pai e a qualidade do sono	95
Tabela 51	Teste de Kruskall-Wallis entre as habilitações literárias da mãe e a qualidade do sono	95
Tabela 52	Teste de U Mann-Whitney entre o emprego pai e a qualidade do sono	96
Tabela 53	Teste de U Mann-Whitney entre o emprego da mãe e a qualidade do sono	96
Tabela 54	Teste de U Mann-Whitney entre o ambiente familiar e a qualidade do sono	97
Tabela 55	Teste de U Mann-Whitney entre a prática de atividade física e a qualidade do sono	97
Tabela 56	Teste de U Mann-Whitney entre a frequência de atividade física e a qualidade do sono	98
Tabela 57	Teste de Kruskall-Wallis entre a duração da atividade física e a qualidade do sono	98
Tabela 58	Teste de Kruskall-Wallis entre o local de refeição durante a semana e a qualidade do sono	99
Tabela 59	Teste de t de Student entre a frequência das refeições em família e a qualidade do sono	100
Tabela 60	Teste de U Mann-Whitney entre o número de horas que dorme por semana e a qualidade do sono	100
Tabela 61	Teste de U Mann-Whitney entre o número de horas que dorme fim-de-semana e a qualidade do sono	101
Tabela 62	Teste de t de Student entre o hábito do fumo e a qualidade do sono	101

Tabela 63	Teste de U Mann-Whitney entre a frequência com que fuma e a qualidade do sono	102
Tabela 64	Correlação de Pearson entre as variáveis independentes e a qualidade do sono	103
Tabela 65	Trajetória. Rácios críticos e coeficientes Beta	105

Lista de Quadros

		Pág.
Quadro 1	Conceitos relacionados com a Coesão e Adaptabilidade Familiares e respetivos itens da escala	40
Quadro 2	Interpretação linear da Faces II	41
Quadro 3	Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da Escala Faces II	46
Quadro 4	Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da Escala sonolência de Cleveland	52
Quadro 5	Recodificação das variáveis originais	65
Quadro 6	Regressão linear múltipla entre a qualidade de sono (global) e variáveis preditoras	104

Lista de Figuras

		Pág.
Figura 1	Análise fatorial confirmatória da Escala Faces II	47
Figura 2	Análise fatorial confirmatória do Questionário de Sono- lência em adolescentes de Cleveland	53
Figura 3	Modelo de 2ª Ordem da sonolência de Cleveland	54
Figura 4	Output gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizado	105
Figura 5	Modelo final representativo das relações entre as variá- veis independentes e os fatores do IQSP	106

Lista de Abreviaturas e siglas

AFC - Análise Fatorial Confirmatória
AGFI - Adjusted Goodness-of-Fit Index
AMOS - Analysis of Moment Structures
CFI - Comparative Fit Index
CV – Coeficiente de Variação
D.p – Desvio padrão
EEG – Eletroencefalograma
EP - erro padrão
FACES - Adaptability and Cohesion Evaluation Scale
FC - Fiabilidade Compósita
GFI - Goodness-of- Fit Index
K - curtose
Ks – Kolmorov-smirnov
Máx - Máximo
Min – Mínimo
MLE - Maximum-Likelihood Estimation
Nº - número
NREM – No Rapid Eye Moviment
OM – Ordenação Média
p – significância
PSQI - Índice de qualidade do sono de Pittsburg
R – variância
R² - coeficiente de determinação
REM - Rapid Eye Moviment
RMR - Root mean square residual
RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
SRMR - Standardized root mean square residua
SK - Skewness I
T – teste t student
UMW - U-Mann Whitney
VEM - variância extraída média
VIF - variance inflation factor
WHO – World Health Organization
X – MEDIA

Lista de Símbolos

χ^2 - Qui-quadrado

χ^2/gl - Razão entre qui quadrado e graus de liberdade

% - percentagem

& -ampersand ou e comercial

Introdução

O sono é um processo biológico fundamental a todos os seres vivos e influencia em grande parte as atividades realizadas no período de vigília (Banks & Dinges, 2007).

Os seres humanos passam cerca de um terço das suas vidas a dormir. Talvez por isso haja tanto interesse no estudo do sono, bem com das suas funções e os efeitos da sua privação (Pereira, 2013).

Atualmente os problemas do sono têm uma enorme importância. São consensuais as consequências diurnas da privação crónica de sono nas crianças e adolescentes e suas repercussões no crescimento, no comportamento e na aprendizagem (Moreno, 2012).

O mesmo autor refere ainda que as necessidades de sono variam ao longo da vida. O conhecimento da evolução do padrão de sono normal e sua variação ao longo da idade torna-se assim indispensável para a compreensão das suas alterações e para a avaliação das consequências da sua privação durante o dia.

As recomendações em relação ao número de horas de sono têm vindo a diminuir ao longo da história (Moreno, 2012).

Numa revisão da literatura sobre as recomendações em horas de sono desde 1897 (32 trabalhos), concluíram que tanto as recomendações como as horas de sono efetivamente dormidas, têm vindo sistematicamente a declinar com os anos (Matriciani, Olds, Blunden, Rigney, Williams, 2012).

Apesar de todos esses estudos, não será fácil atribuir uma definição objetiva ao sono. Poderá dizer-se que o sono corresponde a um estado de repouso em que se poderão recuperar energias para executar da melhor forma as tarefas do quotidiano (Rente & Pimentel, 2004).

O sono deverá ter uma qualidade e quantidade adequadas a cada indivíduo, para que se acorde, de certa forma, revitalizado tanto a nível físico como mental (Pereira, 2013).

Com as observações do registo do eletroencefalograma, foi possível estudar o sono e reconhecer que o sono não é um estado homogéneo, em que existem dois estados distintos no sono: o sono REM (*Rapid Eye Movement*) e o sono não REM (NREM), (Seixas, 2009).

A arquitetura do sono refere-se à distribuição dos estados e fases durante toda a noite. As medições da arquitetura do sono incluem as quantidades absolutas de sono REM e

de cada estágio de sono NREM (em minutos), a quantidade relativa de sono REM e dos estágios de sono NREM (expressa como uma percentagem do tempo de sono total) e a latência entre o início do sono e o primeiro sono REM (latência REM)(Duarte, 2008).

Ao adormecer cada pessoa entra em sono lento durante o qual se verifica um relaxamento da musculatura (Duarte, 2008).

A ativação parassimpática é dominante fazendo-se acompanhar por isso mesmo de miose intensa, diminuição da sudorese, da frequência cardíaca, da pressão arterial e perda de resposta psicogalvânica. A motilidade gastrointestinal aumenta e a respiração torna-se regular. Existe ainda uma diminuição do consumo cerebral de oxigénio, bem como da temperatura central, embora os mecanismos de termorregulação funcionem de modo semelhante aos da vigília (Duarte, 2008).

O mesmo autor refere ainda que embora os sonhos sejam facilmente esquecidos e o seu conteúdo incida sobre aspetos quotidianos, a atividade cognitiva persiste neste período.

Os quatro estágios do sono NREM são distintos principalmente pelas alterações produzidas no EEG. A fase 1 ou sonolência caracteriza-se por movimentos oculares lentos e é uma fase em que se desperta facilmente. De seguida ocorre o aparecimento do primeiro fuso de sono que estabelece o início da fase 2, bem como do sono. O tempo que decorre entre o momento em que a pessoa se deita e o momento em que aparece o primeiro fuso designa-se de latência, significa o tempo que a pessoa demora a adormecer e não deve ser superior a 30 minutos. Passados alguns minutos em fase 2, o indivíduo entra numa fase de sono lento profundo (fase 3 e 4). No final destas fases passa-se novamente à fase 2 e finalmente ocorre a fase REM (cerca de 90 minutos após o início do sono) (Rente & Pimentel, 2004).

Em suma, as fases 1 e 2 referem-se ao sono superficial, enquanto as fases 3 e 4 dizem respeito ao sono lento profundo (Duarte, 2008).

O sono REM é também designado de “paradoxal”, isto porque algumas áreas cerebrais se encontram em intensa atividade e outras pelo contrário estão reprimidas (Duarte, 2008).

Representa entre 20 a 25% da duração total do sono e ocorre ciclicamente com uma periodicidade de 4 a 6 episódios por noite, alternados com períodos de sono lento. Geralmente surge em intervalos de 60 a 90 minutos após a primeira progressão da fase 1 até à fase 4 de sono (Seixas, 2009).

O autor supracitado refere ainda que os primeiros episódios são de muito curta duração mas vão aumentando de forma progressiva até cerca de 30 minutos no último episódio.

O sono REM diz respeito a uma fase do sono em que existe uma intensa atividade cerebral e é como se a pessoa estivesse acordada, é nesta fase que ocorrem os sonhos e pode despertar-se facilmente (Rente & Pimentel, 2004; Pereira, 2013).

Será de salientar que o sono REM desempenha um importante papel no crescimento e desenvolvimento intelectual do ser humano (McCarley, 2007; Pereira, 2013).

Adolescência

A adolescência é considerada um período de desenvolvimento, numa primeira fase, marcado pela manifestação da puberdade. Esta fase implica diferentes mudanças corporais, quer nos rapazes, quer nas raparigas, sendo que nas raparigas surge mais cedo (Santos, 2013).

É de extrema importância um sono adequado durante a adolescência, pois o desenvolvimento físico depende da hormona do crescimento e constata-se que é durante o sono que a hormona do crescimento é produzida (Seixas, 2009).

A par das modificações físicas que surgem nesta fase do desenvolvimento, que é a puberdade, as quais são intercedidas pela reação emocional do próprio adolescente e pela resposta daqueles que compõem o seu contexto social envolvente, esta fase, embora se constitua como uma experiência biológica, ela tem efeitos ao nível psicológico, cognitivo e social (Santos, 2013).

O autor supracitado refere ainda que uma das fases pela qual o adolescente passa, independentemente da cultura ou meio social onde se insere, diz respeito à construção da identidade, em que o adolescente é confrontado com novos papéis, oportunidades e responsabilidades. O desenvolvimento de um indivíduo determina-se e ocorre num contexto social assinalado pelas relações interpessoais, pela interação familiar, escolar e cultural.

O adolescente vivencia um período de crise em constante alternância entre a identidade e a confusão de identidade, desenvolvendo a sua individualidade e ao mesmo tempo tem de enquadrar essa individualidade na sociedade onde se insere, reconhecendo e concedendo-lhe, esta última, estatuto e posição social. A formação da identidade constitui um limite que assinala o terminar da adolescência e o início de uma vida adulta (Santos, 2013).

Estudantes do ensino profissional

No passado, o ensino profissional era um ensino que não dava acesso direto ao ensino superior e sem grandes possibilidades de adaptação a novas situações nem ao pro-

gresso tecnológico. Os jovens pertencentes às classes sociais mais baixas eram orientados para este tipo de ensino, pois havia uma necessidade de um emprego a curto prazo. O ensino técnico e profissional teve como principal objetivo fornecer ao mercado de trabalho a mão-de-obra especializada num nível intermédio da estrutura de emprego (Madeira, 2006).

Para o mesmo autor atualmente, definiram-se novos perfis profissionais e escolares, alargou-se o conceito de formação profissional e alteram-se modelos educativos, exigindo-se ao ensino em geral, e ao ensino técnico e profissional em particular, a adequação dos seus objetivos. Espera-se que contribua também para o desenvolvimento económico e para a minimização do desemprego jovem, reduza o insucesso escolar e seja uma forma de normalizar o acesso ao ensino superior, atenuando a pressão da procura, ao desviar os alunos para outras alternativas.

O Sono na adolescência

O sono assume um papel preponderante no desenvolvimento físico do adolescente mas também contribui para o desenvolvimento mental, nomeadamente das funções cognitivas (Santos, 2013).

É nesta fase, que se registam alterações no ciclo vigília-sono, que provavelmente se relacionam com a interação de diversos fatores, nomeadamente, as grandes mudanças sociais e fisiológicas, típicas da puberdade (Richardson, Tate & Carskadon, 2002). Estas mudanças que decorrem durante toda a fase da puberdade, ao nível neurofisiológico, intensificam um atraso ligeiro na *Relações de Fase* e uma maior necessidade de dormir (Richardson, Tate & Carskadon, 2002; Paiva, 2008). Numa sociedade onde aumentam as exigências dos diferentes contextos de vida dos adolescentes (e.g. escola, família e grupo de pares), é compreensível que exista a sobrevalorização de diversas atividades que não o sono. As novas atividades realizadas ocupam o lugar do sono. A recente e excitante rotina produz momentos de incerteza e ansiedade, que contribuem para as alterações emocionais, provocando a dificuldade do relaxamento no momento de dormir (Santos, 2013).

A nível pessoal, o jovem experimenta novas formas de pensamento e uma crescente autonomia em relação ao meio familiar, o que lhe permite um maior controlo em relação aos hábitos quotidianos. Por falta de interesse ou de conhecimentos sobre o assunto, é frequente que os jovens não valorizem devidamente os seus comportamentos relacionados com o sono (Rebelo Pinto, 2010).

A maioria dos jovens não dorme tanto quanto seria necessário, com repercussões na saúde do indivíduo (Santos, 2013). Este autor refere que múltiplos estudos indicam que o adolescente que não dorme o suficiente vai ter menor rendimento escolar, podendo iniciar

instabilidade de humor (humor depressivo), começar a revelar problemas nas relações interpessoais e dificuldade na tomada de decisões. A sua aparência física também sai prejudicada. Além disso quando conduz ou pratica desportos, fica em maior risco de sofrer um acidente. O adolescente sonolento pode ser um risco para si mesmo e para os outros (Fonseca, 2005).

Na China Fen-Gau & Soong (1995) cit in Teixeira (2002), aplicaram um questionário de sono a 930 estudantes e verificaram ocorrer uma redução progressiva da duração de sono com o aumento da idade, como também uma diminuição da qualidade subjetiva do sono nos dias escolares, e um aumento da duração de sono nos fins-de-semana.

Resultados idênticos foram encontrados no Brasil por Andrade, Benedito-Silva & Menna-Barreto (1993), que pesquisaram 66 estudantes adolescentes, com idade média de 13,6 anos e verificaram ocorrer um atraso em torno de uma hora no início do sono noturno e três horas no horário de despertar.

Diante dos padrões dos ciclos atividade/repouso e vigília/sono observados, é importante salientar que a privação do sono manifestada pelos adolescentes, ou seja, a menor duração de sono e de repouso por eles relatados, se relacionam com horários mais tardios de início de sono e de repouso nesta etapa do desenvolvimento, por decorrência da fase de desenvolvimento físico do adolescente e de uma má higiene do sono (Duarte, 2008).

Na adolescência ocorre, em simultâneo com a maturação pubertária, um atraso nos horários de dormir e acordar, mostrando os estudos que este atraso de fase, é influenciado por fatores biológicos e sociais, e conflituante com os horários escolares do ensino básico e secundário, podendo resultar num aumento da sonolência diurna durante os dias letivos e extensão da duração do sono nos fins de semana, bem como em déficit na sua qualidade (Duarte, 2008).

O mesmo autor refere ainda que o interesse nos ritmos biológicos dos adolescentes, em muitos casos associado à preocupação com as consequências da má qualidade do sono, tem sido crescente e decorrente da irregularidade do ciclo vigília/sono e privação de sono, sobre o comportamento e o desempenho académico nesta faixa etária. Nos últimos anos, a publicação de estudos científicos sobre os ritmos circadianos dos adolescentes tem crescido, existindo nalguns países movimentos organizados pela sociedade para mudar os horários escolares de adolescentes, privilegiando a boa qualidade de sono.

Um estudo desenvolvido em estudantes de medicina com o objetivo de determinar a prevalência de bons e maus “*dormidores*” e analisar a relação das variáveis idade, sexo, efeito do consumo de substâncias estimulantes com os problemas quotidianos relativos ao sono, dos sujeitos classificados através do Índice de qualidade do sono de Pittsburg de-

monstrou que a maioria dos sujeitos são maus “*dormidores*” (Báez, Correa, Sandoval & Horrisberger, 2005).

Os adolescentes mais jovens e do sexo masculino têm uma melhor qualidade de sono em todas as subescalas, excetuando a latência do sono, o que aliás confirma que esta é uma característica dos sujeitos jovens com problemas de sono (Duarte, 2008).

Ao longo da adolescência, a sonolência diurna surge de forma crescente como a consequência primordial da privação crônica. No jovem existe uma evidência crescente do seu impacto na qualidade de vida, na atenção, na impulsividade e controlo do comportamento e na aprendizagem (Beebe DW, 2011).

A duração do sono nos adolescentes é diminuída, pois o decréscimo da duração de sono nesta fase da vida, não corresponde a uma diminuição da necessidade de sono, mas reenvia para um débito de sono e provoca o deslocamento do sono para horários mais tardios, o que provoca sonolência durante o dia (Santos, 2013).

Alguns autores defendem que as modificações hormonais presentes na maturação física de um indivíduo, influenciam os relógios biológicos, fazendo com que estes atrasem. Desta forma, os adolescentes tornam-se mais vespertinos, nesta fase do seu desenvolvimento, e revelam maior dificuldade em adormecer mais cedo (Mathias, Sanchez & Andrade, 2004).

Os sintomas associados a distúrbios do sono são cada vez mais frequentes na população adolescentes, existindo evidência científica de que cerca de 30% a 40% dos adultos apresentam algum nível de insónia e aproximadamente em 10% a 15%, a insónia é crónica o/ou severa. As mudanças que ocorrem nas características do ciclo vigília-sono dos adolescentes estão relacionadas com os estádios da puberdade. O aumento da sonolência diurna e a tendência a atrasar o horário de início de sono teriam origem em modificações orgânicas características da adolescência (Andrade, et al, 1993). Adicionalmente, fatores psicossociais, como, por exemplo, aumento na quantidade e variedade de atividades sociais e académicas do adolescente, resultam numa restrição do tempo disponível para o sono. O próprio quotidiano, como por exemplo, a necessidade de acordar cedo para ir à escola, causa, privação crónica do sono (Duarte, 2008).

Na fase da adolescência existe necessidade de mais horas de sono que a média, mas os jovens são impedidos de dormir por longo tempo à noite, fazendo-o durante o dia. Este quadro clínico caracteriza-se por apresentar um curto tempo de latência, “cochilos” abruptos, repetidos, geralmente curtos, durante o desenrolar das diferentes atividades, principalmente escolares. Apesar dos “cochilos”, o adolescente, apresenta muitas vezes pouca energia, alteração do humor, da capacidade de concentração e aprendizagem. Os, distúr-

bios emocionais podem originar insônia nos adolescentes, podendo estar também implicados diferentes problemas familiares, sociais e escolares (Alves, Carvalho & Baptista, 2002).

Andrade et al. (1993), estudaram o sono em 66 estudantes adolescentes, com idade média de 13,6 anos e verificaram que a sonolência diurna foi citada por aproximadamente 60% dos estudantes. De acordo com Maas (1995) *cit in* Teixeira (2002), 20% dos estudantes adormecem na escola e costumam ter baixo nível de alerta.

O estudo realizado em S. Paulo (1987), que pretendia identificar as queixas do sono. Mostrou que a insônia foi relatada por 41% das mulheres e 31% dos homens. A prevalência da insônia aumentou com a idade, especialmente devido ao aumento de problemas em manutenção do sono. Em 1995, foi realizado um segundo levantamento epidemiológico que obedeceu aos mesmos critérios utilizados em 1987. Quando estes dois trabalhos foram comparados observou-se a redução da sonolência diurna, sem alteração das queixas de insônias (Teixeira, 2002).

Num estudo com 1.362 adolescentes chineses, Liu (2004) *cit in* Torres (2005), foi observada uma preocupante e elevada incidência de pesadelos (40% da amostra relatou que teve pesadelos no mês anterior à pesquisa), baixa duração de sono e elevada frequência de ideias suicidas (19% já haviam tido pensamentos suicidas) entre os jovens.

Neste estudo, os estudantes que se deixaram dormir na escola, revelaram estados de humor negativos mais elevados. Existem interações significativas entre sonolência e idade, sexo, raça e duração do sono (Jean-Louis, 1998).

Num estudo epidemiológico, Gionotti (1997) relatou que estudantes Italianos dormiam menos durante a semana, queixavam-se mais de sonolência diurna e dormitavam mais frequentemente que a população em geral, e que, em decorrência destes fatores, havia uma associação com baixo desempenho acadêmico, com sintomas de ansiedade e depressão e maior uso de álcool, tabaco, cafeína (Almondes e Araújo, 2003).

A sonolência diurna excessiva afeta a maioria dos adolescentes, observando-se serem os mais velhos, e a frequentarem o 11º ano, os que apresentam maior sonolência diurna. São os jovens até aos 16 anos que maiores índices de sonolência apresentam e estes valores decrescem com a idade (Duarte, 2008).

A família e o sono dos adolescentes

A família pode ser considerada como um contexto privilegiado de intervenção (na construção de uma boa higiene do sono e promoção de um estilo de vida, entre outros,...),

em articulação com os outros contextos, em particular a comunidade escolar e o sistema de saúde onde o adolescente está inserido (Duarte, 2008).

A instabilidade relacional e a frequente existência de conflitos interpares e no seio familiar tão característica desta faixa etária contribuem ainda com mais um elemento de perturbação do sono (Moreno, 2012).

A saúde dos adolescentes é condicionada, em grande medida, pelo ambiente familiar que lhes satisfaz as necessidades imediatas e básicas de abrigo, alimentos, educação, cuidados de saúde e valores morais e espirituais necessários à formação do caráter. A família, apoiada pela comunidade e pelo ambiente multissetorial mais alargado, cabe a responsabilidade primeira pelo desenvolvimento saudável dos adolescentes. Os valores eternos do respeito pela verdade e pela dignidade humana, tal como são transmitidos no seio da família e, em geral, pelos modelos do papel social, permitem que muitos adolescentes se desenvolvam como membros bem ajustados à sociedade (WHO, 2001).

A família é o contexto de socialização primária por excelência, onde muito precocemente se enraízam e desenvolvem os hábitos, costumes e rotinas de saúde, e também os riscos e condições de insegurança. Por isso a competência parental, através do treino e capacitação, tem sido uma das estratégias preventivas mais utilizadas para assegurar que as crianças cresçam e se desenvolvam em condições saudáveis e com hábitos e costumes também saudáveis (Gaspar, 2006).

Os fatores de maturação biofisiológica, intrínsecos, constitucionais, biológicos, temperamentais e médicos, e a influência dos pais e fatores relacionados com os comportamentos interativos influenciam o sono infantil (Sadeh, Tikotzky & Scher, 2010).

As perturbações de sono podem ser causadas pela interação entre fatores fisiológicos da criança e o seu relacionamento com os pais e por condições médicas, como a apneia obstrutiva do sono, por fatores psicológicos ou sociais (Guimarães, 2013).

Existem associações entre perturbações do sono e fatores ambientais (conflito conjugal dos pais, o nível de educação inferior dos pais, a origem geográfica dos pais e alimentação noturna excessiva), bem como entre as perturbações do sono e fatores da criança (temperamento e proveniência de um nível económico desfavorecido) (Guimarães 2013).

As rotinas de sono da criança de idade escolar são determinadas pelas práticas parentais do sono (Guimarães, 2013).

A associação entre o sono infantil, as cognições parentais e os comportamentos na hora de deitar, sugere que os pais têm um papel importante na evolução e manutenção dos problemas de sono durante a infância (Touchette, Petit, Tremblay & Montplaisir, 2009).

Segundo um estudo as práticas parentais mais relaxadas (com menos normas) foram associadas a perturbação de sono na população pediátrica em geral, e as características intensas e negativas do temperamento parecem estar associadas a perturbações comportamentais de sono clinicamente significativas. Também os estilos parentais inadaptados e comportamentos diários disruptivos estão associados a perturbações de sono moderadas (OWENS – Stively, Frank, Smith, Hagino, Spirito, Arrigan e Alario, 1997).

A literatura refere-nos que é importante a imposição de limites pelos pais, sobre o conteúdo e o tempo de exposição aos media (Dworak, Schierl, Bruns & Struder, 2007), sendo que os pais devem reduzir a exposição de crianças de idade escolar aos media na hora de deitar (Blunden, 2011). A imposição de mais estrutura, como uma hora de termino de uso dos media, pode reduzir o seu impacto (Van den Bulck, 2004).

É também necessário ter em conta que o consumo de medicamentos para ajudar a dormir é comum (Kerr e Jowett, 2006), e as consequências derivantes.

As práticas de sono saudáveis (higiene de sono), que incluem um horário de sono regular; hora de deitar cedo; rotina de deitar regular; ausência de um adulto quando se adormece; ausência de objetos eletrónicos, principalmente de uma televisão no quarto; e não consumir cafeína, têm sido associadas a uma melhor qualidade de sono na população pediátrica. Uma vez que níveis elevados de excitação fisiológica (uso de estimulantes como a cafeína) e cognitiva/emocional (ver televisão) podem interferir com o sono, práticas de sono saudáveis promovem o sono, ao reduzir a estimulação ambiental. Estas boas práticas de sono permitem uma quantidade e um horário de sono adequados, baseados na idade e necessidades da criança (Owens, Jones & Nash, 2011).

Muitas crianças e adolescentes não têm qualquer educação relativamente ao sono, a par da educação musical, sexual, física e ambiental (Rebelo Pinto, 2010).

A primeira prevenção dos hábitos errados de sono é feita na família e passa por uma informação correta acerca das características do sono. Passa por aprender as boas práticas de sono, a regularidade dos horários e a importância da tranquilidade (Rebelo Pinto, 2010).

As práticas de sono são comportamentos aprendidos, a compreensão das crenças atitudes dos cuidadores sobre as práticas de sono saudáveis, e a identificação de falhas no seu conhecimento, pode facilitar o desenvolvimento de materiais educacionais e estratégias para melhorar a saúde do sono nas crianças (Owens, Jones & Nash, 2011).

Apesar da evolução dos conhecimentos sobre o sono nos últimos anos, existem ainda diversas lacunas no que se refere a investigações com adolescentes (Carskadon, 2002; Paiva, 2008).

Considera-se de extrema importância estudos nesta área, para que se possa precocemente intervir, com uma adequada higiene de sono, diagnosticar situações de crise responsáveis pelo comprometimento do sono e evitar que estas situações interfiram diretamente na qualidade de vida desde a infância, visando minimizar as repercussões irreversíveis ao longo da vida de um indivíduo (Santos, 2013).

Definindo como objeto de estudo o sono nos estudantes do ensino profissional, pretende-se averiguar qual a qualidade de sono dos estudantes do ensino profissional e subseqüente determinar a qualidade de sono dos estudantes do ensino profissional.

Tendo por base a revisão de literatura sobre o sono, o sono e a adolescência, a família e o sono dos adolescentes e a relação entre eles, segue-se a formulação da problemática do estudo, assim como dos objetivos e das questões de investigação, complementando-se com os respetivos enquadramentos teóricos e metodológicos. Seguidamente, expõe-se a metodologia a ser adotada para a realização do presente trabalho, referindo-se o esquema conceptual de base e as várias etapas que o constituem todo o trabalho.

Os participantes serão caracterizados em função das variáveis relevantes para este estudo. O instrumento utilizado será descrito pormenorizadamente, assim como, os procedimentos adotados quer na recolha de dados, quer na análise dos mesmos.

No final, pretende-se identificar os contributos deste relatório final, nomeadamente, no que respeita à melhoria do conhecimento do sono nos estudantes do ensino profissional. Um dos objetivos finais, é também, contribuir para a abertura de novos caminhos desta área do sono, particularmente com a faixa etária que nos propomos trabalhar.

Formas de intervenção educativa serão sugeridas, com o objetivo de aperfeiçoar a educação e o comportamento dos estudantes, uma vez que estes se encontram em transformação para num futuro próximo sejam adultos.

1 – Metodologia

Com este capítulo, procuramos definir as estratégias para estudarmos a qualidade do sono nos estudantes do ensino profissional, nomeadamente das Escolas Profissionais de Trancoso e Mariana Seixas.

Tendo por base o quadro teórico elaborado definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudarão a dar resposta às questões que inicialmente formulámos.

Assim, procedemos à apresentação da metodologia utilizada, de modo a tornar possível a elaboração do estudo, que versa o desenho de investigação, contemplando o meio, tipo de estudo, população/amostra, instrumento de recolha de dados, tratamento dos mesmos e princípios éticos.

1.1 - Métodos

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

Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado a elevada prevalência dos transtornos do sono em diferentes culturas e em grupos de doentes. Estimam que cerca de um terço da população mundial apresentará alguma disfunção do sono ao longo da sua vida. Esta situação tem dado lugar ao desenvolvimento de inúmeros instrumentos psicométricos que visam diagnosticar este tipo de problemas mas a sua maioria carecem de uma validação adequada e poucos se direccionam para medir a qualidade de sono.

Provavelmente, a razão desta situação deve-se ao facto da “qualidade de sono” ser um fenómeno complexo, difícil de definir e de medir com objetividade, uma vez que nele se integram aspetos quantitativos e subjetivos do sono.

Apesar da relevante evolução dos conhecimentos sobre o sono nas últimas décadas (Paiva, 2008) existem lacunas no que se refere a investigações com populações adolescentes, cujos dados possam suscitar e legitimar intervenções educativas e terapêuticas adequadas e cientificamente fundamentadas (Carskadon, 2002). Considera-se a adolescência como um período crítico na promoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente no que diz respeito ao sono.

Face a esta problemática questionamo-nos: (i) Que qualidade de sono possuem os estudantes do ensino profissional?; (ii) Que variáveis de contexto sociodemográfico e aca-

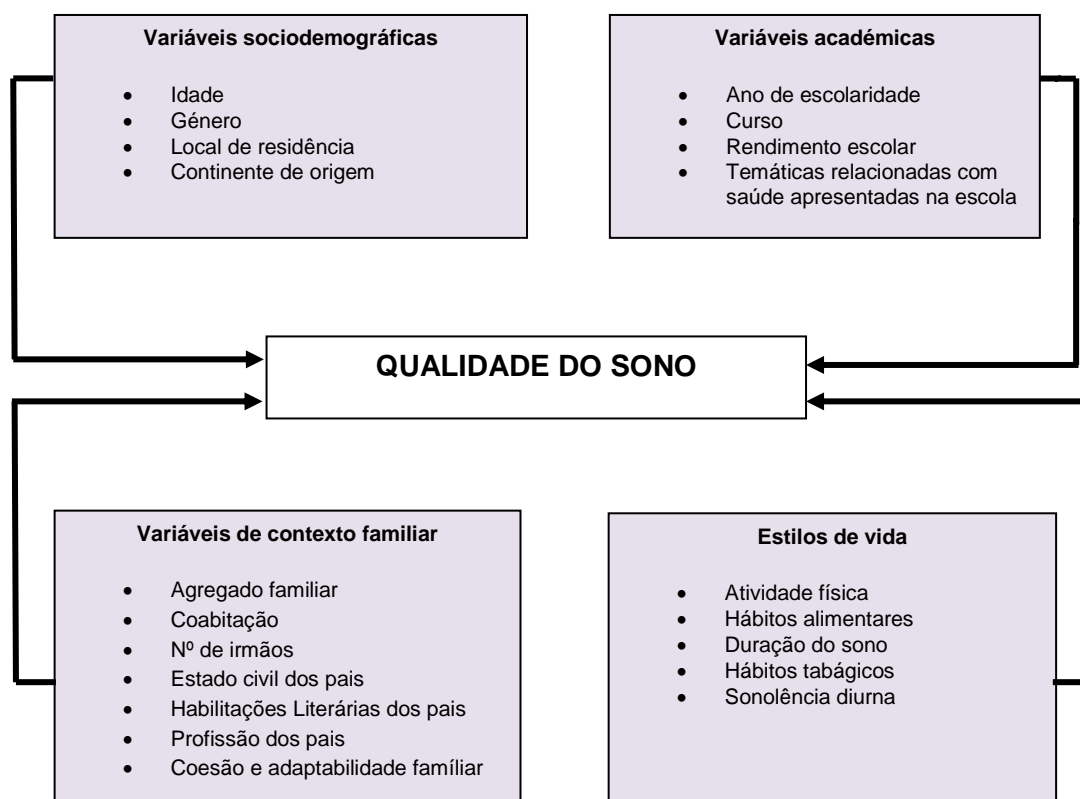
démico afetam a qualidade de sono dos estudantes do ensino profissional? (iii) Qual a relação entre as variáveis de contexto familiar e a qualidade de sono? (iv) Qual a influência dos estilos de vida na qualidade de sono dos estudantes do ensino profissional?

No intuito de responder às questões formuladas delineamos como objetivos: (i) Determinar a qualidade de sono dos estudantes do ensino profissional; (ii) Identificar as variáveis de contexto sociodemográfico e académico que afetam a qualidade de sono dos estudantes do ensino profissional; (iii) Avaliar a relação entre as variáveis de contexto familiar e a qualidade de sono; (iv) Analisar a influencia dos estilos de vida na qualidade de sono dos estudantes do ensino profissional.

Para a sua consecução efetuamos um estudo de natureza **quantitativa, transversal e descritivo-correlacional**. É um estudo quantitativo pois pretende-se garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação; é **transversal**, pois “caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo” é um **estudo descritivo e correlacional** – pois “assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar estas variáveis”.

O esquema que se apresenta procura de forma pictórica estabelecer a relação entre as variáveis em estudo.

ESQUEMA CONCEPTUAL DE BASE



1.2 - Instrumento de recolha de dados

Definido o tipo de estudo, bem como os objetivos a atingir, foi necessário procedermos à elaboração do instrumento de recolha de dados, que melhor se adaptasse com o tipo de amostra que pretendíamos estudar.

Esse instrumento é constituído por questionários e escalas validadas para a população portuguesa obedecendo à seguinte disposição:

- Questionários: (i) dados pessoais; (ii) dados académicos; (iii) dados familiares; (iv) estilos/hábitos de vida;
- Escalas: (v) escala de coesão e adaptabilidade familiar; (vi) índice de qualidade de sono de Pittsburg; (vii) questionário de sonolência em adolescentes de Cleveland.

1.2.1 - Questionário

O questionário permitiu-nos colher informações relevantes para a caracterização da amostra no que concerne a dados pessoais, à escola, aos estilos de vida e aos hábitos de sono.

Assim, a primeira parte é dedicada à caracterização sociodemográfica da nossa amostra, seguindo-se uma segunda onde se colhem dados de natureza académica englobando questões referentes ao desempenho e rendimento académico. Numa terceira parte são estudadas um conjunto de variáveis relacionadas com os estilos de vida, e na quarta parte exploramos dados conducentes ao conhecimento de hábitos de sono dos estudantes.

- **Dados pessoais**

Permitem colher informação acerca da idade, género, local de residência peso, altura, e continente de origem.

- **Dados académicos**

É composta por cinco questões, e tem como finalidade recolher informação acerca do estabelecimento de ensino que os estudantes frequentam, do ano de escolaridade em que se encontram, do curso que frequentam, da perceção do seu rendimento escolar e dos temas relacionados com saúde que foram apresentados na escola.

- **Dados familiares**

Esta parte permite colher informação acerca dos elementos que constituem o agregado familiar, coabitação, o número de irmãos, o estado civil dos pais bem como das suas habilitações literárias e profissões.

- **Estilos/ hábitos de vida**

Esta parte do questionário engloba doze questões com as quais se pretende recolher informação acerca da prática da atividade física, frequência e duração, o local onde faz as suas refeições e se faz refeições em família, o número de horas que dorme, se teve relações sexuais, se teve relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas, sem preservativo, se já recorreu à pílula do dia seguinte, se é fumador, com que frequência fuma, o número de cigarros que fuma e quais as pessoas que fumam e com quem habitualmente convivem.

1.2.2 – Escalas

Após terem sido concedidas as devidas autorizações dos autores das escalas, iniciamos a avaliação de algumas das suas propriedades métricas principalmente os estudos de validade e de fiabilidade ou fidelidade. Estes dois constructos são essenciais para garantir a qualidade informativa dos dados de um instrumento (Coutinho, 2014).

A validade refere-se à qualidade dos resultados de investigação no sentido de os podermos aceitar como factos inquestionáveis, enquanto a fiabilidade nos assegura se os dados foram obtidos independentemente do contexto, do instrumento ou do investigador (Coutinho, 2014). Para Anderson & Arsenault (1999) citado pela mesma autora, a validade é o complemento da fiabilidade ao indicar até que ponto o que medimos com o nosso instrumento reflete a realidade que queremos conhecer, ou por outras palavras dizem algo sobre o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida.

A estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens são as formas mais conhecidas de expressar a fidelidade (fiabilidade) de um instrumento. A estabilidade temporal, também entendida por fiabilidade teste-reteste, procura averiguar sobre a estabilidade do instrumento no tempo, ou seja se o instrumento utilizado dá resultados idênticos quando administrado em dois momentos diferentes.

Assim, a consistência interna ou homogeneidade dos itens, é a única medida possível de obter quando se possui um único teste que é administrado uma única vez. Esta, refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem o instrumento. Para a sua obtenção, o coeficiente a calcular deverá ter sempre presente a média das correlações entre todos os itens ou par-

tes e o número de itens ou partes.

Reportando ao nosso estudo, a consistência interna ou homogeneidade dos itens foi orientada realizando-se os seguintes passos:

(i) Determinação do poder discriminativo que é obtido através do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global, procurando determinar o grau com que o item diferencia no mesmo sentido do teste global, dado que um item é tanto mais discriminativo quanto maior discrepância proporcionar entre dois grupos (valores mais altos e mais baixos da escala).

(ii) Determinação do coeficiente alfa de Cronbach, que é o indicador mais aconselhado para a consistência interna de instrumentos do tipo escala de Likert ou *rating*. Em termos de procedimento o alfa de Cronbach, exige uma única aplicação do teste, mas em termos matemáticos procura avaliar em que grau a variância geral dos resultados da prova se associa ao somatório da variância item a item (Coutinho, 2014).

(iii) Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (*split-half*). Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos isto é procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade. O teste é tratado matematicamente como se de dois testes se tratasse (duas médias e dois desvios padrão) e o coeficiente de correlação de Pearson deriva do facto de possuímos dois meios testes mais curtos que o original. A fidelidade do teste é sensível ao número e questões.

Teoricamente os valores de fidelidade podem tomar qualquer valor situado entre 0 e 1. Embora não haja regras muito rígidas, o ideal será que o coeficiente seja o mais elevado possível. A partir de 0,8 a consistência interna é considerada de muito boa. Para Nunnally (1978); Stevens (1996) e Cronbach (1990), uma boa consistência interna deve exceder um *alpha* de 0,80, porém, são aceitáveis valores acima de 0,60, embora Maroco (2014), refira que valores de alfa superiores a 0,5 sejam considerados aceitáveis em ciências sociais. Já Pestana & Gageiro (2008) aponta como valores de referência: > 0,9 muito boa; 0,8 – 0,9 boa; 0,7 – 0,8 média; 0,6 – 0,7 razoável; 0,5 – 0,6 Má; < 0,5 inaceitável.

A literatura aponta para três tipos de validade a considerar: validade de conteúdo, também considerada validade lógica, validade de critério que por sua vez pode subordinar dois tipos a validade concorrente e a validade preditiva e finalmente a validade de conceito ou de constructo.

A validade de constructo é a mais ampla e atual, englobando as validades ante-

riormente referidas. A validade de constructo deve acompanhar todo o processo de construção de um instrumento e não se expressar sob a simples forma de um coeficiente de correlação. A metodologia usada para a validade de conceito ou constructo é diversificada e deve comportar três abordagens distintas, a lógica, a empírica e a estatística (Coutinho, 2014).

Para este estudo utilizamos instrumentos já aferidos e validados para a população portuguesa e por esse motivo não efetuamos uma abordagem estatística das diferentes escalas mantendo a estrutura fatorial dos autores que as validaram, estudando apenas algumas das propriedades psicométricas, nomeadamente os estudos de consistência interna dos itens

Realizámos para algumas das escalas análise fatorial confirmatória (AFC) utilizando o *software* AMOS 22 (*Analysis of Moment Structures*). Nesse estudo foi considerada a matriz de covariâncias e adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros. Tivemos em consideração na análise do modelo fatorial (Maroco, 2014) os seguintes indicadores de qualidade de ajustamento global:

- **Qui-quadrado (χ^2) de ajustamento**, que comprova a probabilidade do modelo se ajustar aos dados. Um valor do χ^2 estatisticamente significativo indica discrepâncias entre os dados e o modelo teórico que está a ser testado. É influenciado pelo tamanho da amostra e assume a multinormalidade do conjunto de variáveis. Quanto maior o *qui quadrado* pior o ajustamento.
- **Razão** entre *qui quadrado* e graus de liberdade (χ^2/gf), avalia a qualidade do modelo *per s.* Considera-se ajustamento perfeito se (χ^2/gf) for igual a 1, bom quando inferior a 2, aceitável inferior a 5 e inaceitável para valores superiores a 5.
- **Índice de Qualidade do Ajuste (GFI - Goodness-of-Fit Index)** e **Índice de Qualidade do Ajuste Ajustado (AGFI - Adjusted Goodness-of-Fit Index)**, que é ponderado em função dos graus de liberdade do modelo, em relação ao número de variáveis consideradas. São recomendados valores do GFI e AGFI superiores ou próximos a 0,95 e 0,90, respetivamente. Estas estatísticas não são influenciadas pelo tamanho da amostra dos participantes.
- **CFI (Comparative Fit Index)** é um índice comparativo, adicional, de ajuste ao modelo, com valores mais próximos de 1 indicadores de melhor ajuste, com 0,90 sendo a referência para aceitar o modelo.
- **Raíz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation)**. Em relação aos valores da RMSEA, recomendam-se valores próximos a 0,06 e 0,08, respetivamente (Hu & Bentler, 1999), com intervalo de con-

fiança de 90% (IC90%), interpretam-se valores altos como indicação de um modelo não ajustado.

- **Root mean square residual (RMR)**, quanto menor o RMR, melhor o ajustamento com o RMR=0 a indicar um ajustamento perfeito.
- **Standardized root mean square residual (SRMR)**, é uma medida absoluta de ajuste e é definida como a diferença padronizada entre a correlação observada e a correlação prevista. Um valor de zero indica o ajuste perfeito e um valor inferior a 0,08 é, geralmente, considerado como um bom ajuste.

A qualidade do ajustamento local do modelo foi efetuada pelos pesos fatoriais (λ) e pela fiabilidade individual dos itens (r^2). Foi ainda avaliada a fiabilidade compósita (FC) e a variância extraída média (VEM) para cada um dos fatores. Os valores de referência para as cargas fatoriais são de 0,50 e da fiabilidade individual 0,25:

A fiabilidade compósita estima a consistência interna dos itens relativos ao fator, indicando o grau em que estes itens são consistentemente manifestações do fator. De forma geral, considera-se que uma $FC \geq 0,70$ é indicadora de uma fiabilidade de constructo apropriado, embora para investigações exploratórias possam ser aceitáveis valores inferiores.

A variância extraída média (VEM) permite-nos avaliar a validade convergente que ocorre quando os itens que são reflexo de um fator saturam fortemente nesse fator, isto é, o comportamento desses itens é explicado essencialmente por esse fator (Maroco 2014). Como valores de referência é usual considerar valores de $VEM \geq 0,50$, como indicadores de validade convergente adequada.

Acresce referir que não foi efetuada análise fatorial confirmatória para a escala de qualidade de sono de Pittsburg dado que as subescalas que apresenta resultam de itens transformados.

Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão familiar (FACES II)

A Escala *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES) construída e validada por David H. Olson, Joyce Portner e Richard Bell nos finais da década de 70 é um questionário individual, de autoavaliação do funcionamento familiar permitindo a classificação das famílias. Após o aparecimento da primeira versão da FACES os autores ambicionaram construir uma escala de menores dimensões e de maior facilidade de utilização e avaliação, que pudesse ser aplicada em indivíduos com idade superior a 12 anos de idade, objetivo que foi concretizado surgindo assim a segunda versão. Durante o desenvolvimento da FACES II foram realizados vários estudos e após análise fatorial a escala foi reduzida para 30 itens dando, assim, origem à atual FACES II, em que 16 pertencem à dimensão coesão familiar e os restantes 14 à dimensão adaptabilidade familiar (Fernandes, 1995).

A adaptação da escala FACES II foi a utilizada neste estudo e permite avaliar o funcionamento da família nas dimensões de coesão familiar e adaptabilidade familiar, isto é a forma como os membros da família percecionam as suas vivências no seio da própria família (Fernandes, 1995).

A distribuição da totalidade dos itens pelos conceitos relacionados com a coesão e os conceitos relacionados com a adaptabilidade encontra-se exposta no quadro 1.

Quadro 1 – Conceitos relacionados com a Coesão e Adaptabilidade Familiares e respetivos itens da escala

COESÃO FAMILIAR																	
Itens	Laços Emocionais		Limites Familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões		Interesses e Lazer		
	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	
	1	17	3	19	9	29	7	23	5	25	11	27	13	21	15	30	
ADAPTABILIDADE FAMILIAR																	
Itens	Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções		Normas		Decisões				
	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)			
	2	14	28	4	16	6	18	8	20	26	10	22	12	24			

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

É uma escala tipo Likert com cinco alternativas de resposta em que um corresponde a “quase nunca” e cinco a “quase sempre” sendo que os itens 3, 9, 15, 19, 24, 25, 28 e 29 são cotados inversamente. De acordo com os autores da escala a pontuação da coesão familiar

varia entre 15 e 80 e a da coesão familiar entre 15 e 70. Somando as pontuações da coesão e da adaptabilidade e dividindo-se por dois $(C+A) / 2$ classificam-se as famílias em quatro tipos, após ter sido efetuada a correspondência numa escala de 1 a 8 das dimensões coesão e adaptabilidade (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Interpretação linear da Faces II

Coesão			Adaptabilidade			Tipo de Família	
8	80 74		Muito Ligada	8		70 65	Muito Flexível
7	73 71	7		64 55	7		
6	70 65	Ligada	6	54 50	Flexível	6	Moderadamente Equilibrada
5	64 60		5	49 46		5	
4	59 55	Separada	4	45 43	Estruturada	4	Intermédia
3	54 51		3	42 40		3	
2	50 35	Desmembrada	2	39 30	Rígida	2	Extrema
1	34 15		1	29 15		1	

Estudo psicométrico da escala

Neste estudo, procedemos apenas à avaliação da consistência interna da Escala Faces II. Foram estudadas inicialmente as estatísticas (médias e desvios padrão), assim como as correlações entre cada item e o valor global, que nos permitem observar como o item individual se relaciona com o valor global.

Os valores de Alfa de Cronbach variam entre 0,847 e 0,867 indicam boa consistência interna. Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que o item 12 ($r=0,185$) e o item 18 ($r=0,102$) apresentam menor estabilidade, não mostrando homogeneidade em relação aos restantes itens, o que numa análise mais conservadora levaria à sua exclusão por apresentarem valores correlacionais inferiores a 0,20. A correlação máxima situa-se no item 7 ($r=0,697$). Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens permitem-nos afirmar que estes se encontram bem centrados, uma vez que todos se situam acima da média esperada sendo o menor no item 3 e o maior no item 2.

O cálculo do índice de fiabilidade pelo método das metades, Split-half, aporta valores inferiores ao atingido para a globalidade da escala (0,858) tendo-se encontrado um alfa de 0,757, para a primeira metade e de 0,755, para a segunda.

Tabela 1 - Consistência interna escala de FACES II

N.º Item	Itens	Média	Dp	r item/ total	r ²	α sem item
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.	3,99	0,960	0,617	0,529	0,848
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	4,04	1,010	0,525	0,493	0,850
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	2,70	1,132	-0,071	0,273	0,867
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	3,81	0,977	0,566	0,481	0,850
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	3,80	1,126	0,511	0,422	0,850
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.	3,22	1,138	0,402	0,394	0,853
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	3,61	0,991	0,697	0,662	0,846
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	3,59	0,964	0,651	0,579	0,847
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	3,02	1,179	0,012	0,280	0,865
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família	3,72	0,926	0,571	0,505	0,850
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	3,35	1,137	0,379	0,323	0,854
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	2,87	1,194	-0,015	0,349	0,866
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.	3,57	1,122	0,548	0,436	0,849
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	3,52	1,086	0,426	0,353	0,853
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	3,42	1,305	0,213	0,406	0,860
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	3,55	1,127	0,562	0,467	0,849
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.	3,74	1,033	0,632	0,473	0,847
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	3,59	0,975	0,550	0,469	0,850
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	3,07	1,166	0,125	0,442	0,862
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.	3,61	0,931	0,645	0,604	0,848
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.	3,59	0,989	0,668	0,611	0,847
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.	3,77	0,948	0,661	0,570	0,847
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	3,57	1,008	0,620	0,549	0,848
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	2,86	1,017	-0,211	0,355	0,869
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	3,64	1,316	0,214	0,619	0,860
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	3,22	0,983	0,348	0,456	0,855
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	3,43	1,084	0,389	0,379	0,854
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	3,53	1,273	0,179	0,473	0,861
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	2,97	1,190	0,089	0,322	0,863
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros	3,43	1,077	0,506	0,445	0,851
Coeficiente de bipartição		Primeira metade = 0,757 Segunda metade = 0,755				
Coeficiente alfa de Cronbach global		0,858				

Quanto aos parâmetros de fiabilidade por subescala, no que respeita ao fator 1, **coesão familiar**, aferem-se valores de Alfa de Cronbach classificados de razoáveis, uma vez que variam entre 0,729 (item 7) e 0,779 (item 3), com um alfa global para o total da escala de 0,761. O item 3 foi o que mais se correlacionou com a coesão familiar ($r=0,611$) e ao invés do item 4 ($r=0,001$) é o que menos se correlaciona com o fator 1.

No fator 2, **adaptabilidade familiar** os coeficientes alfa são razoáveis ao variaram

entre 0,749, nos itens 16 e 22 e 0,826, no item 24, (cf. Tabela 2). O item que mais se correlaciona com os restantes é o item 8 ($r=0,600$) que explica 43,4% da sua variabilidade e o que revelou menor correlação é o item 28 ($r= - 0,002$), com uma percentagem de variância explicada de 25,3%.

Acresce referir que os itens 9, e 29 do fator 1 e os itens 12 e 28 do fator 2, numa análise mais conservadora, deveriam ser excluídos por apresentarem valores correlacionais inferiores a 0,20, mas decidimos pela sua manutenção por forma a mantermos a estrutura fatorial original.

Tabela 2 - Relações entre itens e subescalas da escala de FACES II

N.º Item	Itens	r item/total	r ²	α sem item
Coesão familiar				
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.	0,516	0,442	0,737
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	0,001	0,134	0,779
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	0,461	0,388	0,740
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	0,611	0,604	0,729
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	0,158	0,178	0,767
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	0,246	0,277	0,759
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.	0,461	0,388	0,740
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	0,319	0,361	0,753
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.	0,579	0,421	0,731
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	0,250	0,411	0,759
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.	0,547	0,458	0,735
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	0,556	0,509	0,733
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	0,303	0,489	0,755
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	0,248	0,259	0,758
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	0,172	0,244	0,766
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros	0,450	0,396	0,741
Adaptabilidade familiar				
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	0,550	0,434	0,757
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	0,591	0,447	0,754
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.	0,436	0,315	0,767
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	0,600	0,428	0,753
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família	0,575	0,423	0,756
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	0,126	0,211	0,797
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	0,505	0,306	0,760
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	0,615	0,414	0,749
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	0,526	0,405	0,760
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.	0,651	0,504	0,750
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.	0,656	0,502	0,749
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	-0,312	0,255	0,826
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	0,414	0,370	0,769
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	-0,002	0,253	0,811

Na tabela 3 apresentamos de forma sintética os valores relativos aos coeficientes de bipartição e os índices de Cronbach do estudo atual. Os índices de consistência interna das subescalas, da primeira metade e segunda metade do coeficiente de split-half e do coeficiente global são razoáveis. Denota-se ainda que os valores de alfa global no presente estudo são ligeiramente inferiores aos da escala original.

Tabela 3 - Valores de Alfa de Cronbach dos fatores e da escala global da FACES II

Fatores	N.º Itens	Alfa de Cronbach			
		Split-half		Total	
		1.ª Metade	2.ª Metade	Estudo Atual	Escala Original
Coesão familiar	16	0,556	0,630	0,761	0,870
Adaptabilidade familiar	14	0,743	0,547	0,783	0,780
Tipo de família	30	0,757	0,755	0,858	0,900

Estudamos a validade convergente/discriminante dos itens efetuando uma correlação entre todos os itens com os fatores subjacentes e valor global da escala. Os resultados inseridos na tabela 4 evidenciam que todos os itens são significativos, consubstanciando valores correlacionais mais elevados em quase todos os nas subescalas a que pertencem, conforme índices salientados a negrito, o que nos indicia para a não convergência dos itens por subescala.

Tabela 4 - Correlação dos itens com os fatores e com o valor global da Escala FACES II

Nº item	Itens	Fator 1	Fator 2	Total
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.	0,598***	0,596***	0,657***
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	0,416***	0,641***	0,575***
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	0,136*	-0,138*	0,008
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	0,450***	0,673***	0,611***
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	0,564***	0,463***	0,568***
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.	0,307***	0,555***	0,467***
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	0,683***	0,644***	0,731***
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	0,577***	0,680***	0,689***
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	0,294***	-0,149*	0,093
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família	0,471***	0,655***	0,614***
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	0,371***	0,443***	0,446***
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	-0,134*	0,281***	0,068
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.	0,564***	0,528***	0,602***
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	0,292***	0,609***	0,486***
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	0,456***	0,065	0,299***
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	0,428***	0,704***	0,615***
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.	0,658***	0,562***	0,674***
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	0,474***	0,617***	0,596***
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	0,378***	-0,030	0,204**
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.	0,531***	0,719***	0,682***
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.	0,627***	0,656***	0,705***
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.	0,552***	0,725***	0,697***
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	0,636***	0,564***	0,663***
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	-0,078	-0,187**	-0,143*
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	0,443***	0,082	0,300***
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	0,236***	0,520***	0,407***
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	0,368***	0,459***	0,452***
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	0,304***	0,168**	0,264***
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	0,309***	-0,016	0,171**
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros	0,550***	0,465***	0,561***

Em consonância com os resultados adquiridos, apresentamos na tabela 5 a matriz de correlação com as diferentes subescalas e fator global que revela associações positivas e, significativas com variação entre ($r=0,650$) - adaptabilidade *versus* coesão - e ($r=0,919$) - coesão *versus* tipo de família com percentagem de variâncias explicadas de 42,0% e 85,0% respetivamente.

Tabela 5 - Matriz de correlação de Pearson entre os fatores e o valor global da escala.

Fatores	Coesão	Adaptabilidade
Adaptabilidade	0.650***	
Tipo de Família	0.919***	0.897***

***p < 0.001

Análise fatorial confirmatória da escala FACES II

A figura 2 representa o modelo testado. Os círculos traduzem os dois fatores, os retângulos os itens que representam a manifestação do respetivo fator e os círculos menores os erros associados a cada item. A direção das setas unidirecionais declara que cada fator representa a resposta atribuída a cada item. Porém, uma fração dessa manifestação não é resultante do respetivo fator, mas sim de causas não explicadas, ou seja, desconhecidas, daí o motivo da disposição, no modelo dos erros, de setas dirigidas a cada item. Estes erros correspondem à parte da variância dos itens não explicada pelo fator. As setas bidirecionais, correspondem às correlações existentes entre as variáveis latentes.

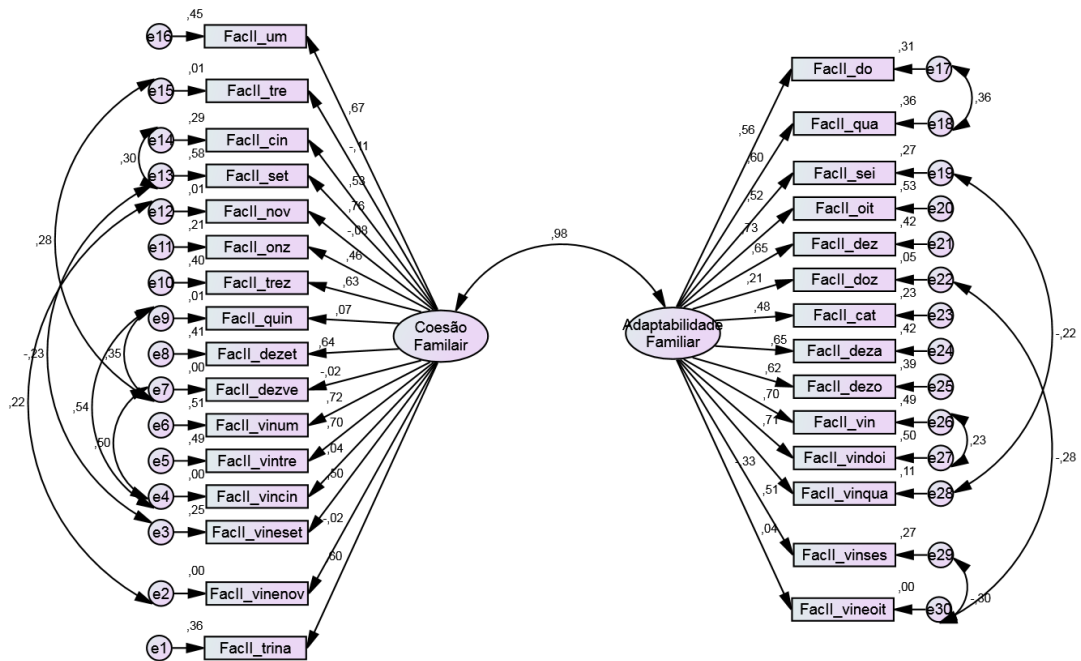
Analisando os resultados obtidos, diversos itens em ambas as subescalas, numa análise mais conservadora deveriam ser retirados por apresentarem saturações inferiores a 0,50. Mais especificamente na escala coesão familiar seriam eliminados os itens 3, 9, 15, 19, 25 e 29 e na escala de adaptabilidade os itens 12, 27 e 28 por explicarem menos de 25% da variabilidade no fator a que pertencem. Contudo decidimos manter a estrutura bifatorial apresentada pelos autores. Por tal facto os índices da análise fatorial confirmatória (CFA) apresentam um ajuste pouco satisfatório, em todos os índices em análise. Procuramos entretanto ajustar o modelo através dos índices de modificação propostos que mostraram que deveriam correlacionar-se no fator 1 – **coesão familiar** os erros e2 vs e12, e3 vs e13, e4 vs e7 e e4 vs e9, e7 vs e9, e7 vs e16 e e13 vs e14 no fator 2 – **adaptabilidade familiar** os erros e17 vs e18, e19 vs e 28, e22 vs e30, e26 vs e27 e e29 vs e30. Os resultados evidenciam no modelo final um ajuste sofrível na razão $\chi^2/gf = 2,660$ e sofrível nos restantes índices de ajustamento (cf. Quadro 3).

Quadro 3 - Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da Escala FACES II

Modelo	χ^2	GI	χ^2/gf	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial	1433,29	465	3,548	0,672	0,683	0,095	0,151	0,107
Modelo final	1042,61	392	2,660	0,788	0,799	0,077	0,132	0,095

A fiabilidade compósita ao apresentar valores de 0,789 e 0,857 para a coesão familiar e adaptabilidade familiar respetivamente, mostrou uma moderada a boa consistência interna dos itens relativos aos fatores mas o indicador de validade convergente (VEM) revelou-se baixo ($VEM < 0,40$) para ambos os fatores com 0,248 a coesão familiar e 0,311 para a adaptabilidade familiar. Não foi encontrada validade discriminante dado o quadrado de correlação entre os fatores ($r^2_{cfa} = 0,960$), apresentarem um valor correlacional superior às variâncias extraídas médias de cada fator. Face aos resultados parece-nos importante proceder a novos estudos de análise fatorial confirmatória numa amostra mais alargada.

Fig. 1 - Análise fatorial confirmatória da escala FACES II



Questionário de Sonolência em Adolescentes de Cleveland (Pinto, 2012)

O questionário de sonolência em adolescentes de Cleveland é aplicado para a avaliação da sonolência diurna. Constituída por 16 itens, pretende avaliar a probabilidade de um adolescente dormir ou adormecer e não sentir-se cansado(a), durante as aulas da manhã, todo o dia inteiro na escola, na última aula do dia, quando anda de carro mais de cinco minutos, durante todo o dia, na escola nas aulas da tarde, ao fim do dia depois das aulas, quando vai no autocarro para uma atividade da escola, quando está na escola, quando faz os trabalhos de casa à noite depois da escola, quando anda de carro, de autocarro ou de comboio, durante o dia na escola, quando faz os trabalhos da escola à noite em casa e de sentir-se desperto quando estou nas aulas, na última aula do dia. Neste questionário o adolescente é solicitado a responder a todas as possibilidades. Pede-se para imaginar como é que elas o/a afetariam escolhendo o número mais apropriado para cada situação:

Nunca (0 vezes por mês)	1
Raramente (menos de 3 vezes por mês)	2
Algumas vezes (1-2 vezes por semana)	3
Frequentemente (3-4 vezes por semana)	4
Quase sempre (5 ou mais vezes por semana)	5

Estudo psicométrico

Neste estudo, procedemos apenas à avaliação da consistência interna do Questionário de sonolência em adolescentes de Cleveland. Foram estudadas inicialmente as estatísticas (médias e desvios padrão), assim como as correlações entre cada item e o valor global, que nos permitem observar como o item individual se relaciona com o valor global.

Os valores de Alfa de Cronbach variam entre 0,855 e 0,873 que indicam boa consistência interna. Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que o item 2 foi o que apresentou menos estabilidade ($r=0,286$). A correlação máxima situa-se no item 6 ($r=0,639$). Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens permitem-nos afirmar que estes se encontram bem centrados, uma vez que todos se situam acima da média esperada sendo o menor no item 3 e o maior no item 2.

Tabela 6 - Consistência Interna do questionário de sonolência em adolescentes de Cleveland

N.º Item	Itens	Média	Dp	r item/total	r ²	α sem item
1	Adormeço durante as aulas da manhã	1,94	1,183	0,579	0,506	0,860
2	Consigo aguentar o dia inteiro na escola sem me sentir cansado	3,06	1,292	0,286	0,311	0,873
3	Adormeço na última aula do dia	1,87	1,198	0,608	0,616	0,858
4	Fico sonolento(a) quando ando de carro mais de 5 minutos	2,19	1,322	0,567	0,438	0,860
5	Fico bem acordado(a) durante todo o dia	2,70	1,340	0,404	0,468	0,868
6	Adormeço na escola nas aulas da tarde	1,89	1,162	0,639	0,671	0,857
7	Sinto-me desperto (a) durante as aulas	2,88	1,264	0,322	0,513	0,871
8	Sinto-me sonolento(a) ao fim do dia depois das aulas	2,76	1,330	0,528	0,465	0,862
9	Sinto-me sonolento(a) quando vou de autocarro para uma atividade da escola (por ex. visita de estudo, jogo desportivo)	2,33	1,299	0,593	0,501	0,859
10	De manhã, quando estou na escola, adormeço	1,98	1,233	0,552	0,557	0,861
11	Quando estou nas aulas, sinto-me bem desperto(a)	2,96	1,266	0,315	0,509	0,871
12	Sinto-me sonolento quando faço os trabalhos de casa à noite depois da escola	2,64	1,271	0,545	0,404	0,861
13	Estou bem desperto(a) na última aula do dia	2,77	1,238	0,302	0,409	0,872
14	Adormeço quando ando de carro, de autocarro ou de comboio	2,29	1,204	0,608	0,517	0,858
15	Durante o dia na escola, há momentos em que me dou conta que acabei de adormecer	2,05	1,185	0,682	0,650	0,855
16	Adormeço quando faço os trabalhos da escola à noite em casa	2,16	1,247	0,624	0,587	0,858
Coeficiente de bipartição		Primeira metade = 0,745 Segunda metade = 0,784				
Coeficiente alfa de Cronbach global		0,886				

Quanto aos parâmetros de fiabilidade por subescala, no que respeita ao fator 1, **sono escola**, aferem-se valores de Alfa de Cronbach classificados de razoáveis, uma vez que variam entre 0,855 (item 6) e 0,875 (item 1), com um valor global para o total da escala de 0,890.

O item 6 foi o que mais se correlacionou com o sono na escola ($r=0,779$). Ao invés do item 1 ($r=0,690$) que é o que menos se correlaciona com o fator 1.

No fator 2, **desperto escola** a consistência dos resultados de Alfa, variou entre 0,771 (item 7) e 0,819 (item 2), logo a sua classificação, respectivamente é de inadmissíveis e razoáveis (cf. Tabela 7). O Alfa global, para o fator em estudo, obteve um valor de 0,825, considerado razoável. O item que mais se correlaciona com os resultados globais do fator 2 é o item 7 ($r=0,686$) e o que revelou menor correlação foi o item 2 ($r= 0,521$).

No que respeita ao fator 3, **sonolência noturna**, aferem-se valores de Alfa de Cronbach classificados de razoáveis, uma vez que variam entre 0,607 (item 12) e 0,681 (item 16), com um valor global para o total da escala de 0,741.

O item 12 foi o que mais se correlacionou com o sono na escola ($r=0,606$). Ao invés do item 16 ($r=0,543$) que é o que menos se correlaciona com o fator 3.

No fator 4, **sonolência transporte** a consistência dos resultados de Alfa, do fator 4, variou entre 0,714, no-item 9 e 0,592 no item 14, logo a sua classificação, respectivamente é de inadmissíveis e razoáveis como consta da tabela 7. O Alfa global, para o fator em estudo, obteve um valor de 0,751, considerado razoável. O item que mais se correlaciona com os resultados globais do fator 4 é o 14 ($r=0,413$) e o que revelou menor correlação foi o item 9 ($r= 0,299$).

Tabela 7 - Relações entre itens e subescalas do questionário de sonolência em adolescentes de Cleveland

N.º Item	Itens	r item/total	r ²	α sem item
Sono Escola		α = 0,890		
1	Adormeço durante as aulas da manhã	0,690	0,481	0,875
3	Adormeço na última aula do dia	0,745	0,599	0,862
6	Adormeço na escola nas aulas da tarde	0,779	0,637	0,855
10	De manhã, quando estou na escola, adormeço	0,711	0,512	0,870
15	Durante o dia na escola, há momentos em que me dou conta que acabei de adormecer	0,732	0,539	0,865
Desperto Escola		α = 0,825		
2	Consigo aguentar o dia inteiro na escola sem me sentir cansado	0,521	0,284	0,819
5	Fico bem acordado(a) durante todo o dia	0,645	0,431	0,783
7	Sinto-me desperto (a) durante as aulas	0,686	0,499	0,771
11	Quando estou nas aulas, sinto-me bem desperto(a)	0,658	0,471	0,780
13	Estou bem desperto(a) na última aula do dia	0,595	0,372	0,798
Sonolência Noturna		α = 0,741		
8	Sinto-me sonolento(a) ao fim do dia depois das aulas	0,549	0,307	0,676
12	Sinto-me sonolento quando faço os trabalhos de casa à noite depois da escola	0,606	0,368	0,607
16	Adormeço quando faço os trabalhos da escola à noite em casa	0,543	0,301	0,681
Sonolência Transporte		α = 0,751		
4	Fico sonolento(a) quando ando de carro mais de 5 minutos	0,557	0,334	0,686
9	Sinto-me sonolento(a) quando vou de autocarro para uma atividade da escola (por ex. visita de estudo, jogo desportivo)	0,532	0,299	0,714
14	Adormeço quando ando de carro, de autocarro ou de comboio	0,642	0,413	0,592

Estudamos a validade convergente/discriminante dos itens apresentados efetuando uma correlação entre todos os itens com os fatores subjacentes e valor global da escala. Os resultados evidenciam que a grande maioria dos itens são significativos, consubstanciando valores correlacionais mais elevados nas subescalas a que pertencem, conforme índices salientados a negrito e que esse valor é superior aos restantes, sendo na maioria dos casos superior a 0,20 (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Correlação dos itens com os fatores e com o valor global do Questionário de sonolência em adolescentes de Cleveland

Nº item	Itens	Fator 1	Fator 2	Fator3	Fator4	Total
1	Adormeço durante as aulas da manhã	0,804***	0,065	0,549***	0,482***	0,645***
2	Consigo aguentar o dia inteiro na escola sem me sentir cansado	0,069	0,699***	0,123*	0,112	0,386***
3	Adormeço na última aula do dia	0,843***	0,064	0,511***	0,558***	0,671***
4	Fico sonolento(a) quando ando de carro mais de 5 minutos	0,534***	0,165**	0,478***	0,814***	0,641***
5	Fico bem acordado(a) durante todo o dia	0,173**	0,790***	0,145*	0,199***	0,497***
6	Adormeço na escola nas aulas da tarde	0,862***	0,068	0,523***	0,604***	0,696***
7	Sinto-me desperto (a) durante as aulas	0,027	0,810***	0,125*	0,118*	0,417***
8	Sinto-me sonolento(a) ao fim do dia depois das aulas	0,416***	0,152*	0,811***	0,565***	0,608***
9	Sinto-me sonolento(a) quando vou de autocarro para uma atividade da escola (por ex. visita de estudo, jogo desportivo)	0,500***	0,193***	0,584***	0,796***	0,662***
10	De manhã, quando estou na escola, adormeço	0,823***	0,017	0,478***	0,518***	0,623***
11	Quando estou nas aulas, sinto-me bem desperto(a)	0,020	0,791***	0,104	0,158**	0,411***
12	Sinto-me sonolento quando faço os trabalhos de casa à noite depois da escola	0,471***	0,152*	0,831***	0,499***	0,620***
13	Estou bem desperto(a) na última aula do dia	0,027	0,745***	0,124*	0,147*	0,397***
14	Adormeço quando ando de carro, de autocarro ou de comboio	0,587***	0,108*	0,567***	0,840***	0,671***
15	Durante o dia na escola, há momentos em que me dou conta que acabei de adormecer	0,833***	0,140*	0,612***	0,590***	0,734***
16	Adormeço quando faço os trabalhos da escola à noite em casa	0,683***	0,088	0,793***	0,553***	0,687***

Efetuamos entretanto uma matriz de correlação de Pearson entre as subescalas e o índice global. Dos resultados notamos que as correlações entre as quatro subescalas e o valor global da escala, são positivas e significativamente correlacionadas oscilando entre ($r=0,084$) sono escola vs desperto escola e ($r=0,664$) na sonolência transporte vs sonolência noturna. No que se refere às correlações existentes entre as diferentes subescalas e o valor global observa-se que estas são razoáveis e positivas oscilando entre ($r=0,551$) com desperto escola e ($r=0,808$) com sono escola (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Matriz de Correlação de Pearson entre sub-escalas e a sonolência diurna

Sub-escalas	Sono Escola	Desperto Escola	Sonolência noturna	Sonolência transporte
Desperto Escola	0,084			
Sonolência noturna	0,641***	0,162**		
Sonolência transporte	0,661***	0,192***	0,664***	
Total da escala	0,808***	0,551***	0,785***	0,806***

Análise fatorial confirmatória

Testamos a solução tetrafatorial realizando uma análise fatorial confirmatória conforme se observa na Figura 2. Não observamos problemas relativos à multicolinearidade e casos extremos univariados e multivariados influentes de acordo com os critérios distância de Mahalanobis. Inicialmente, constatamos que os índices da AFC apresentam um ajuste sofrível para a razão entre o índice e os graus de liberdade e GFI (cf. Quadro 4). Os índices de modificação mostram que deveriam correlacionar-se no fator 1 – sono escola - os erros e3 vs e4, no fator 3 – sonolência noturna – os erros e12 vs e13. Os resultados evidenciam no modelo final um ajuste bom em todos os índices em análise (cf. Quadro 4).

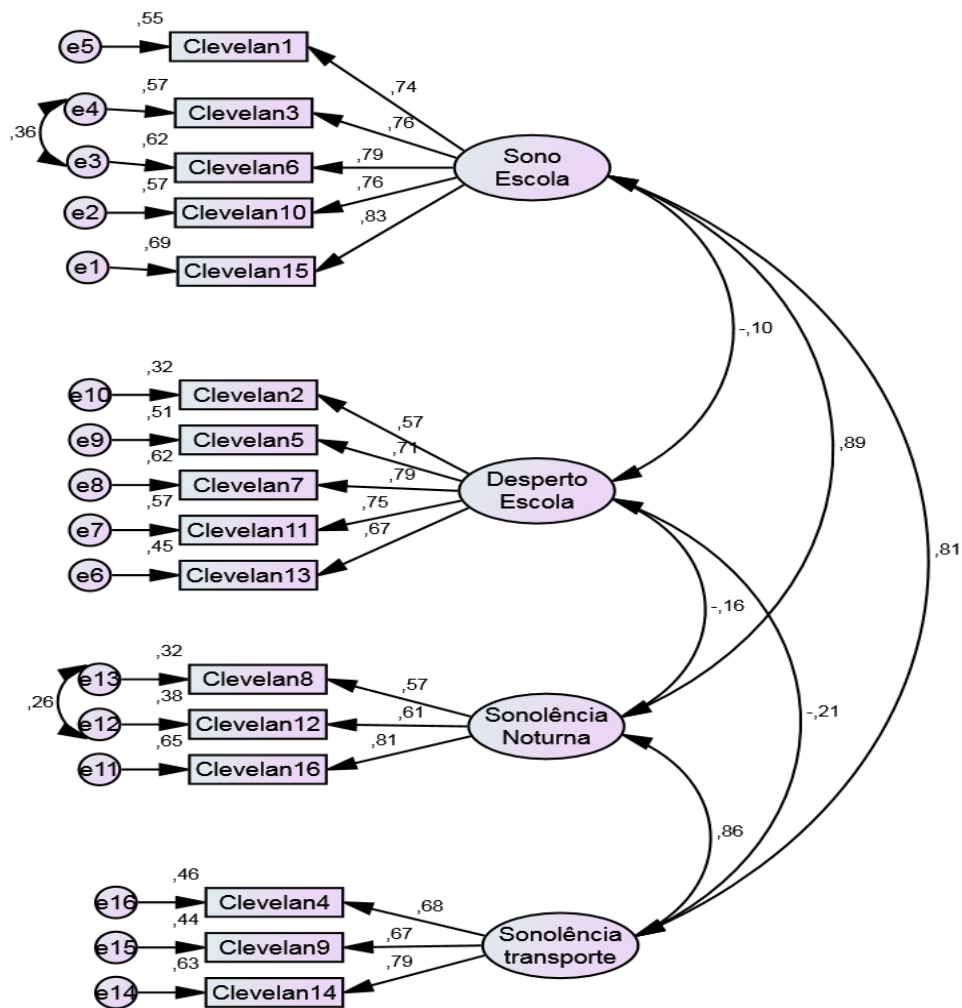
Quadro 4 - Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da escala de sonolência Cleveland

Modelo	χ^2	gl	χ^2/gl	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial	251,737	98	2,569	0,896	0,927	0,075	0,083	0,051
Modelo final	213,345	96	2,222	0,917	0,944	0,066	0,081	0,050

Todos os pesos de regressão são significativos ($p < 0,001$) e superiores a ($\lambda \geq 0,50$), mostrando a relevância do fator para prever os itens. A fiabilidade individual é também adequada ($r^2 \geq 0,25$).

A fiabilidade compósita ao apresentar valores de 0,930 para o sono escola, 0,889 para desperto na escola, 0,796 para sonolência noturna e 0,840 para a sonolência no transporte, revelou boa consistência interna dos itens relativos aos fatores mas o indicador de validade convergente (VEM) mostrou-se baixo para os fatores desperto na escola (VEM=0,308) e normais para sonolência noturna (VEM=0,449), sonolência no transporte (VEM =0,478) e sonolência na escola (VEM= 0,600). Todavia, não encontramos validade discriminante na relação sonolência noturna e sonolência no transporte, na sonolência noturna e sono na escola e este e a sonolência no transporte dado o quadrado de correlação entre os fatores apresentarem superiores às variâncias extraídas médias de cada fator.

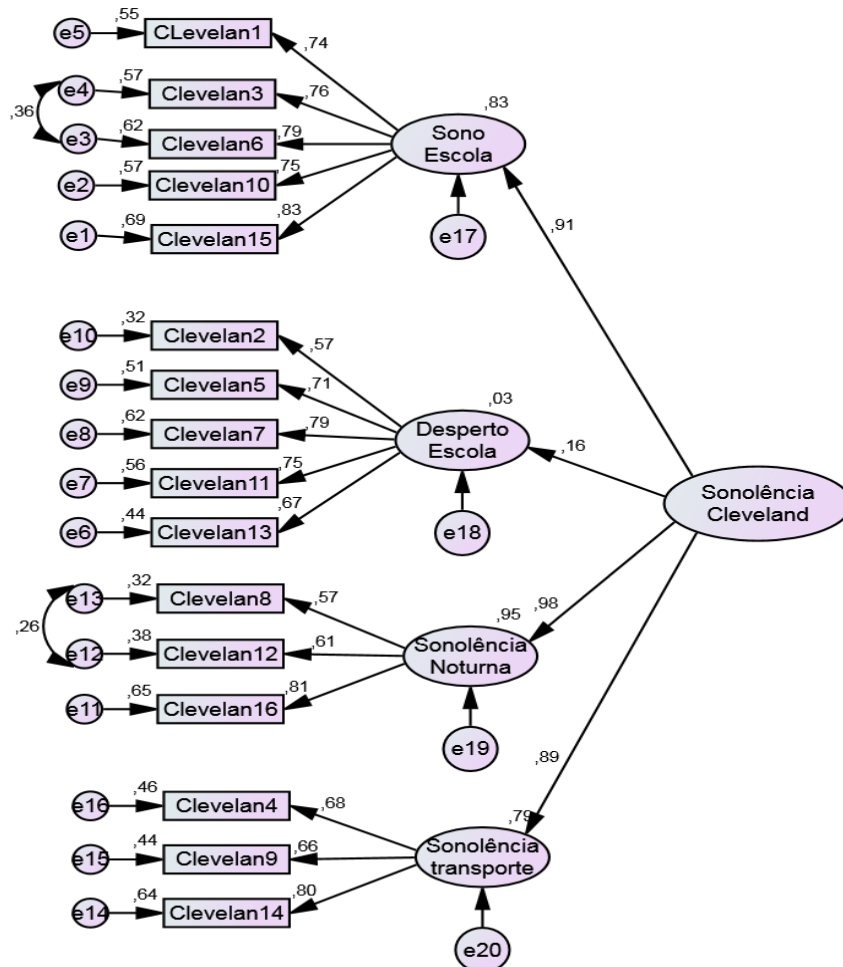
Fig. 2 - Análise fatorial confirmatória do Questionário de sonolência em adolescentes de Cleveland



Os fatores sono na escola vs desperto na escola, desperto na escola vs sonolência noturna e desperto na escola vs sonolência no transporte apresentam-se negativamente correlacionado enquanto o sono escola vs sonolência noturna, sonolência noturna vs sono no transporte e sono na escola vs sono no transporte estão positivamente correlacionados o que sugerem a existência de um fator de 2ª ordem. Assim, propusemos uma estrutura hierárquica com um fator de 2ª ordem que designámos de sonolência de Cleveland. Ilustramos na figura 3 o modelo da sonolência de Cleveland com um fator de 2ª ordem. Neste modelo, os valores de qualidade de ajustamento são considerados bons, o que revela a validade fatorial da escala sonolência de Cleveland ($\chi^2/df=2,218$; $CFI=0,943$; $GFI=0,915$; $RMSEA=0,066$; $RMR= 0,087$; $SRMR = 0,53$), valores similares aos obtidos com o modelo inicial após procedermos aos índices de modificação propostos. Para a

amostra em estudo, no modelo hierárquico de 2ª ordem, os fatores sono na escola (5 itens), Desperto na escola (5 itens), sonolência noturna (3 itens) e sonolência no transporte (3 itens) aprestam valores de α estandardizado de 0,890, 0,825, 0,741 e 0,751 respectivamente para um alfa global de 0,886.

Figura 3 - Modelo de 2ª ordem da sonolência de Cleveland



Índice de qualidade do sono de Pittsburg (PSQI)

O questionário da qualidade do sono, (PSQI) de Pittsburg consta de 19 itens que analisam os diferentes fatores da qualidade de sono. Agrupam-se para formar sete componentes: qualidade do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, alterações do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna.

A cada um dos componentes é atribuída uma pontuação que oscila entre zero a três pontos. Uma pontuação de zero pontos indica que não existe dificuldade, enquanto uma pontuação de três indica uma severa dificuldade. O autor da escala propõe um ponto de corte de cinco. Para índices iguais ou superiores a cinco encontram-se os sujeitos que revelam pouca qualidade de sono.

Qualidade subjetiva do sono

A questão 6 do índice de qualidade de sono de Pittsburg tem quatro opções de resposta:

Muito boa -----	0
Bastante boa -----	1
Bastante má -----	2
Muito má -----	3

Latência do sono

A pergunta 2 do mesmo índice refere-se ao tempo que o inquirido demora a adormecer que nos indicará uma pontuação de:

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

A pontuação obtida na questão nº 5a indica-nos a quantidade de vezes que os inquiridos não conseguiram adormecer nos 30 minutos após se terem deitado e à qual corresponde a seguinte pontuação:

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

A latência do sono resulta do somatório destas duas questões que irá corresponder a uma nova pontuação:

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

Duração do sono

A duração do sono obtém-se através da pergunta nº 4 à qual é atribuída a pontuação seguinte:

> 7 horas -----	0
6- 7 horas -----	1
5 – 6 horas -----	2
< 5 horas -----	3

Eficiência habitual do sono

Para se obter a eficiência do sono habitual são necessários três parâmetros:

- A quantidade de horas efetivamente dormidas (questão nº 4);
- As horas de levantar dos jovens (pergunta nº 3);
- As horas a que normalmente vão para a cama (questão nº 1);

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

$$\text{(Nº de horas dormidas/ Nº de horas permanecidas na cama) * 100}$$

De acordo com a percentagem obtida corresponderá a seguinte pontuação:

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

Perturbações do sono

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

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

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

0 -----	0
1 – 9 -----	1
10 – 18 -----	2
19 – 27 -----	3

Uso de medicação hipnótica

A pergunta nº 7 indica o número de vezes a que se recorre à medicação hipnótica e á qual corresponderá uma pontuação de:

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

Disfunção diurna

A disfunção diurna obtém-se com o somatório das questões nºs 8 e 9. A questão 8 quantifica as dificuldades em se manterem acordados nas atividades sendo atribuída a seguinte pontuação.

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

Com a questão nº 9 obtém-se a quantidade de vezes em que houve dificuldades em se manter o entusiasmo nas atividades e a pontuação atribuída é:

Nenhum problema -----	0
Pequeno problema -----	1
Um problema -----	2
Um grande problema -----	3

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

0 -----	0
1 – 2 -----	1
3 – 4 -----	2
5 – 6 -----	3

O Índice de qualidade do sono de Pittsburg (PSQI) resulta do somatório dos 7 componentes e de acordo com a pontuação obtida os inquiridos serão classificados conforme se segue:

<p>< 5 – Boa qualidade de sono</p> <p>≥5 – Má qualidade de sono</p>
--

Resultados psicométricos no presente estudo

O quadro 3 apresenta os resultados da fiabilidade ao mostrar as estatísticas (médias e desvios padrão), as correlações obtidas entre cada subescala e o índice global, o que nos dá uma ideia da forma como cada subescala se combina com esse índice.

Quanto aos valores de alfa de Cronbach podem considerar-se de bastante razoáveis pois oscilam entre 0,500 na qualidade subjetiva do sono e 0,542 na duração do sono. No que respeita aos coeficientes de correlação item total corrigido as subescalas parecem homogéneas entre si dado não existir grande discrepância entre o valor da menor correlação ($r=0,253$) no uso de medicação hipnótica e a correlação máxima ($r=0,359$) na qualidade subjetiva do sono. Os valores médios e respetivos desvios padrões permitem-nos observar alguma variabilidade nas subescalas, nomeadamente no uso de medicação hipnótica, eficiência habitual do sono e a latência do sono.

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0,562) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0,416 e para a segunda de 0,428 (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Consistência Interna do Índice de qualidade do sono de Pittsburg

N.º Item	Itens	Média	Dp	r item/total	r ²	α sem item
	Qualidade subjetiva do sono	1,05	0,688	0,359	0,207	0,500
	Duração do sono	0,97	0,961	0,260	0,197	0,542
	Uso de medicação hipnótica	0,27	0,715	0,253	0,149	0,536
	Disfunção diurna	0,92	0,864	0,306	0,179	0,517
	Eficiência habitual do sono	0,39	0,734	0,277	0,172	0,527
	Perturbações do sono	1,24	0,602	0,284	0,136	0,528
	Latência do sono	0,64	0,719	0,296	0,159	0,521
Coeficiente de bipartição		Primeira metade = 0,416 Segunda metade = 0,428				
Coeficiente alfa de Cronbach global		0,562				

Efetuamos a matriz de correlação de Pearson entre as subescalas e o índice global. Dos resultados notamos que as correlações entre as sete subescalas e o valor global da escala, são positivas e significativamente correlacionadas oscilando entre ($r=0,011$) na perturbação do sono vs eficiência de sono e ($r=0,382$) na eficiência habitual do sono vs duração do sono. No que se refere às correlações existentes entre as diferentes subescalas e o valor global observa-se que estas são razoáveis e positivas oscilando entre ($r=0,475$), com as perturbações do sono explicando cerca de 23%, e ($r=0,572$) com a disfunção diurna com uma percentagem de variância explicada de 33.0% (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Matriz de Correlação de Pearson entre sub-escalas e o índice da qualidade de sono

Sub-escalas	Qualidade subjetiva do sono	Duração do sono	Uso de medicação	Disfunção diurna	Eficiência sono	Perturbações do sono	Latência do sono
Duração do sono	0,256***						
Uso de medicação	0,047	0,023					
Disfunção diurna	0,199**	0,040	0,330***				
Eficiência habitual do sono	0,098	0,382***	0,141*	0,079			
Perturbações do sono	0,171**	0,050	0,239***	0,285***	0,011		
Latência do sono	0,366***	0,118*	0,076	0,136*	0,119*	0,193**	
Qualidade de sono (global)	0,563***	0,565***	0,484***	0,572***	0,510***	0,475***	0,520***

1.3 – Participantes

Para este estudo recorreremos a uma amostra não probabilística intencional por conveniência constituída por 281 estudantes. A amostra teórica corrigida para uma população de 503 estudantes, provindos das escolas profissionais de Mariana Seixas e escola de Trancoso, seria de 343 estudantes considerando um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de amostragem de 3,0%. Contudo dada a amostra em estudo o erro cometido é ligeiramente superior situando-se na ordem dos 3,9% com um nível de significância de 95%. Como critérios de inclusão, apenas foram considerados os estudantes que frequentam o ensino secundário e que no momento de aplicação dos instrumentos de recolha de dados se encontravam em sala de aulas.

1.3.1 – Caraterização socio-espacial

A Escola Profissional Mariana Seixas possui sede na cidade de Viseu e pertence à região centro norte de Portugal. A cidade de Viseu tem, de acordo com os dados dos censos de 2011, uma população de 52.500 habitantes. Trata-se de uma escola “urbana”, tendo em conta o critério de densidade populacional de um valor superior a 500 habitantes/Km² (Rodrigues, 2010).

A Escola Profissional de Trancoso está sediada na cidade de Trancoso, que se localiza no Distrito da Guarda, sub-região da Beira Interior Norte, com uma população de cerca de 3.200 habitantes, correspondendo a uma densidade populacional de 27,3 habitantes/Km². É considerada uma escola “rural”, tendo em conta os critérios acima referidos.

1.3.2 – Caracterização sociodemográfica

Idade e género

As estatísticas relativas à idade revelam que os estudantes apresentam uma idade mínima de 15 anos e uma máxima de 22 anos, com uma idade média de 17,63 anos com um desvio padrão de 1,39 anos.

Para o género masculino que representa 62,30% da totalidade da amostra e feminino com uma representatividade de 37,70%, a idade mínima é de 15 anos e a máxima de 22 anos. As raparigas são em média mais velhas ($X = 17,75$ anos ± 1.36 dp) que os rapazes ($x = 17,56$ anos ± 1.41 dp) mas as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t = -1,081$; $p = 0,281$). O teste de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda para os dois géneros e para a totalidade da amostra. Já os coeficientes de variação indicam uma dispersão baixa face às idades médias encontradas (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Estatísticas em relação à idade

Género \ Idade	N	%	Min	Máx	\bar{x}	D.P.	Sk/ Erro	K/ erro	CV (%)	KS
Masculino	175	62,30	15	22	17,566	1,41	4,64	1,14	8,03	0,000
Feminino	106	37,70	15	22	17,755	1,36	3,11	1,39	7,66	0,000
Total	281	100,000	15	22	17,63	1,39	5,48	1,51	7,88	0,000

Embora a amplitude de variação se situe apenas nos 7 anos, para uma melhor interpretação dos resultados agrupamos a idade em classes constituindo-se assim três grupos etários conforme inserto na tabela 13. Como notamos o grupo etário mais representativo tanto no o sexo masculino como no feminino é o dos 17 – 18 anos com valores percentuais similares situados acima dos 57%.

Local de Residência

A maioria dos adolescentes vive na aldeia (57,6%), seguindo-se os residentes em cidades (27,8%) e por último os que habitam em vilas (14,6%). Entre o local de residência e género não encontramos diferenças estatísticas significativas ($\chi^2 = 1,246$; $p = 0,536$) (cf. Tabela 13).

Continente de Origem

No que diz respeito ao Continente de origem, os adolescentes são oriundos na quase totalidade do continente europeu (94,7%) e apenas 5,3% são de outros continentes (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Características sociodemográficas dos estudantes

Variáveis	Género				Total		Resíduos ajustados		χ ²
	Masculino		Feminino		N	%	Masculino	Feminino	
	N	%	N	%					
Idade									
<= 16 anos	41	23,4	19	17,9	60	21,3	1,1	-1,1	χ ² = 1,501 p = 0,472
17 – 18 anos	100	57,2	62	58,5	162	57,7	-0,2	0,2	
>= 19 anos	34	19,4	25	23,6	59	21,0	-0,8	0,8	
Local onde habita									
Aldeia	105	60,0	57	53,8	162	57,6	1,0	-1,0	χ ² = 1,246 p = 0,536
Vila	23	13,1	18	17,0	41	14,6	-0,9	0,9	
Cidade	47	26,9	31	29,2	78	27,8	-0,4	0,4	
Continente de origem									
Europeu	166	94,9	100	94,3	266	94,7	0,2	-0,2	χ ² = 0,035 p = 0,852
Outros	9	5,1	6	5,7	15	5,3	-0,2	0,2	
Total	175	100,0	106	100,0	281	100,0			

Em síntese:

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos estudantes podemos constatar que na sua maioria são rapazes na faixa etária entre os 17-18 anos, residem na aldeia e originários do continente europeu.

1.3.3 - Caracterização académica

Estabelecimento de ensino

Como referimos a distribuição dos estudantes que participaram neste estudo pertencentes a duas escolas do ensino profissional uma da cidade de Viseu outra da Vila de Trancoso apresentam-se na tabela 14. A Escola Profissional Mariana Seixas foi a que contribuiu com uma maior participação de estudantes (63%). O contributo dos estudantes da Escola Profissional de Trancoso foi de 37%.

Visualiza-se ainda pela mesma tabela que não existe diferenças significativas para o género e a participação dos estudantes por estabelecimento de ensino ($\chi^2 = 2,162$, $p = 0,141$).

Ano de escolaridade

Na tabela 14 fazemos também referência ao ano de escolaridade frequentado pelos estudantes. Notamos que a maior percentagem (45,2%) frequenta o 10º ano e o percentual dos inquiridos que frequentam o 11º e o 12º anos são respetivamente de 31,3%, e de

23,5%. Por outro lado, observa-se que existem mais rapazes no 10º e 11º ano, com diferenças estatísticas entre grupos ($\chi^2=12,163$; $p=0,002$). Os valores residuais ajustados revelam que a diferença está no grupo masculino para 11º ano e no grupo feminino para o 12º ano.

Curso que frequentam

No que diz respeito ao Curso que frequentam os participantes agrupam-se maioritariamente na área de informática (41,3%), seguindo-se a área de engenharias com 33,10% e por fim a área social com 11,70%. Os resíduos ajustados revelam que a diferença se situa no grupo masculino para a área de engenharias e no grupo feminino para a área social (cf. Tabela 14).

Rendimento escolar

No decurso deste estudo os estudantes foram solicitados a responder sobre a perceção do seu rendimento escolar. Trata-se de uma avaliação subjetiva efetuada com a aplicação de uma escala graduada entre muito mau e muito bom.

Dos adolescentes questionados (56,9%) consideram o seu rendimento bom ou muito bom e (43,1%) consideram-no nem mau nem bom. Observa-se que existem mais raparigas a considerar o seu rendimento escolar como bom ou muito bom (62,3%) do que os rapazes (56,3%), mas as diferenças entre géneros não são estatisticamente significativas ($\chi^2=1,968$; $p=0,161$) (cf. Tabela 14).

Tema sono apresentado na escola

No que diz respeito ao tema sono ter sido apresentado na escola, maioritariamente os adolescentes responderam que não (92,2%) e apenas (7,8%) responderam que sim. Os valores residuais ajustados revelam que a diferença está no grupo masculino para os que responderam que o tema sono foi apresentado na escola e no grupo feminino para os que responderam que o tema sono não foi apresentado na escola (cf. Tabela 14).

Tabela 14 - Características académicas dos estudantes

Variáveis	Género				Total		Resíduos ajustados		χ^2
	Masculino		Feminino		N	%	Masculino	Feminino	
	N	%	N	%					
Estabelecimento de ensino									
EP Mariana Seixas	116	66,3	61	57,5	177	63,0	1,5	-1,5	$\chi^2 = 2,162$ $p = 0,141$
EP Trancoso	59	33,7	45	42,5	104	37,0	-1,5	1,5	
Ano de escolaridade									
10.º	81	46,3	46	43,4	127	45,2	0,5	-0,5	$\chi^2 = 12,163$ $p = 0,002^{**}$
11.º	64	36,6	24	22,6	88	31,3	2,4	-2,4	
12.º	30	17,1	36	34,0	66	23,5	-3,2	3,2	
Curso									
Área Social	15	8,6	57	53,8	72	25,6	-8,4	8,4	$\chi^2 = 99,935$ $p = 0,000^{***}$
Informática	70	40,0	46	43,4	116	41,3	-0,6	0,6	
Áreas de engenharia	90	51,4	3	2,8	93	33,1	8,4	-8,4	
Rendimento escolar									
Nem mau nem bom, ou	81	46,3	40	37,7	121	43,1	1,4	-1,4	$\chi^2 = 1,968$ $p = 0,161$
Bom ou muito bom	94	56,7	66	62,3	160	56,9	-1,4	1,4	
Apresentação tema sono									
Sim	20	11,4	2	1,9	22	7,8	2,9	-2,9	$\chi^2 = 8,329$ $p = 0,004^{**}$
Não	2	88,6	104	98,1	259	92,2	-2,9	2,9	
Total	175	100,0	106	100,0	281	100,0			

Em síntese:

Em relação à caracterização académica dos estudantes podemos constatar que a maioria estuda na Escola Profissional Mariana Seixas, frequenta o 10º ano e a área de informática, com rendimento escolar bom ou muito bom e que o tema sono não foi apresentado na escola.

1.4 - Procedimentos na recolha de dados

O trajeto desde a fase metodológica até à aplicação no terreno do estudo previsto e obtenção de resultados exigiu o delineamento de etapas preparatórias que garantissem a firmeza do planeamento estabelecido. Deste modo, em relação aos instrumentos de recolha de dados (Anexo I), numa primeira fase e após a sua seleção, efetuou-se o contacto com os autores originais, requerendo autorização para utilizar as escalas (Anexo II e III).

Foi submetido o projeto de investigação à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu, o qual foi aprovado em Março de 2014 (Anexo IV). Após selecionadas as escolas foi posteriormente apresentado junto de cada Diretor/Conselho Pedagógico das Escolas Profissionais Mariana Seixas, e de Trancoso um documento formal a solicitar autorização para aplicar o instrumento de recolha de dados onde se expuseram os objetivos do estudo e se anexou um exemplar (Anexo V). Foi igualmente solicitada autorização por escrito aos encarregados de educação dos estudantes participantes (Anexo VI).

A recolha de dados decorreu durante todo o mês de Junho de 2014. A página inicial do questionário descrevia os objetivos e as condições gerais do seu preenchimento, tal co-

mo as respetivas considerações éticas e deontológicas. A segunda página continha um espaço reservado para o preenchimento das variáveis antropométricas (peso e altura) que foram avaliadas e preenchidas pelo investigador responsável pelo estudo, a todos os estudantes da amostra desta investigação. O questionário foi aplicado a todos os alunos do 10º ao 12º ano em contexto de sala de aula e na presença do professor tendo sido preservado o anonimato.

Após a recolha de dados, procedeu-se à sua depuração tendo sido excluídos do estudo os instrumentos de recolha de dados notoriamente incompletos nos dados (seis instrumentos) e posteriormente atribuiu-se um número de referência para identificação na base de dados.

1.4.1 – Critérios de operacionalização de variáveis originais

Por necessidade estatísticas, foi necessário proceder à operacionalização de algumas das variáveis em estudo. Esta operacionalização obedeceu exclusivamente a critérios empíricos não sendo por conseguinte sustentada por estudos científicos. O quadro 6 apresenta a variável em estudo, o tipo de variável, o nome da variável original e a respetiva recodificação.

Quadro 5 – Recodificação das variáveis originais

Variável	Tipo	Variável Original	Recodificação da variável
Idade	Quantitativa intervalar	Idade em anos	<= 16 anos 17 - 18 anos >= 19 anos
Continente de origem	Qualitativa nominal	Europeu Africano Asiático Outro	Europeu Outro
Curso	Qualitativa nominal	Gestão de equipamentos informáticos Multimédia Eletrónica, automação e computadores Fotografia Turismo Comunicação Animação sociocultural Audiovisuais Restauração Instalações elétricas Mecânica Manutenção industrial/ Mecatrónica automóvel Energias renováveis	Informática Áreas Sociais Área de engenharia
Rendimento escolar	Qualitativa nominal	Muito mau Mau Nem mau nem bom Bom Muito Bom	Nem mau, nem bom ou mau Bom ou muito bom
Agregado familiar	Quantitativa ordinal	1, 2, 3, 4, 5, ≥6	Até 3 elementos Mais de 3 elementos

Variável	Tipo	Variável Original	Recodificação da variável
Coabitação	Qualitativa nominal	Pai Mãe Padrasto Madrasta Irmãos Avós Instituição Outro	Família Nuclear Outra
Número de irmãos	Quantitativa ordinal	0, 1, 2, 3, ≥4	Sem irmãos 1 irmão ≥ 2 irmãos
Ambiente familiar	Qualitativa nominal	Muito mau Mau Nem mau nem bom Bom Muito Bom	Nem mau nem bom ou mau Bom ou muito bom
Habilitações literárias dos pais	Qualitativa ordinal	Doutoramento Mestrado Licenciatura Bacharel 12º Ano ou antigo 7º ano 9º Ano ou antigo 5º ano 6º Ano ou ciclo preparatório 4º Ano ou antiga 4ª classe Inferior à 4ª classe	Formação superior Formação intermédia Formação inferior ou inexistente
Profissão do pai e mãe	Qualitativa nominal	Empregado(a) Sim Não Reformado(a)	Ativo(a) Não ativo(a)
Frequência da atividade física	Qualitativa nominal	Nunca/raramente 1-2x/semana 3-4x/semana 5-6x/semana 7x/semana	Nunca Frequente
Duração da atividade física	Qualitativa nominal	<30 min./semana 1-2h/semana 2-4 h/semana 4-6h/semana >6h/semana	Menos de 30 minutos Entre 1 a 2 horas Mais de 3 horas
Refeições em família	Qualitativa nominal	Nunca Raras vezes (1 a 2 vezes) Algumas vezes (3 a 4 vezes) Muitas vezes (5 a 6 vezes) Sempre (7 ou mais vezes)	Menos que 4 vezes Mais que 5 vezes semana
Horas que dorme durante a semana	Qualitativa nominal	≤4h 4-6h 6-8h	Menos que 8 horas
Horas que dorme durante o fim de semana		8-10h ≥ 10h	Mais que 8 horas
Frequência com que fuma	Qualitativa nominal	Todos os dias Ocasionalmente Já fumei mas parei Já experimentei mas nunca fui um fumador	Fumador habitual Fumador ocasional
Idade de início de atividade sexual	Quantitativa intervalar	Idade em anos	≤15 anos =16 anos ≥ 17 anos

1.5 – Análise de dados

Após a recolha de dados, efetuamos uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminarmos aqueles que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado a sua codificação e tabulação de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria (SK) e achatamento ou curtose (KS), e medidas de associação como o coeficiente de correlação de Pearson de acordo com as características das variáveis em estudo.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana e Gageiro (2014), do seguinte modo: 0-15% dispersão baixa, 16-30% dispersão média ou moderada e superior a 30% dispersão alta.

O coeficiente de correlação de Pearson – é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1 devendo considerar-se os seguintes valores de referência em termos absolutos (Pestana e Gageiro, 2014):

- $r < 0,2$ – associação muito baixa
- $0,2 \leq r \leq 0,39$ – associação baixa
- $0,4 \leq r \leq 0,69$ – associação moderada
- $0,7 \leq r \leq 0,89$ – associação alta
- $0,9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

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

No que respeita à **estatística inferencial**, fizemos uso da estatística paramétrica, e não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a

segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Maroco, 2014). Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (Maroco, 2014). Este autor acrescenta ainda que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (Maroco, 2014), o que também vai de encontro ao referido por Pestana e Gageiro (2014) quando afirma que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas.

Já a estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2014) ou seja, só recorreremos a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,5 (Pestana & Gageiro, 2014). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor.

Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

- **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;
- **Análise de variância ou teste de Kruskal Wallis** – é uma extensão dos testes anteriormente referidos usados na comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes. Associado a este teste encontram-se os testes post hoc que devem utilizar-se quando se verificação diferenças amostrais.
- **Regressão linear simples e múltipla** - é um modelo estatístico que usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente, endógena ou latente) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes, exógenas ou manifestas) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efetuamos a **regressão múltipla univariada**. Se porventura dispomos de mais que uma variável dependente efetuamos uma regressão linear múltipla multivariada.

Quando simplesmente se relaciona uma variável dependente com uma independente efetuamos uma regressão linear simples

Teste de qui quadrado (X^2) – é um teste de proporções usado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Quando há relação entre as variáveis, devem usar-se os resíduos ajustados estandardizados por forma a localizar as diferenças. Acresce referir que só devem interpretar-se os resíduos ajustados superiores a 2 (positivos) e quando se dispõe de pelo menos oito elementos em linha ou em coluna.

Teste Anova (análise de variância um fator) – A análise de variância é um teste paramétrico que permite comparar médias entre uma ou mais variáveis de natureza quantitativa (intervalar ou de razão) com uma variável nominal de três ou mais grupos. Dado que existem três ou mais grupos e se entre grupos se verificar a existência de significâncias estatísticas (se houver diferenças estatísticas) entre os grupos, devemos complementar a análise Anova com os testes pós hoc que nos permitem localizar as diferenças dentro dos grupos. Existem vários testes pós hoc, mas o que mais se usa é o Tuckey.

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0,05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0,01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0,05$ n.s. – diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso de tabelas e quadros, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado aos estudantes do ensino profissional. A descrição e análise dos dados procurou obedecer à ordem pela que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0 (2014) para Windows e o pacote informático AMOS (Analysis of Moments structurares) versão 22 para Windows.

2 – Resultados

O propósito deste capítulo é descrever e explicar o fenômeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos dos dados recolhidos no trabalho de campo. Nesse sentido consideramos a existência de dois subcapítulos a análise descritiva e a análise inferencial. Na análise descritiva, abordamos primeiramente as variáveis contexto familiar para depois procedermos à descrição dos estilos de vida e da coesão e adaptabilidade familiar e, terminamos com a análise dos hábitos do sono dando especial ênfase à qualidade de sono e à sonolência em adolescentes. Na análise inferencial estudamos a relação entre as variáveis exógenas e a variável endógena, dando assim resposta às questões de investigação e objetivos formulados

2.1 – Análise Descritiva

2.1.1 - Variáveis de contexto familiar

Agregado Familiar

Começamos a descrição das variáveis de contexto familiar com os resultados inerentes ao agregado familiar. Assim, pela tabela 15 observamos que em 68,3% dos participantes no estudo, o agregado familiar é constituído por mais de três elementos e que apenas 31,7% até 3 elementos. Entre o agregado familiar e o género não encontramos diferenças significativas ($\chi^2=1,464$; $p=0,226$).

Coabitação

Associado à questão anterior encontra-se a coabitação. Dos resultados obtidos, verificamos que cerca de 6 em cada dez estudantes vivem com outras pessoas, sendo os rapazes os que mais contribuem para esta percentagem. Dos 38,1% que habitam numa família nuclear a maior percentagem é constituída por raparigas. As diferenças encontradas entre género e a coabitação apresentam significância marginal ($\chi^2=3,747$; $p=0,053$) (cf. Tabela 15).

Número de Irmãos

Quanto ao número de irmãos cerca de metade (48,4%) têm apenas um irmão e 20,3% refere não ter irmãos. Entre o número de irmãos e o género as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2=1,345$; $p=0,510$) (cf. Tabela 15).

Estado civil dos pais

Fazemos também na tabela 15 referência ao estado civil dos progenitores por género. Constatamos que a maioria dos pais vivem em união de facto ou são casados (75,1 %) e 19,6% são separados/divorciados. Cerca de 5,3% dos adolescentes refere que pelo menos um dos progenitores já faleceu. Entre as variáveis em estudo não encontramos significância estatística ($\chi^2 = 0,567$; $p=0,753$).

Ambiente Familiar

Relativamente ao ambiente familiar, aferimos que a maioria 86,8% considera ter bom ambiente familiar, o que não é a opinião de 13,2% da totalidade da amostra que considera o seu ambiente familiar mau registando uma maior incidência entre os rapazes. A relação entre ambiente familiar e o género evidencia significâncias estatísticas ($\chi^2=4,838$; $p=0,028$) com os valores residuais a indicarem que a diferença se situa no grupo masculino com bom ambiente familiar e no feminino com mau ambiente familiar (cf. Tabela 15).

Tabela 15 - Características familiares dos estudantes

Variáveis	Género				Total		Resíduos ajustados		χ^2
	Masculino		Feminino		N	%	Masculino	Feminino	
	N	%	N	%					
Agregado familiar									
Até 3 elementos	60	34,3	29	27,4	89	31,7	1,2	-1,2	$\chi^2 = 1,464$
Mais do que 3 elementos	115	65,7	77	72,6	192	68,3	-1,2	1,2	$p = 0,226$
Coabitación									
Família nuclear	59	33,7	48	45,3	107	38,1	-1,9	1,9	$\chi^2 = 3,747$
Outra	116	66,3	58	54,7	174	61,9	1,9	-1,9	$p = 0,053$
Número de irmãos									
Sem irmãos	39	22,3	18	17,0	57	20,3	1,1	-1,1	$\chi^2 = 1,345$
Um irmão	81	46,3	55	51,9	136	48,4	-0,9	0,9	$p = 0,510$
Mais do que dois irmãos	55	31,4	33	31,1	88	31,3	0,1	-0,1	
Situação pais									
União facto/casados	136	76,0	78	73,6	211	75,1	0,5	-0,5	$\chi^2 = 0,567$
Separados/ divorciados	32	18,3	23	21,7	55	19,6	-0,7	0,7	$p = 0,753$
Víuvo (a)	10	5,7	5	4,7	15	5,3	0,4	-0,4	
Ambiente familiar									
Mau ambiente familiar	17	9,7	20	18,9	37	13,2	-2,2	2,2	$\chi^2 = 4,838$
Bom ambiente familiar	158	90,3	86	81,1	244	86,8	2,2	-2,2	$p = 0,028^*$
Total	175	100,0	106	100,0	281	100,0			

Habilitações literárias dos pais

Na tabela 16 fazemos referência às habilitações literárias dos progenitores. Quanto à situação académica do pai 61% possui formação intermédia, 34% formação inferior ou inexistente e apenas uma pequena percentagem de 4,5% tem formação superior, mas as diferenças encontradas entre grupos não são estaticamente significativas ($\chi^2=3,046$; $p=0,218$)

No concernente às habilitações académicas da mãe observamos que 67,3% possui formação intermédia, 27,3% formação inferior e apenas uma pequena percentagem de 5,4% tem formação superior. As diferenças encontradas entre o género e habilitações literárias da mãe não são estaticamente significativas ($\chi^2=0,901$; $p=0,637$).

Tabela 16 - Relação entre o género e Habilitações literárias dos pais

Variáveis	Género				Total		Resíduos ajustados		χ^2
	Masculino		Feminino		N	%	Masculino	Feminino	
	N	%	N	%					
Habilitações literárias do pai									
Formação superior	9	5,4	3	3,0	12	4,5	0,9	-0,9	$\chi^2 = 3,046$ $p = 0,218$
Formação intermédia	107	63,6	57	56,4	164	61,0	1,2	-1,2	
Formação inferior ou in-	52	31,0	41	40,6	93	34,5	-1,6	1,6	
Total	168	100,0	101	100,0	269	100,0			
Habilitações literárias da mãe									
Formação superior	11	6,4	4	3,8	15	5,4	0,9	-0,9	$\chi^2 = 0,901$ $p = 0,637$
Formação intermédia	114	66,3	73	68,8	187	67,3	-0,4	0,4	
Formação inferior ou in-	47	27,3	29	27,4	76	27,3	-	-	
Total	172	100,0	106	100,0	278	100,0			

Situação profissional dos Pais

Quanto à atual condição laboral do pai, é possível observar que na maior parte dos estudantes predomina o pai profissionalmente ativo e no exercício de uma profissão (83,5%) registando-se apenas em 16,5% um pai profissionalmente não ativo. As diferenças encontradas entre o género e a condição laboral do pai não são estaticamente significativas ($\chi^2=2,307$; $p=0,129$) (cf. Tabela 17).

Em relação à mãe, há igualmente uma predominância das que se encontram a exercer uma atividade profissional (64,4%) mas a percentagem das que se encontram desempregadas ascende a cerca de 36,0%. As diferenças encontradas entre o género e a condição laboral da mãe são estaticamente significativas ($\chi^2=4,248$; $p=0,039$) com os residuais ajustados revelam que a diferença se localiza no grupo dos estudantes do género masculino para as mães ativas e no feminino para as mães não ativas (cf. Tabela 17).

Tabela 17 - Relação entre o género e o Emprego dos pais

Variáveis	Género				Total		Resíduos ajustados		χ ²
	Masculino		Feminino		N	%	Masculino	Feminino	
	N	%	N	%					
Pai empregado									
Ativo	143	86,1	79	79,0	222	83,5	1,5	-1,5	χ ² = 2,307 p = 0,129
Não ativo	23	13,9	21	21,0	44	16,5	-1,5	1,5	
Total	166	100,0	100	100,0	266	100,0			
Mãe empregada									
Ativa	118	69,0	59	56,7	177	64,4	2,1	-2,1	χ ² = 4,248 p = 0,039*
Não ativa	53	31,0	45	43,3	98	35,6	-2,1	2,1	
Total	171	100,0	104	100,0	275	100,0			

Em Síntese:

Em relação à caracterização familiar dos estudantes podemos inferir que na sua maioria pertencem a um agregado familiar com mais de 3 elementos, não vivem em famílias nucleares, possuem 1 irmão e consideram o seu ambiente familiar como bom. Relativamente aos pais dos estudantes na sua grande maioria são casados ou vivem em união de facto, possuem formação intermédia e exercem uma atividade profissional.

2.1.2 - Estilos de vida

Prática da atividade física

Relativamente à prática da atividade física, observa-se que 79,7% dos participantes praticam atividade física registando-se atividade mais sedentária em 20,3%. As diferenças entre grupos são significativas ($\chi^2=3,956$; $p=0,047$) que se situam no grupo masculino para quem pratica a atividade física e no grupo feminino para quem não pratica atividade física.

Quando questionados sobre a frequência com que praticam atividade física, as respostas recaíram maioritariamente sobre os que o fazem frequentemente (84,2%) e no que se refere à duração na sua maioria ocorre entre 1-2 h/semana (48,6%). Os valores residuais ajustados revelam que a diferença se regista no grupo masculino para quem pratica mais do que 3 horas de atividade física e no grupo feminino para quem pratica atividade física menos de 30 minutos (cf. Tabela 18).

Tabela 18 - Relação entre o género e a frequência e duração da atividade física

Variáveis	Género				Total		Resíduos ajustados		χ^2
	Masculino		Feminino		N	%	Masculino	Feminino	
	N	%	N	%	N	%			
Prática da atividade física									
Sim	146	83,4	78	73,6	224	79,7	2,0	-2,0	$\chi^2 = 3,956$ $p = 0,047^*$
Não	29	16,6	28	26,4	57	20,3	-2,0	2,0	
Total	175	100,0	106	100,0	281	100,0	Total	175	100,0
Frequência da atividade física									
Nunca	18	11,4	22	23,2	40	15,8	-2,5	2,5	$\chi^2 = 6,170$ $p = 0,013^*$
Frequente	140	88,6	73	76,8	213	84,2	2,5	-2,5	
Duração da atividade física									
Menos que 30 minutos	39	24,7	47	49,5	86	34,0	-4,0	4,0	$\chi^2 = 20,445$ $p = 0,000^{***}$
Entre 1 a 2 horas	82	51,9	41	43,1	123	48,6	1,3	-1,3	
Mais do que 3 horas	37	23,4	7	7,4	44	17,4	3,3	-3,3	
Total	158	100,0	95	100,0	253	100,0			

Hábitos alimentares

Questionamos os estudantes sobre o local onde realizam as refeições durante a semana e associada a esta questão se efetuam as refeições em família. Para o primeiro aspeto, a maior percentagem (55,2%) diz que efetua as refeições na escola, 36,2% em casa, e 5% fora. As diferenças encontradas entre géneros são estatisticamente significativas ($\chi^2=11,277$; $p=0,010$) e os residuais ajustados revelam que a diferença está no grupo masculino para quem faz as refeições em casa e no grupo feminino para os que fazem as suas refeições no refeitório da escola (cf. Tabela 19).

Relativamente às refeições em família, 63,3% afirmam que fazem mais que 5 vezes por semana e 36,7% menos que 4 vezes por semana. Entre grupos não encontramos significância estatística ($\chi^2=3,331$; $p=0,068$) (cf. Tabela 19).

Hábitos de sono

Uma outra questão colocada aos estudantes diz respeito aos hábitos do sono mormente a duração do sono durante a semana e duração do sono aos fins de semana. Durante a semana cerca de 8 em cada dez estudantes afirma que dorme mais do que 8 h por noite com percentagens similares em ambos os géneros. 16,5% dos estudantes dormem menos de 8h com percentual mais elevado nos rapazes. Na relação entre a duração do sono durante a semana e o género não encontramos significância estatística ($\chi^2=0,123$, $p=0,726$) (cf. Tabela 19).

Quanto ao número de horas que dormem durante o fim de semana, não vislumbramos grandes diferenças, porquanto 84,5% responderam dormir mais que 8 horas e 15,5% menos de 8 horas. Não existe significância significativa entre o género e a duração do sono durante fim-de-semana ($\chi^2=0,812$, $p=0,367$) (cf. Tabela 19).

Hábitos tabágicos

Reportamo-nos ainda na tabela 19 aos hábitos tabágicos onde constatamos que a grande maioria dos adolescentes, (61,9%) não fuma, mas 38,1% possuem hábito de fumar. Para estes determinamos a frequência atual de consumo e apuramos que a maioria dos adolescentes (57,3%) fumam diariamente e 42,7% fazem-no ocasionalmente. O teste de χ^2 , não revela diferenças significativas entre a frequência com que os adolescentes fumam e o género ($\chi^2=1,326$; $p=0,250$).

Tabela 19 - Relação entre o género e estilos de vida

Variáveis	Género				Total		Resíduos ajustados		χ^2
	Masculino N	%	Feminino N	%	N	%	Masculino	Feminino	
Refeições durante semana									
Casa	75	42,9	27	25,5	102	36,2	2,9	-2,9	$\chi^2 = 11,277$ $p = 0,010^*$
Refeitório da Escola	83	47,4	72	67,9	155	55,2	-3,3	3,3	
Fora	10	5,7	4	3,8	14	5,0	0,7	-0,7	
Casa e refeitório da escola	7	4,0	3	2,8	10	3,6	0,5	-0,5	
Refeições em família semana									
Menos que 4 vezes p se-	57	32,6	46	43,4	103	36,7	-1,8	1,8	$\chi^2 = 3,331$ $p = 0,068$
Mais que 5 vezes semana	118	67,4	60	56,6	178	63,3	1,8	-1,8	
Horas dorme semana									
Menos que 8 horas	29	17,2	16	15,5	45	16,5	0,4	-0,4	$\chi^2 = 0,123$ $p = 0,726$
Mais do que 8 horas	140	82,8	87	84,5	227	83,5	-0,4	0,4	
Horas dorme fim-de-semana									
Menos que 8 horas	25	17,2	12	12,9	37	15,5	0,9	-0,9	$\chi^2 = 0,812$ $p = 0,367$
Mais do que 8 horas	120	82,8	81	87,1	201	84,5	-0,9	0,9	
Fuma habitualmente									
Não	107	61,1	67	63,2	174	61,9	-0,3	0,3	$\chi^2 = 0,119$ $p = 0,730$
Sim	68	38,9	39	36,8	107	38,1	0,3	-0,3	
Frequência fuma									
Fumador habitual	62	60,8	32	51,6	94	57,3	1,2	-1,2	$\chi^2 = 1,326$ $p = 0,250$
Fumador ocasional	40	39,2	30	38,4	70	42,7	-1,2	1,2	
Total	175	100,0	106	100,0	281	100,0			

Em síntese:

Relativamente aos estilos de vida dos estudantes podemos verificar que prevalecem os estudantes que praticam atividade física frequentemente entre 1 a 2 horas por semana. Sobressaem os estudantes que fazem as refeições durante a semana no refeitório da escola e os que fazem mais que 5 vezes por semana refeições em família. A sua maioria dorme mais do que 8 horas por noite, quer durante a semana quer ao fim de semana. Relativamente aos hábitos tabágicos dos estudantes a sua grande maioria não fuma, mas os que fumam fazem-no habitualmente.

2.1.3 – Adaptabilidade, coesão familiar e tipo de família

No que se refere às estatísticas em relação à família observamos pela tabela 20 que os valores mínimos e máximos oscilam entre 31 e 79 na dimensão coesão familiar e entre 24 e 66 na dimensão adaptabilidade familiar. O índice global apresenta uma cotação mínima de 29 e um máximo de 71. A variabilidade média é menor na adaptabilidade familiar (Média = 48,91) e maior na coesão familiar (média = 54,90), enquanto que para o índice global o valor médio é de 51,91. Os valores de assimetria indicam que a distribuição é normal e o coeficiente de variação apresenta uma dispersão baixa para o valor global da escala e moderada para as suas dimensões.

Tabela 20 - Estatísticas em relação à família

Género	Idade	N	Min	Máx	\bar{x}	D.P.	Sk/ Erro	K/ Erro	CV (%)	KS
Coesão familiar		175	31	79	54,90	8,36	1,39	0,08	15,22	0,000
Adaptabilidade familiar		106	24	66	48,91	7,48	-1,71	-0,24	15,29	0,017
Total		281	29	71	51,91	7,19	-0,15	-0,75	13,85	0,065

De acordo com os valores de corte sugeridos pelo autor e descritos no capítulo da metodologia, obtivemos os resultados que se apresentam na tabela 21. Quanto ao nível da coesão familiar, os scores mais elevados correspondem ao tipo de coesão separada (35,6%), encontrando-se com coesão desmembrada (33,5%), com coesão ligada 26,6% e muito ligadas 4,3%. Entre a coesão familiar e o género não encontramos diferenças significativas ($\chi^2=4,651$; $p=0,199$).

Já no que respeita à adaptabilidade, o tipo predominante é o flexível (45,1%), seguida da adaptabilidade muito flexível com 22,8% e com uma percentagem muito idêntica (22,1%) encontramos o de adaptabilidade estruturada. Com menor índice percentual 10,0% surgem os de adaptabilidade rígida. O teste de χ^2 , apresenta significância marginal ($\chi^2 = 7,373$; $p=0,061$) e os resíduos ajustados revelam que a diferença situa-se nos classificados com adaptabilidade rígida e do género feminino (cf. Tabela 21).

Da conjugação da adaptabilidade familiar e coesão familiar, é possível caracterizar o tipo de família. Pelos resultados expressos na tabela 21 o maior percentual ocorre no tipo de família meio termo e família equilibrada com igual percentagem (39,3%), seguida do tipo de família extremo com 13,2% e da família muito equilibrada com 8,2%. É encontrada uma significância marginal entre as variáveis em estudo situada entre os adolescentes do sexo masculino e tipo de família meio termo ($\chi^2=7,308$; $p=0,063$).

Tabela 21 - Relação entre o gênero e as características familiares

Variáveis	Gênero				Total		Resíduos ajustados		χ ²
	Masculino		Feminino		N	%	Masculino	Feminino	
	n	%	N	%					
Coesão familiar									
Desmembrada	61	34,8	33	31,1	94	33,5	0,6	-0,6	χ ² = 4,651 p = 0,199
Separada	67	38,3	33	31,1	100	35,6	1,2	-1,2	
Ligada	42	24,0	33	31,1	75	26,6	-1,3	1,3	
Muito ligada	5	2,9	7	6,7	12	4,3	-1,5	1,5	
Adaptabilidade familiar									
Rígida	11	6,3	17	16,0	28	10,0	-2,6	2,6	χ ² = 7,373 p = 0,061
Estrutura	42	24,0	20	18,9	62	22,1	1,0	-1,0	
Flexível	82	46,8	45	42,5	127	45,1	0,7	-0,7	
Muito flexível	40	22,9	24	22,6	64	22,8	-	-	
Tipo de família									
Extremo	16	10,2	18	18,0	34	13,2	-1,8	1,8	χ ² = 7,308 p = 0,063
Meio termo	70	44,6	31	31,0	101	39,3	2,2	-2,2	
Equilibrada	61	38,8	40	40,0	101	39,3	-0,2	0,2	
Muito equilibrada	10	6,4	11	11,0	21	8,2	-1,3	1,3	
Total	175	100,0	106	100,0	281	100,0			

Como complemento à análise anterior, procuramos saber em que medida o gênero discriminava a coesão, a adaptabilidade familiar e o tipo de família. O teste de U Mann-Whitney indica que nos estudantes do gênero feminino se observa maior coesão familiar e nos estudantes do gênero masculino maior adaptabilidade familiar sem contudo se registrar significância estatística (cf. Tabela 22).

Tabela 22 - Teste de U Mann-Whitney entre o gênero e a Escala FacesII

Escala Faces II \ Gênero	Masculino	Feminino	UMW	P
	OM	OM		
Coesão familiar	136,29	148,78	8450,00	0,211
Adaptabilidade familiar	144,36	135,46	8687,50	0,373

Em Síntese:

Quanto à coesão, adaptabilidade e tipo de família podemos inferir que prevalecem os estudantes que estão inseridos numa família separada, flexível, meio termo e equilibrada. Podemos verificar também que são as raparigas que possuem melhor coesão familiar e que são os rapazes que possuem melhor adaptabilidade familiar.

2.1.4 – Sonolência diurna em adolescentes

Como referimos na metodologia o questionário de sonolência em adolescentes de Cleveland é aplicada para a avaliação da sonolência diurna.

No que se refere às estatísticas notamos pela tabela 23 que os valores mínimos e máximos oscilam entre 5 e 25 nas dimensões sono na escola e desperto na escola e oscilam entre 3 e 15 nas dimensões sonolência noturna e sonolência no transporte. O índice global apresenta uma cotação mínima de 16 e um máximo de 80. A variabilidade média é pequena sendo a menor a sonolência no transporte (média = 6,81) e a maior no desperto na escola (média = 15,63), enquanto que para o índice global o valor médio é de 39,72. Os valores de assimetria e curtose revelam curvas leptocurticas e enviezadas à esquerda e o teste de aderência à normalidade (Kolmogorov-Smirnov), por apresentar significância estatística indica que a amostra não tem distribuição normal. Quanto aos coeficientes de variação apresentam dispersões elevadas em todas as dimensões da escala.

Tabela 23 - Estatísticas em relação à sonolência diurna

Género	Idade	Min	Máx	\bar{x}	D.P.	Sk/ Erro	K/ Erro	CV (%)	KS
Sono na escola		5	25	9,72	4,97	6,48	0,19	51,13	0,000
Desperto na escola		5	25	15,63	4,91	0,78	-1,74	31,41	0,000
Sonolência noturna		3	15	7,56	3,12	1,78	-2,32	41,27	0,000
Sonolência no transporte		3	15	6,81	3,12	3,89	-1,56	45,81	0,000
Total		16	80	39,72	10,33	7,37	6,48	26,00	0,000

Pretendemos saber em que medida o género discriminava a sonolência diurna. Realizado o teste de UMW verificou-se que os estudantes do género masculino têm as ordenações médias mais altas nas dimensões sono na escola, desperto na escola e sonolência no transporte e os estudantes do género feminino têm ordenações médias mais altas na dimensão sonolência noturna. Não existe significância estatística apenas na dimensão sonolência no transporte (cf. Tabela 24).

Tabela 24 - Teste de U Mann-Whitney entre o género e a sonolência diurna

Sonolência diurna	Género	Masculino	Feminino	UMW	P
		OM	OM		
Sono na escola		149,65	126,72	7761,00	0,020*
Desperto na escola		148,62	128,42	7941,00	0,043*
Sonolência noturna		133,61	153,21	7981,00	0,049*
Sonolência no transporte		145,39	133,75	8506,50	0,240
Total da escala		148,99	127,81	7877,00	0,034*

Através da tabela 25 estudamos ainda a relação entre a sonolência diurna com o género e idade. O género masculino é o que apresenta maior número de casos sem sonolên-

cia (57,8%) e também é o gênero masculino que tem o maior número de casos de sonolência (67,2%). Entre os grupos não existe significância estatística ($\chi^2 = 2,604$; $p=0,068$).

No que se refere à idade, as diferenças entre os grupos etários são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 13,965$; $p=0,000$). Observa-se pela tabela 25, que os estudantes com idade compreendida entre os 17-18 anos são os que apresentam valores percentuais mais elevados sem sonolência (58,5%), mas é também no mesmo grupo etário que se evidenciam elevada percentagem de casos entre os que apresentam sonolência (56,7%).

Tabela 25 – Relação entre sonolência diurna, gênero e grupos etários

Variáveis	Sem sonolência		Com sonolência		Total		Resíduos ajustados	
	n	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Gênero								
Masculino	85	57,80	90	67,2	175	62,30	-1,6	1,6
Feminino	62	42,20	44	32,8	106	37,70	1,6	-1,6
Idade								
<=16 anos	33	22,40	27	20,1	60	21,40	0,5	-0,5
17-18 anos	86	58,50	76	56,7	162	57,70	0,3	-0,3
>=19 anos	28	19,00	31	23,1	59	21,00	-0,8	0,8

Em Síntese:

No que diz respeito à sonolência diurna prevalecem os estudantes do gênero masculino que não têm sonolência, pertencentes ao grupo etário 17-18 anos.

2.1.5 – Qualidade de sono

Para determinar a qualidade de sono da amostra foi utilizado o índice de qualidade de sono de Pittsburg que relembramos, avalia a “qualidade subjetiva de sono”, a “latência de sono,” a “duração do sono”, a “eficiência de sono global”, as “perturbações do sono”, o “uso de medicação hipnótica”, a “disfunção diurna” e o “índice global de sono”. Iremos inicialmente proceder à análise pormenorizada a cada uma destas dimensões da escala em função do gênero e idade para seguidamente determinarmos as estatísticas e a prevalência da qualidade de sono

Qualidade subjetiva do sono

Pelos resultados apresentados na tabela 26 verificamos que a percepção que os estudantes têm sobre a qualidade subjetiva do sono é boa para 64,4% dos respondentes. Sendo que neste grupo o maior valor percentual recai nos indivíduos do sexo masculino

(58,6%). Os resultados do teste de χ^2 , inferem significância estatística ($\chi^2=12,325$; $p=0,006$) com os resíduos ajustados a revelarem diferenças no género masculino.

São os estudantes do grupo etário dos 17-18 anos que consideram ter uma qualidade subjetiva de sono muito boa ou boa com 53,1% e 58,6% respetivamente mas é também neste grupo etário que encontramos os maiores valores percentuais dos que afirmam ter uma qualidade de sono bastante má (52,5%) ou muito má (81,8%). Entre os estudantes com idade inferior a 16 anos, 28,6% referem ter muito boa qualidade de sono e com idade superior a 19 anos, o maior valor percentual (22,5%) foi encontrado nos que tem má qualidade subjetiva de sono. As diferenças entre grupos etários e qualidade subjetiva de sono não são significativas.

Tabela 26 – Qualidade subjetiva do sono género e idade

Qualidade subjetiva do sono	Muito boa		Boa		Má		Muito má		Total		Residuais			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3	4
Variáveis	49	17,44	181	64,41	40	14,23	11	3,92	281	100				
Género														
Masculino	41	83,70	106	58,60	23	57,50	45,50	45,50	175	62,23	3,4	-1,7	-	1,2
Feminino	8	16,30	75	41,4	17	42,50	54,50	54,50	106	37,72	-3,4	1,7	0,7	1,2
Idade														
<=16 anos	14	28,60	35	19,30	10	25,00	9,10	9,10	60	21,35	1,4	-1,1	0,6	1,0
17-18 anos	26	53,10	106	58,60	21	52,50	81,80	81,80	162	57,65	-0,7	0,4	-	1,7
>=19 anos	9	18,40	40	22,10	9	22,50	9,10	9,10	59	21,00	-0,5	0,6	0,3	1,0

Latência do sono

No que se refere à latência do sono, conforme os dados expressos na tabela 27, a maioria dos estudantes referem que demoram cerca de 15 minutos a adormecer (49,8%), contribuindo para estas percentagens 70,0% dos rapazes e 30,0% raparigas. Considera-se também significativo 36,6% os estudantes que demoram 16-30 minutos a adormecer dos quais 57,3% são do género masculino e 42,7% do género feminino. Foi encontrada significância estatística localizada nos adolescentes do género masculino para os que demoram menos de 15 minutos a adormecer.

Quanto aos resultados da latência do sono em função da idade, verifica-se que, na maioria dos grupos etários sobressaem os estudantes que referem demorar cerca de 15 minutos a adormecer. Os residuais ajustados revelam diferenças entre grupo etário com idade inferior ou igual a 16 anos e os que demora menos de 15 minutos a adormecer.

Tabela 27 – Latência do sono gênero e idade

Latência do sono	< 0 = a 15 minutos		16-30 minutos		31-60 minutos		> 60 minutos		Total		Residuais			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3	4
Variáveis	140	49,82	103	36,65	37	13,17	1	0,36	281	100				
Gênero														
Masculino	98	70,00	59	57,30	18	48,60	-	-	175	62,23	2,7	-1,3	-1,8	1,3
Feminino	42	30,00	44	42,70	19	51,40	1	100,00	106	37,72	-2,7	1,3	1,8	1,3
Idade														
<=16 anos	37	26,40	20	19,40	3	8,10	-	-	60	21,35	2,1	-0,6	-2,1	0,5
17-18 anos	79	56,40	56	54,40	26	70,30	1	100,00	162	57,65	-0,4	-0,8	1,7	0,9
>=19 anos	24	17,10	27	26,20	8	21,60	-	-	59	21,00	-1,6	1,6	0,1	0,5

Duração do Sono

Apuramos que a maioria dos estudantes dormem mais de 7 horas por noite (40,2%), registrando-se uma maior prevalência entre os do gênero masculino (64,6%) sendo também nestes que se verifica a maior percentagem dos que dormem 6-7 horas por noite. Na relação entre a duração do sono e o gênero não encontramos significância estatística.

Quanto à idade são os estudantes do grupo etário entre os 17-18 anos que referem dormir mais de 7 horas por noite (53,10%), sendo porém também neste grupo etário que encontramos os maiores percentuais de estudantes que dormem apenas 5- 6 horas. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 28).

Tabela 28 – Duração do sono gênero e idade

Duração do sono	> 7 horas		6- 7 horas		5 – 6 horas		< 5 horas		Total		Residuais			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3	4
Variáveis	113	40,21	85	30,25	62	22,06	21	7,47	281	100				
Gênero														
Masculino	73	64,60	48	56,50	40	64,50	14	66,70	175	62,23	0,7	-1,3	0,4	0,4
Feminino	40	35,40	37	43,50	22	35,50	7	33,30	106	37,72	-0,7	1,3	-0,4	0,4
Idade														
<=16 anos	30	26,50	18	21,20	9	14,50	3	14,30	60	21,35	1,7	0,0	-1,5	0,8
17-18 anos	60	53,10	49	57,60	40	64,50	13	61,90	162	57,65	-1,3	0,0	1,2	0,4
>=19 anos	23	20,40	18	21,20	13	21,00	5	23,80	59	21,00	-0,2	0,0	0,0	0,3

Eficiência Habitual do Sono

Na tabela 29 apresentamos os resultados da eficiência do sono. A maioria dos adolescentes (72,9%), apresenta uma eficiência habitual do sono superior ou igual a 85% com percentual mais elevado entre os do gênero masculino (67,3%). Apenas 2,9% dos estudantes têm uma eficiência habitual de sono inferior a 65% e neste âmbito, o maior valor percentual

tual recai para as raparigas com 62,5%. Os residuais ajustados revelam que a diferença se situam no grupo masculino para a eficiência do sono maior que 85% e no grupo feminino para a eficiência do sono entre 75-84%.

Comparando a eficiência habitual do sono com o grupo etário, notamos pela mesma tabela que é nos estudantes com idades entre 17-18 anos que se observa uma melhor eficiência habitual do sono com uma percentagem de 56,60%. Com 2,9% encontramos os estudantes com uma eficiência habitual de sono inferior a 65% sendo que o maior valor percentual recai também para o grupo etário dos 17-18 anos (87,5%). O resultado dos resíduos ajustados indica não existirem significância estatística.

Tabela 29 – Eficiência habitual do sono género e idade

Eficiência do sono	> 85%		75-84%		65-74%		< 65%		Total		Residuais			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3	4
Variáveis	205	72,95	50	17,79	18	6,41	8	2,85	281	100				
Género														
Masculino	138	67,30	23	46,00	11	61,10	3	37,50	175	62,23	2,9	-2,6	-0,1	1,5
Feminino	67	32,70	27	54,00	7	38,90	5	62,50	106	37,72	-2,9	2,6	0,1	1,5
Idade														
<=16 anos	47	22,90	6	12,00	7	38,90	-	-	60	21,35	1,1	-1,8	1,9	1,5
17-18 anos	116	56,60	31	62,00	8	44,40	7	87,50	162	57,65	-0,6	0,7	-1,2	1,7
>=19 anos	42	20,50	13	26,00	3	16,70	1	12,50	59	21,00	-0,3	1,0	-0,5	0,6

Perturbações do sono

A perturbação do sono menos de uma vez por semana ocorre em 66,6% contribuindo para esta percentagem os 63,6% de rapazes e 36,4% das raparigas. Apenas uma pequena franja dos inquiridos (6,1%), refere não apresentar perturbações do sono sendo que estes 82,4% são rapazes e 17,6% raparigas. Não são significativas as diferenças entre grupos.

Em relação à idade, são os estudantes do grupo etário 17-18 anos que afirmaram ter perturbações de sono menos de uma vez por semana que obtiveram o percentual mais elevado (58,8%). Já dos que não tiveram perturbações de sono é também neste grupo etário que se regista a percentagem mais significativa (58,8%). Os residuais ajustados revelam diferenças localizadas nos de idade superior ou igual a 19 anos e para quem tem três ou mais vezes por semana perturbações do sono (cf. Tabela 30).

Tabela 30 – Perturbação do sono género e idade

Perturbações do sono	Nenhuma vez no último mês		Menos de uma vez por semana		Uma ou duas vezes por semana		Três ou mais vezes por semana		Total		Residuais			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3	4
Variáveis	17	6,05	187	66,55	69	24,56	8	2,85	281	100				
Género														
Masculino	14	82,40	119	63,60	39	56,50	3	37,50	175	62,23	1,8	0,7	1,1	1,5
Feminino	3	17,60	68	36,40	30	43,50	5	62,50	106	37,72	-1,8	-0,7	1,1	1,5
Idade														
<=16 anos	4	23,50	40	21,40	16	23,20	-	-	60	21,35	0,2	0,0	0,4	1,5
17-18 anos	10	58,80	110	58,80	39	56,50	3	37,50	162	57,65	0,1	0,6	0,2	1,2
>=19 anos	3	17,60	37	17,60	14	20,30	5	62,50	59	21,00	-0,3	-0,7	0,2	2,9

Uso de medicamentos para adormecer

Através da tabela 31 podemos observar que cerca de 9 em cada 10 estudantes não utilizam medicação para dormir contribuindo para estes valores 63,6% de rapazes e 36,40% de raparigas. Dos que usam medicação para dormir (3,9%), o percentual é mais elevado (54,5%) nas raparigas do que nos rapazes (45,5%). Não são significativas as diferenças entre grupos.

São sobretudo os estudantes com idade compreendidas entre 17-18 anos que nunca utilizam medicação para dormir (57,30%), mas com uma percentagem semelhante (45,50%) é encontrado no mesmo grupo etário para os que tomam três ou mais vezes por semana não se verificando significância estatística.

Tabela 31 – Uso de medicação hipnótica género e idade

Uso de medicação hipnótica	Nenhuma vez no último mês		Menos de uma vez por semana		Uma ou duas vezes por semana		Três ou mais vezes por semana		Total		Residuais			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3	4
Variáveis	239	85,05	20	7,12	11	3,91	11	3,92	281	100				
Género														
Masculino	152	63,60	9	45,00	9	81,80	5	45,50	175	62,23	1,1	-1,7	1,4	1,2
Feminino	87	36,40	11	55,00	2	18,20	6	54,50	106	37,72	-1,1	1,7	1,4	1,2
Idade														
<=16 anos	55	23,00	1	5,00	3	27,30	1	9,10	60	21,35	1,6	-1,9	0,5	1,0
17-18 anos	137	57,30	15	75,00	5	45,50	5	45,50	162	57,65	-0,3	1,6	0,8	0,8
>=19 anos	47	19,70	4	20,00	3	27,30	5	45,50	59	21,00	-1,3	-0,1	0,5	2,0

Disfunção diurna

Quanto à disfunção diurna do sono existe uma percentagem maior nos estudantes que referem sonolência menos de uma vez por semana (39,9%), contribuindo para estes valores percentuais 56,3% de rapazes e 43,8% de raparigas. Dos que referem sonolência

diurna três ou mais vezes por semana (4,9%), apuramos que 71,4% são rapazes e 28,6% raparigas. Não são significativas as diferenças entre o género a disfunção diurna.

Analisando os resultados por idade, a mesma tabela indica-nos que são os estudantes entre os 17-18 anos que referiram ter menos de uma vez por semana disfunção diurna (57,1%) não sendo significativas as diferenças entre grupos (cf. Tabela 32).

Tabela 32 – Disfunção diurna género e idade

Disfunção diurna	Nenhuma vez no último mês		Menos de uma vez por semana		Uma ou duas vezes por semana		Três ou mais vezes por semana		Total		Residuais			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3	4
Variáveis	103	36,66	112	39,86	52	18,51	14	4,98	281	100				
Género														
Masculino	71	68,90	63	56,30	31	59,60	10	71,40	175	62,23	1,8	-1,7	0,4	0,7
Feminino	32	32,00	49	43,80	21	40,40	4	28,60	106	37,72	-1,8	1,7	0,4	0,7
Idade														
<=16 anos	21	20,40	26	23,20	11	21,20	2	14,30	60	21,35	-0,3	0,6	0,0	0,7
17-18 anos	63	61,20	64	57,10	26	50,00	9	64,30	162	57,65	0,9	-0,1	1,2	0,5
>=19 anos	19	18,40	22	19,60	15	28,80	3	21,40	59	21,00	-0,8	-0,5	1,5	0,0

No que se refere às estatísticas notamos pela tabela 33 que os valores mínimos e máximos oscilam entre o zero e três, em todas as dimensões da escala. O índice global apresenta uma cotação mínima de 0 e um máximo de 15. A variabilidade média é pequena sendo a menor no uso de medicação para dormir (Média = 0,270) e a maior nas perturbações do sono (média = 1,240), enquanto que para o índice global o valor médio é de 5,470. Os valores de assimetria e curtose revelam curvas enfiadas à esquerda e leptocurtivas para todos os indicadores exceto para a latência e disfunção diurna. O teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov, por apresentar significância estatística indica que a amostra não tem distribuição normal. Quanto aos coeficientes de variação apresentam dispersões elevadas em todas as dimensões da escala.

Tabela 33 - Estatísticas em relação à qualidade do sono

Género \ Idade	Min	Máx	\bar{x}	D.P.	Sk/erro	K/Erro	CV (%)	KS
Qualidade subjetiva do sono	0	3	1,05	0,69	4,62	3,73	65,53	0,000
Latência do sono	0	3	0,64	0,72	4,94	-1,85	112,34	0,000
Duração do sono	0	3	0,97	0,96	3,96	-2,68	99,07	0,000
Eficiência do sono habitual	0	3	0,39	0,73	13,53	11,30	188,21	0,000
Perturbações do sono	0	3	1,24	0,60	4,35	2,97	48,55	0,000
Uso de medicação para dormir	0	3	0,27	0,72	19,39	24,28	264,81	0,000
Disfunção diurna	0	3	0,92	0,86	4,32	-1,27	93,91	0,000
Qualidade do sono (global)	0	15	5,47	2,80	5,96	3,44	51,19	0,000

A tabela 34 dá-nos a prevalência dos estudantes com boa e má qualidade de sono de acordo com os pontos de corte estabelecidos pelo autor da escala. Apuramos que cerca de 6 em cada dez estudantes foram classificados com má qualidade de sono e quatro em cada 10 com boa qualidade de sono.

Tabela 34 – Prevalência da qualidade de sono

Qualidade de sono	Nº	%
Boa qualidade de sono	114	40,5
Má qualidade de sono	167	59,4
Total	281	100,0

Na tabela 35 estudamos a relação entre a qualidade do sono e a coesão familiar. Observamos que entre os estudantes com boa qualidade de sono o maior percentual (32,5%) está inserido em famílias desmembradas e separadas e os com má qualidade apresentam-se nas famílias separadas (37,7%). Não existe significância estatística entre os grupos ($\chi^2=1,748$; $p=0,626$).

Tabela 35 – Relação entre o total da qualidade do sono e a coesão familiar

Total da qualidade de sono \ Coesão familiar	Boa qualidade		Má qualidade		Total		Resíduos ajustados		χ^2
	n	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino	
Desmembrada	37	32,50	57	34,10	94	33,45	-0,3	0,3	$\chi^2 = 1,748$ $P = 0,626$
Separada	37	32,50	63	37,70	100	35,59	-0,9	0,9	
Ligada	35	30,70	40	24,00	75	26,69	1,3	-1,3	
Muito ligada	5	4,4	7	4,2	12	4,27	0,1	-0,1	
Total	114	100,0	167	100,0	281	100,0			

De igual modo analisamos na tabela 36 a relação entre a qualidade do sono e a adaptabilidade familiar. Observamos que a maior percentagem de estudantes se encontra em famílias flexíveis tanto com boa qualidade sono (35,1%) como com má qualidade (52,1%) com diferença estatísticas ($\chi^2=9,148$; $p=0,027$) localizados pelos resíduos ajustados no sexo feminino e na adaptabilidade flexível.

Tabela 36 – Relação entre o total da qualidade do sono e a adaptabilidade familiar

Total da qualidade de sono \ Adaptabilidade familiar	Boa qualidade		Má qualidade		Total		Resíduos ajustados		χ^2
	n	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino	
Rígida	13	11,40	15	9,00	28	10,00	0,7	-0,7	$\chi^2 = 9,148$ P = 0,027
Estruturada	27	23,70	35	21,00	62	22,10	0,5	-0,5	
Flexível	40	35,10	87	52,10	127	45,20	-2,8	2,8	
Muito flexível	34	29,80	30	18,00	64	22,80	2,3	-2,3	
Total	114	100,0	167	100,0	281	100,0			

Finalmente quanto ao tipo de família (cf. Tabela 37) observamos que a maior percentagem de estudantes com boa qualidade sono (42,4%) se encontra em famílias equilibradas e com má qualidade em famílias intermédias (43,0%), não existindo significância estatística entre os grupos ($\chi^2=2,475$; $p=0,480$).

Tabela 37 – Relação entre o total da qualidade do sono e o tipo de família

Total da qualidade de sono \ Tipo de família	Boa qualidade		Má qualidade		Total		Resíduos ajustados		χ^2
	n	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino	
Extremo	15	15,20	19	12,00	34	13,20	0,7	-0,7	$\chi^2 = 2,475$ P = 0,480
Intermédia	33	33,30	68	43,00	101	39,30	-1,6	1,6	
Equilibrada	42	42,40	59	37,30	101	39,30	0,8	-0,8	
Muito equilibrada	9	9,10	12	7,60	21	8,20	0,4	-0,4	
Total	99	100,0	158	100,0	257	100,0			

A tabela 38 mostra-nos a relação entre a sonolência diurna e o total da qualidade do sono. Podemos verificar que a maior percentagem de estudantes têm sonolência e má qualidade de sono (70,9%) e apenas 51% não tem sonolência e boa qualidade de sono. Os valores residuais ajustados revelam que a diferença está no grupo masculino para a boa qualidade de sono e no grupo feminino para a má qualidade de sono.

Tabela 38 – Relação entre sonolência diurna excessiva e o total da qualidade do sono

Total da qualidade de sono \ Sonolência Diurna	Sem sonolência		Com sonolência		Total		Resíduos ajustados		χ^2
	N	%	N	%	N	%	Mas-	Feminino	
Boa qualidade sono	75	51,00	39	29,10	114	40,60	3,7	-3,7	$\chi^2 = 13,965$ P = 0,000
Má qualidade sono	72	49,00	95	70,90	167	59,40	-3,7	3,7	
Total	147	100,00	134	100,00	281	100,00			

Em síntese:

Para a maioria dos estudantes a qualidade do sono segundo a percepção dos próprios é boa, demoram até 15 minutos a adormecer, dormem mais de 7 horas por noite, apresen-

tam uma eficiência habitual do sono superior ou igual a 85%, referem ter perturbação do sono menos de uma vez por semana, não usam medicação para adormecer e apresentam disfunção diurna menos de uma vez na semana. Maioritariamente, 6 em cada 10 estudantes, apresentam má qualidade de sono.

Em relação à coesão familiar a grande maioria dos estudantes com boa qualidade de sono encontra-se em famílias desmembradas e famílias separadas. No que diz respeito à adaptabilidade familiar prevalecem os estudantes com boa qualidade de sono e encontram-se em famílias flexíveis. Em relação ao tipo de família a maioria dos estudantes com boa qualidade de sono (42,40%) estão inseridos em famílias equilibradas.

Relativamente à sonolência diurna prevalecem os estudantes com sonolência e má qualidade de sono.

2.2 - Análise inferencial

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

Assim, a primeira questão procurava saber qual a qualidade de sono que possuem os estudantes do ensino profissional. Os resultados evidenciados na tabela 35 demonstraram que a prevalência da má qualidade de sono é de cerca de 60,0%, o que vem dar resposta à primeira questão de investigação formulada.

A segunda questão procurava determinar que variáveis de contexto sociodemográfico e académico que afetam a qualidade de sono dos estudantes do ensino profissional?

2.2.1. – Relação entre qualidade de sono e variáveis sociodemográficas e de contexto académico

Procuramos saber em que medida o género discriminava a qualidade do sono. Realizado o teste t para amostras independentes, notamos pelos valores apresentados na tabela, que o género masculino apresenta melhor qualidade de sono em todas as dimensões da escala e índice global do que o género feminino. Assumindo igualdade de variâncias exceto para a “eficiência do sono”, “duração do sono” e “disfunção diurna”, notamos que as diferenças não são significativas para a duração do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna pelo que se aceita marginalmente a relação de dependência onde se encontraram diferenças significativas (cf. Tabela 39).

Tabela 39 - Teste de t de Student entre o gênero e a qualidade do sono

Qualidade de sono \ Gênero	Masculino		Feminino		Levene	T	P
	Média	Dp	Média	Dp			
Qualidade subjetiva do sono	0,95	0,69	1,20	0,65	0,821	-2,919	0,004**
Latência do sono	0,54	0,68	0,80	0,76	0,516	-2,968	0,003**
Duração do sono	0,97	0,99	0,96	0,93	0,224	0,077	0,938
Eficiência do sono habitual	0,31	0,68	0,53	0,82	0,002	-2,334	0,021*
Perturbações do sono	1,18	0,59	1,35	0,62	0,038	-2,306	0,022*
Uso de medicação para dormir	0,24	0,68	0,31	0,77	0,166	-0,810	0,418
Disfunção diurna	0,89	0,89	0,97	0,81	0,049	-0,828	0,408
Qualidade do sono (global)	5,08	2,69	6,12	2,89	0,946	-3,066	0,002**

Uma das questões que se nos coloca, respeita à qualidade de sono dos participantes no estudo face ao local de residência. Do resultado obtido com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis, ressalta que os estudantes que vivem na cidade têm melhor qualidade de sono no que respeita à “qualidade subjetiva do sono”, à “latência do sono” e à “disfunção diurna”, pois apresentam as ordenações médias mais baixas. Já os estudantes que residem na vila têm melhor qualidade de sono no que diz respeito à “duração do sono”, à “eficiência do sono habitual” e às “perturbações do sono” e os estudantes que residem na aldeia têm melhor qualidade de sono em relação ao uso de medicação para dormir e qualidade de sono global. As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ($\chi^2=0,094$; $p=0,954$) (cf. Tabela 40) inferindo-se assim que a qualidade de sono não está relacionada com o local de residência

Tabela 40 - Teste de Kruskal-Wallis entre o local de residência e a qualidade do sono

Qualidade de sono \ Local de residência	Aldeia	Vila	Cidade	χ^2	P
	OM	OM	OM		
Qualidade subjetiva do sono	140,38	148,96	138,10	0,693	0,707
Latência do sono	140,76	154,02	134,65	1,855	0,395
Duração do sono	141,70	131,87	144,35	0,739	0,691
Eficiência do sono habitual	145,24	125,93	140,11	3,073	0,215
Perturbações do sono	140,33	136,96	144,51	0,374	0,830
Uso de medicação para dormir	139,11	146,67	141,94	0,774	0,679
Disfunção diurna	141,07	145,78	138,35	0,256	0,880
Qualidade do sono (global)	140,28	144,56	140,62	0,094	0,954

Procuramos entretanto saber em que medida o continente de origem discriminava a qualidade do sono. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram menores nos estudantes do continente europeu, o que traduz uma melhor qualidade de sono. Apresentam significância estatística as dimensões perturbação do sono ($p=0,004$) e uso

de medicação para dormir ($p=0,046$) o que se aceita parcialmente a hipótese em relação a estas variáveis e se rejeita em relação às restantes (cf. Tabela 41).

Tabela 41 – Teste de U Mann-Whitney entre o Continente de origem e a qualidade de Sono

Continente de origem / Qualidade de sono	Europeu OM	Outro OM	UMW	P
Qualidade subjetiva do sono	140,16	155,83	1772,50	0,393
Latência do sono	140,08	157,40	1749,00	0,376
Duração do sono	139,92	160,07	1709,00	0,324
Eficiência do sono habitual	140,75	145,50	1927,50	0,777
Perturbações do sono	138,22	190,37	1254,50	0,004**
Uso de medicação para dormir	139,58	166,27	1616,00	0,046*
Disfunção diurna	139,60	165,83	1622,50	0,195
Qualidade do sono (global)	138,16	191,30	1240,50	0,013*

Procurámos determinar se o ano de curso influenciava a qualidade do sono. Do resultado obtido com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis, ressalta que os estudantes que frequentam o 10º ano têm melhor qualidade de sono no que respeita à “latência do sono”, à “eficiência do sono habitual” e à “perturbações do sono”, pois apresentam as ordenações médias mais baixas. Já os estudantes que frequentam o 11º ano têm melhor qualidade de sono no que diz respeito à “qualidade subjetiva do sono”, à “duração do sono” e às “disfunção diurna” e à qualidade do sono global e os estudantes que frequentam o 12º ano têm melhor qualidade de sono em relação ao “uso de medicação para dormir”. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ($\chi^2=8,440$; $p=0,015$) (cf. Tabela 42) inferindo-se assim que a qualidade de sono está relacionada com o ano de curso.

Tabela 42 - Teste de Kruskal-Wallis entre o ano de curso e a qualidade do sono

Variáveis	Ano de curso			χ^2	P	Tuckey		
	10.º OM	11.º OM	12.º OM			½	1/3	2/3
Qualidade subjetiva do sono	141,67	130,95	153,11	3,890	0,143			
Latência do sono	131,09	140,64	160,55	6,919	0,031*	0,424	0,025*	0,358
Duração do sono	137,35	134,93	156,11	3,381	0,184			
Eficiência do sono habitual	135,43	137,25	156,72	5,371	0,068			
Perturbações do sono	137,52	140,42	148,46	1,150	0,563			
Uso de medicação para dormir	139,50	144,28	139,50	0,545	0,762			
Disfunção diurna	138,71	135,10	153,27	2,350	0,309			
Qualidade do sono (global)	133,52	132,89	166,22	8,440	0,015*	0,957	0,008*	0,028*

No intuito de analisarmos a relação entre o curso que frequentam os estudantes e a qualidade do sono efetuámos uma análise de variância a um fator. Os resultados inseridos na

tabela revelam que os estudantes que frequentam a área de engenharias apresentam um melhor índice de qualidade do sono (média=4,33; Dp=2,49), sendo que os que frequentam a área de informática os que revelam pior qualidade do sono (média=6,05; Dp=2,86). O valor de F é explicativo (F=12,43; P=0,000) e a percentagem explicando apenas 8,21%. (cf. Tabela 43). Perante estes resultados inferimos que a qualidade do sono está relacionado curso

Tabela 43 - Teste One way Anova entre o curso e a qualidade do sono

Curso / Qualidade de sono	Área Social		Informática		Engenharias		F	p	%VE
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Qualidade subjetiva do sono	1,29	0,638	1,07	0,707	0,83	0,636	9,930	0,000***	6,67
Latência do sono	0,82	0,757	0,66	0,734	0,47	0,636	4,948	0,008*	3,44
Duração do sono	0,92	0,900	1,18	1,001	0,74	0,908	5,709	0,004**	3,95
Eficiência do sono	0,40	0,685	0,54	0,888	0,19	0,472	6,074	0,003**	4,19
Perturbações do sono	1,29	0,568	1,30	0,649	1,13	0,556	2,478	0,086	1,75
Uso de medicação	0,32	0,709	0,30	0,815	0,18	0,570	0,976	0,378	0,69
Disfunção diurna	0,97	0,804	0,99	0,870	0,78	0,895	1,670	0,190	1,19
Qualidade do sono	6,01	2,683	6,05	2,859	4,33	2,491	12,427	0,000***	8,21

Procurámos determinar se o rendimento escolar influencia a qualidade do sono. Realizado o teste t para amostras independentes, notamos pelos valores apresentados na tabela, que os estudantes que têm um rendimento escolar muito mau, mau, nem mau nem bom apresentam um índice de qualidade do sono mais elevado (média=5,60; Dp=2,79) do que o rendimento bom a muito bom (média=5,38; Dp=2,81). Assumindo igualdade de variâncias ($p > 0,05$) notamos que as diferenças não são estatisticamente significativas ($t=0,675$; $p=0,500$). Ao constataremos estes resultados infere-se que perante o resultado obtido que o rendimento escolar não se relaciona com a qualidade do sono (cf. Tabela 44).

Tabela 44 - Teste de t de Student entre o rendimento escolar e a qualidade do sono

Rendimento escolar / Qualidade de sono	Muito mau, mau, nem mau nem bom		Bom a muito bom		Levene	T	P
	Média	Dp	Média	Dp			
Qualidade subjetiva do sono	1,17	0,73	0,96	0,64	0,017	2,499	0,013*
Latência do sono	0,72	0,76	0,58	0,69	0,367	1,595	0,112
Duração do sono	0,91	0,93	1,01	0,98	0,700	-0,893	0,373
Eficiência do sono habitual	0,38	0,71	0,40	0,75	0,709	-0,224	0,823
Perturbações do sono	1,21	0,54	1,26	0,65	0,084	-0,656	0,513
Uso de medicação para dormir	0,32	0,77	0,23	0,67	0,044	1,111	0,268
Disfunção diurna	0,89	0,85	0,94	0,87	0,870	-0,431	0,667
Qualidade do sono (global)	5,60	2,79	5,38	2,81	0,800	0,675	0,500

As dinâmicas escolares fazem com que sejam abordados na escola temas relacionadas com a saúde incluso o problema do sono. Questionados sobre este aspeto, verificamos que os estudantes em que o tema sono foi apresentado na escola têm ordenações médias mais baixas na maioria das dimensões, exceto nas “perturbações do sono” e na “disfunção diurna”. Os estudantes em que o tema sono não foi apresentado na escola apresentam melhor qualidade de sono global não havendo diferenças estatisticamente significativas (UMW= 2561,50; P=0,429) (cf. Tabela 45).

Tabela 45 - Teste de U Mann-Whitney entre o tema de saúde apresentado na escola e qualidade do sono

Variáveis	Tema saúde	Sim	Não	UMW	P
		OM	OM		
Qualidade subjetiva do sono		108,43	143,77	2132,50	0,021
Latência do sono		139,95	141,09	2826,00	0,945
Duração do sono		133,66	141,62	2687,50	0,641
Eficiência do sono habitual		129,86	141,95	2604,00	0,390
Perturbações do sono		141,32	140,97	2842,00	0,982
Uso de medicação para dormir		134,18	141,58	2699,00	0,508
Disfunção diurna		154,05	139,89	2562,00	0,403
Qualidade do sono (global)		127,93	142,11	2561,50	0,429

2.2.2 – Relação entre as variáveis de contexto familiar e a qualidade de sono

Começamos por analisar a influencia do agregado familiar na qualidade de sono dos estudantes do ensino profissional. Realizado o teste de UMW verificou-se que os estudantes com um agregado familiar com mais de três elementos apresentam ordenações médias mais baixas nas dimensões da “qualidade subjetiva do sono”, na “latência do sono”, na “duração do sono” e na “disfunção diurna” e os estudantes com uma agregado familiar até 3 elementos têm ordenações médias mais baixas nas dimensões “eficiência do sono habitual”, “perturbações do sono” e “uso de medicação para dormir” condizentes com melhor qualidade de sono, mas as diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas (UMW= 8382,00; P=0,797) (tabela 46).

Tabela 46 - Teste de U Mann-Whitney entre o agregado familiar e qualidade do sono

Variáveis	Agregado familiar		UMW	P
	Até 3 elementos	Mais de 3 elementos		
	OM	OM		
Qualidade subjetiva do sono	142,58	140,27	8403,00	0,794
Latência do sono	147,41	138,03	7973,50	0,322
Duração do sono	145,14	139,08	8175,50	0,539
Eficiência do sono habitual	134,85	143,85	7997,00	0,460
Perturbações do sono	136,63	143,03	8155,00	0,460
Uso de medicação para dormir	139,05	141,90	8370,50	0,659
Disfunção diurna	141,66	140,70	8485,50	0,922
Qualidade do sono (global)	142,82	140,16	8382,00	0,797

De igual modo determinamos a relação entre qualidade de sono e coabitação. Os resultados do teste t para amostras independentes, revelam que os estudantes que coabitam numa outra família apresenta um índice de qualidade do sono mais elevado do que os estudantes que coabitam numa família nuclear sem contudo evidenciarem significâncias estatísticas, o que nos permite afirmar que as variáveis em estudo são independentes (cf. Tabela 47).

Tabela 47 - Teste de t de Student entre a coabitação e a qualidade do sono

Qualidade de sono	Coabitação		Outra		Levene	T	P
	Família nuclear						
	Média	Dp	Média	Dp			
Qualidade subjetiva do sono	1,01	0,74	1,07	0,65	0,123	-0,790	0,430
Latência do sono	0,61	0,68	0,67	0,75	0,223	-0,709	0,479
Duração do sono	0,95	0,94	0,98	0,98	0,465	-0,274	0,784
Eficiência do sono habitual	0,31	0,63	0,45	0,79	0,008	-1,635	0,103
Perturbações do sono	1,27	0,65	1,22	0,57	0,050	0,641	0,522
Uso de medicação para dormir	0,22	0,63	0,30	0,77	0,051	-0,973	0,331
Disfunção diurna	0,97	0,89	0,88	0,84	0,397	0,941	0,347
Qualidade do sono (global)	5,34	2,72	5,57	2,87	0,814	-0,702	0,483

Quanto à fratria, ressalta da tabela 48 que os estudantes sem irmãos têm melhor qualidade de sono no que respeita à “latência do sono”, “eficiência do sono habitual”, “perturbações do sono” e “disfunção diurna”, os estudantes com um irmão melhor qualidade de sono no “uso de medicação” para dormir e os estudantes com mais de dois irmãos melhor qualidade subjetiva do sono e “duração do sono”. As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas.

Tabela 48 - Teste de Kruskal-Wallis entre o número de irmãos e a qualidade do sono

Número de irmãos Variáveis	Sem irmãos	Um irmão	Mais do que dois irmãos	χ^2	P
	OM	OM	OM		
Qualidade subjetiva do sono	140,11	143,65	137,49	0,436	0,804
Latência do sono	136,08	142,44	141,97	0,320	0,852
Duração do sono	142,90	141,62	138,81	0,115	0,944
Eficiência do sono habitual	135,89	143,35	140,68	0,562	0,755
Perturbações do sono	134,82	136,25	152,34	3,633	0,163
Uso de medicação para dormir	149,09	136,52	142,69	2,645	0,267
Disfunção diurna	129,60	145,66	141,19	1,782	0,410
Qualidade do sono (global)	139,66	140,28	142,98	0,080	0,961

Uma das questões que se nos coloca, respeita à qualidade de sono dos participantes no estudo face ao estado civil dos pais. Do resultado obtido com a aplicação do teste de KW, ressalta que os estudantes com pais casados ou em união de facto têm melhor qualidade de sono no que respeita à “qualidade subjetiva do sono”, “eficiência do sono habitual”, pois apresentam as ordenações médias mais baixas. Já os estudantes com pais separados/divorciados têm melhor qualidade de sono no que diz respeito à “disfunção diurna”. Os estudantes com pais viúvos têm melhor qualidade de sono em relação a “latência do sono”, “perturbações do sono”, “uso de medicação para dormir”. As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 49) o que atesta que não há relação entre as variáveis em estudo.

Tabela 49 - Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil dos pais e a qualidade do sono

Estado civil dos pais Qualidade de sono	Juntos/ casados	Separados/ divorciados	Viúvo	χ^2	P
	OM	OM	OM		
Qualidade subjetiva do sono	140,11	144,37	141,10	0,165	0,921
Latência do sono	140,76	146,62	123,77	1,139	0,566
Duração do sono	137,59	157,24	129,40	3,205	0,201
Eficiência do sono habitual	139,77	145,97	140,13	0,423	0,809
Perturbações do sono	139,60	147,10	138,33	0,563	0,755
Uso de medicação para dormir	141,23	140,85	138,30	0,048	0,976
Disfunção diurna	140,80	139,93	147,73	0,129	0,937
Qualidade do sono (global)	137,94	154,03	136,23	1,791	0,408

Realizado o teste de Kruskal-Wallis, para estudar a relação entre as habilitações literárias dos pais e a qualidade de sono, observa-se que os estudantes cujo pai possuiu formação superior têm melhor qualidade de sono no que respeita à “latência do sono”, “duração do sono”, “eficiência do sono habitual” e “uso de medicação” para dormir. Os estudantes

cujo pai tem formação intermédia revela melhor qualidade de sono melhor qualidade de sono em relação às “perturbações do sono” e “disfunção diurna”. Os estudantes cujo pai possui formação inferior revela melhor qualidade do sono em relação à “qualidade subjetiva do sono”. Todavia as diferenças encontradas só apresentam significância estatística entre os grupos, nas perturbações do sono o que atesta a relação de dependência para esta dimensão e de independência para as restantes. (cf. Tabela 50)

Tabela 50 - Teste de Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias do pai e a qualidade do sono

Variáveis \ Habilidade literária do pai	F Superior OM	F intermédia OM	F inferior OM	χ^2	P	Tuckey		
						1/2	1/3	2/3
Qualidade subjetiva do sono	142,92	138,33	128,10	1,575	0,455			
Latência do sono	131,58	132,65	139,59	0,603	0,740			
Duração do sono	131,54	135,47	134,62	0,036	0,982			
Eficiência do sono habitual	118,83	134,01	138,83	1,268	0,531			
Perturbações do sono	181,67	132,05	134,18	6,646	0,036*	0,027*	0,042*	0,964
Uso de medicação para dormir	124,79	135,83	134,85	0,577	0,749			
Disfunção diurna	131,96	130,73	142,91	1,670	0,434			
Qualidade do sono (global)	138,42	132,53	138,91	0,429	0,807			

Quanto às habilitações literárias da mãe, ressalta pela análise da tabela 51 que os estudantes cuja mãe possui formação superior tem melhor qualidade de sono em relação à “latência do sono”, “duração do sono”, “eficiência do sono habitual” e “uso de medicação” para dormir. Os estudantes cuja mãe tem formação inferior tem melhor “qualidade subjetiva do sono”, “perturbações do sono” e “disfunção diurna”. As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas, aferindo-se assim que não há relação entre as variáveis.

Tabela 51 - Teste de Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias da mãe e a qualidade do sono

Qualidade de sono \ Habilidade literária da mãe	F Superior OM	F intermédia OM	F inferior OM	χ^2	P
	Qualidade subjetiva do sono	153,40	139,89		
Latência do sono	126,97	140,75	138,89	0,502	0,778
Duração do sono	129,40	142,50	134,11	0,936	0,626
Eficiência do sono habitual	135,60	141,29	135,88	0,466	0,792
Perturbações do sono	147,53	141,49	133,01	1,093	0,579
Uso de medicação para dormir	137,13	140,52	137,45	0,244	0,885
Disfunção diurna	144,73	140,14	136,89	0,177	0,915
Qualidade do sono (global)	131,67	143,61	130,93	1,516	0,468

Procuramos também saber a situação laboral dos progenitores influenciava a qualidade do sono. No que se refere ao pai, realizado o teste de UMW verificou-se que os estudantes com pais não ativos (desempregados) possuem melhor qualidade de sono, em todas as dimensões da escala com significância estatística apenas na “eficiência do sono habitual” e no “uso de medicação para dormir” (cf. tabela 52) o que denota a relação e dependência para estas variáveis.

Tabela 52 - Teste de U Mann-Whitney entre o emprego pai e a qualidade do sono

Variáveis	Emprego do pai	Ativo OM	Não ativo OM	UMW	P
Qualidade subjetiva do sono		134,12	130,35	4745,50	0,730
Latência do sono		134,88	126,52	4577,00	0,469
Duração do sono		136,71	117,30	4171,00	0,106
Eficiência do sono habitual		137,23	114,67	4055,50	0,022*
Perturbações do sono		134,84	126,72	4585,50	0,440
Uso de medicação para dormir		136,27	119,55	4270,00	0,032*
Disfunção diurna		134,77	127,11	4603,00	0,521
Qualidade do sono (global)		138,73	107,10	3722,50	0,012*

Quanto à situação laboral da mãe o resultado do teste de UMW mostra que os estudantes com a mãe no ativo (empregadas) revelam melhor “qualidade subjetiva do sono”, “latência do sono”, “eficiência do sono habitual”, “perturbações do sono”, “uso de medicação” para dormir, e os estudantes cuja mãe está desempregada têm melhor qualidade de sono na dimensão “duração do sono” e na “disfunção diurna”. As diferenças entre o emprego da mãe e a qualidade do sono só é estatisticamente significativa para a “qualidade subjetiva do sono” e “latência do sono” (cf. Tabela 53).

Tabela 53 - Teste de U Mann-Whitney entre o emprego da mãe e a qualidade do sono

Variáveis	Emprego da mãe	Ativa OM	Não ativa OM	UMW	P
Qualidade subjetiva do sono		132,01	148,83	7612,00	0,049*
Latência do sono		128,96	154,33	7073,00	0,005*
Duração do sono		142,25	130,32	7920,00	0,207
Eficiência do sono habitual		137,27	139,33	8543,00	0,791
Perturbações do sono		137,76	138,43	8631,00	0,936
Uso de medicação para dormir		136,15	141,34	8346,00	0,403
Disfunção diurna		138,05	137,92	8665,00	0,989
Qualidade do sono (global)		135,33	142,83	8200,00	0,451

Procuramos entretanto saber em que medida o ambiente familiar discriminava a qualidade do sono. O teste de UMW indica melhor qualidade de sono nos estudantes que

referiram ter mau ambiente familiar em relação à “latência do sono”, “uso de medicação” para dormir e “disfunção diurna”. Os estudantes que consideram o seu ambiente familiar como bom têm uma melhor qualidade de sono nas dimensões “qualidade subjetiva do sono”, “duração do sono”, “eficiência do sono habitual” e “perturbações do sono”, mas as diferenças só são significativas apenas na dimensão perturbações do sono (cf. Tabela 54).

Tabela 54 - Teste de U Mann-Whitney entre o ambiente familiar e a qualidade do sono

Ambiente familiar	Mau ambiente familiar	Bom ambiente familiar		
Variáveis	OM	OM	UMW	P
Qualidade subjetiva do sono	161,23	137,93	3765,50	0,056
Latência do sono	127,84	143,00	4027,00	0,244
Duração do sono	143,07	140,69	4437,50	0,861
Eficiência do sono habitual	155,97	138,73	3960,00	0,122
Perturbações do sono	161,88	137,83	3741,50	0,044*
Uso de medicação para dormir	135,55	141,83	4312,50	0,480
Disfunção diurna	139,23	141,27	4448,50	0,880
Qualidade do sono (global)	149,86	139,66	4186,00	0,473

2.2.3 – Relação entre os estilos de vida e a qualidade de sono

A literatura revela que a prática da atividade física influencia a qualidade do sono. No sentido de comprovar esta posição efetuamos o teste de UMW que a qualidade de sono era melhor nos estudantes que praticam atividade física em todas as dimensões exceto na dimensão “perturbações do sono”, não existindo porém significância estatística (cf. Tabela 55), pelo que se afere que as variáveis são independentes.

Tabela 55 - Teste de U Mann-Whitney entre a prática de atividade física e a qualidade do sono

Atividade Física	Sim	Não		
Variáveis	OM	OM	UMW	P
Qualidade subjetiva do sono	138,99	148,91	5933,00	0,333
Latência do sono	138,06	152,54	5726,00	0,186
Duração do sono	140,07	144,64	6176,50	0,689
Eficiência do sono habitual	140,84	141,63	6348,00	0,933
Perturbações do sono	141,77	137,96	6211,00	0,704
Uso de medicação para dormir	139,19	148,13	5977,50	0,231
Disfunção diurna	138,96	149,00	5928,00	0,375
Qualidade do sono (global)	137,60	154,35	5623,00	0,162

Também procuramos saber em que medida a frequência da atividade física descreminava a qualidade do sono. Verificamos que as ordenações médias para quem pratica frequentemente atividade física são mais baixas em quase todas as dimensões exceto na dimensão “uso de medicação” para dormir, o que é conducente a uma melhor qualidade de sono, sendo contudo significativa a diferença apenas na dimensão “latência do sono” e “disfunção diurna” (cf. Tabela 56).

Tabela 56 - Teste de U Mann-Whitney entre a frequência de atividade física e a qualidade do sono

Variáveis \ Frequência de atividade física	Nunca	Frequentemente	UMW	P
	OM	OM		
Qualidade subjetiva do sono	142,83	124,03	3627,00	0,083
Latência do sono	147,31	123,19	3447,50	0,035*
Duração do sono	127,83	126,85	4227,00	0,935
Eficiência do sono habitual	129,95	126,45	4142,00	0,722
Perturbações do sono	133,75	125,73	3990,00	0,445
Uso de medicação para dormir	122,80	127,79	4092,00	0,510
Disfunção diurna	146,95	123,25	3462,00	0,045*
Qualidade do sono (global)	147,60	123,13	3436,00	0,050

Os estudos vão ainda no sentido de informar que a duração da atividade física tem repercussões na qualidade de sono. Neste pressuposto, ressalta da tabela 57 que os estudantes que praticam atividade física durante 1-2 h por semana têm melhor qualidade do sono, nas dimensões “uso de medicação” para dormir e “disfunção diurna”. Os estudantes que praticam 2-4h por semana revelam melhor “qualidade subjetiva do sono”, “latência do sono”, “duração do sono”, “eficiência do sono habitual” e “perturbações do sono” sendo significativas as diferenças na “latência do sono” e “eficiência do sono habitual, o que comprova a relação de dependência para estas variáveis e de independência para as restantes.

Tabela 57 -Teste de Kruskal-Wallis entre a duração da atividade física e a qualidade do sono

Variáveis \ Duração da atividade física	< 30m semana	1-2h semana	2-4h semana	X ²	P	Tuckey		
	OM	OM	OM			½	1/3	2/3
Qualidade subjetiva do sono	133,10	129,53	107,99	5,034	0,081			
Latência do sono	143,24	123,64	104,65	10,411	0,005*	0,086	0,005*	0,226
Duração do sono	130,46	130,04	111,73	2,593	0,274			
Eficiência do sono habitual	130,71	126,13	104,59	11,056	0,004**	0,199	0,002**	0,075
Perturbações do sono	128,97	131,34	111,02	3,745	0,154			
Uso de medicação para dormir	129,02	125,96	125,98	0,275	0,871			
Disfunção diurna	132,44	122,41	129,19	1,132	0,568			
Qualidade do sono (global)	143,03	126,67	96,59	11,918	0,003**	0,227	0,001**	0,045*

Um outro aspeto relacionado com os estilos de vida prende-se com os hábitos alimentares, mais concretamente o local onde os estudantes fazem as suas refeições diárias. Realizado o teste de Kruskal-Wallis, observa-se pelas ordenações médias que são os estudantes que fazem as refeições em casa durante a semana que têm melhor qualidade de sono em relação à “qualidade subjetiva do sono”, “latência do sono”, “duração do sono”, “perturbações do sono” e “uso de medicação” para dormir. Os estudantes que fazem refeições fora durante a semana têm melhor qualidade de sono no que respeita à “eficiência do sono habitual” e “disfunção diurna”. Todavia não existem diferenças estatisticamente significativas (tabela 55)

Tabela 58 - Teste de Kruskal-Wallis entre o local de refeição durante a semana e a qualidade do sono

Refeições durante a semana Qualidade de sono	Casa	Refeitório escola	Fora	Casa e refeitório escola	X ²	P
	OM	OM	OM	OM		
Qualidade subjetiva do sono	130,10	149,02	130,82	142,10	4,921	0,178
Latência do sono	132,16	145,86	149,93	143,40	2,352	0,503
Duração do sono	136,07	141,65	148,04	171,35	2,104	0,551
Eficiência do sono habitual	133,22	146,55	132,75	145,95	3,037	0,386
Perturbações do sono	136,38	144,22	142,14	136,60	0,876	0,831
Uso de medicação para dormir	135,87	144,11	138,50	148,55	1,908	0,592
Disfunção diurna	137,88	142,63	137,39	152,60	0,505	0,918
Qualidade do sono (global)	126,06	148,51	143,21	173,80	6,510	0,089

Na sequência da questão anterior, procurámos determinar se a frequência das refeições em família influenciava a qualidade do sono. Realizado o teste t para amostras independentes, notamos pelos valores apresentados que os estudantes que fazem até 4 vezes refeições em família por semana apresenta pior qualidade de sono relativamente aos estudantes que fazem mais de 5 vezes por semana refeições em família mas sem significância estatística inferindo-se assim que a frequência das refeições em família não se relaciona com a qualidade do sono (tabela 59).

Tabela 59 - Teste de t de Student entre a frequência das refeições em família e a qualidade do sono

Frequência das refeições em família Qualidade de sono	<= 4 vezes por semana		>= 5 vezes por semana		Levene	t	P
	Média	Dp	Média	Dp			
Qualidade subjetiva do sono	1,17	0,77	0,97	0,62	0,001	2,271	0,024*
Latência do sono	0,71	0,75	0,60	0,70	0,337	1,210	0,227
Duração do sono	0,85	0,93	1,03	0,97	0,608	-1,510	0,132
Eficiência do sono habitual	0,38	0,77	0,40	0,72	0,940	-0,222	0,824
Perturbações do sono	1,18	0,64	1,28	0,58	0,974	-1,219	0,224
Uso de medicação para dormir	0,28	0,73	0,26	0,71	0,616	0,261	0,794
Disfunção diurna	1,02	0,79	0,86	0,90	0,023	1,550	0,123
Qualidade do sono (global)	5,60	2,79	5,40	2,82	0,752	0,584	0,560

Um outro e intrinsecamente relacionado com a qualidade de sono prende-se com o número de horas que os estudantes dormem por semana e ao fim de semana. Quanto ao número de horas que dorme por semana o teste de UMW indica que os estudantes que dormem mais de 8 horas têm melhor qualidade de sono exceto na “eficiência habitual do sono”, existindo significância estatística nas dimensões “qualidade subjetiva do sono”, “duração do sono” e “disfunção diurna” (tabela 60).

Tabela 60 - Teste de U Mann-Whitney entre o número de horas que dorme por semana e a qualidade do sono

Nº de horas que dorme por semana Variáveis	Menos que 8 horas	Mais que 8 horas	UMW	P
	OM	OM		
Qualidade subjetiva do sono	163,64	131,12	3886,00	0,003**
Latência do sono	149,02	134,02	4544,00	0,197
Duração do sono	185,43	126,80	2905,50	0,000***
Eficiência do sono habitual	131,09	137,57	4864,00	0,519
Perturbações do sono	145,12	134,79	4719,50	0,334
Uso de medicação para dormir	137,47	136,31	5064,00	0,882
Disfunção diurna	161,29	131,59	3992,00	0,014*
Qualidade do sono (global)	178,87	128,10	3201,00	0,000***

Quanto ao número de horas que os estudantes dormem no fim de semana verificou-se que os estudantes que dormem mais que 8 horas durante o fim de semana têm melhor qualidade do sono em todas as dimensões e índice global comparativamente com os estudantes que dormem menos que 8 horas durante o fim de semana mas somente com significância estatística apenas na dimensão “duração do sono” (tabela 58).

Tabela 61 - Teste de U Mann-Whitney entre o número de horas que dorme fim-de-semana e a qualidade do sono

Variáveis	Nº de horas que dorme Fim de semana	Menos que 8 horas	Mais que 8 horas	UMW	P
		OM	OM		
Qualidade subjetiva do sono		122,07	119,03	3623,50	0,771
Latência do sono		136,16	116,43	3102,00	0,078
Duração do sono		139,24	115,87	2988,00	0,046*
Eficiência do sono habitual		130,35	117,50	3317,00	0,186
Perturbações do sono		120,54	119,31	3680,00	0,905
Uso de medicação para dormir		128,36	117,87	3390,50	0,161
Disfunção diurna		123,01	118,85	3588,50	0,719
Qualidade do sono (global)		140,80	115,58	2930,50	0,039*

Já é consensual entre a comunidade científica que os hábitos tabágicos influenciam a qualidade do sono. Realizado o teste t para amostras independentes, notamos pelos valores apresentados na tabela, que os estudantes que fumam apresentam pior qualidade de sono do que os estudantes que não fumam, exceto para a eficiência do sono mas sem significância estatística pelo que se infere que os hábitos tabágicos não se relaciona com a qualidade do sono (tabela 62).

Tabela 62 - Teste de t de Student entre o hábito do fumo e a qualidade do sono

Qualidade de sono	Hábito do fumo		Não		Sim		Levene	t	P
	Média	Dp	Média	Dp					
Qualidade subjetiva do sono	1,05	0,67	1,04	0,73	0,265	0,169	0,866		
Latência do sono	0,65	0,73	0,63	0,71	0,806	0,263	0,793		
Duração do sono	0,96	0,96	0,98	0,97	0,812	-0,182	0,856		
Eficiência do sono habitual	0,42	0,75	0,35	0,70	0,189	0,817	0,415		
Perturbações do sono	1,26	0,59	1,21	0,63	0,999	0,794	0,428		
Uso de medicação para dormir	0,23	0,65	0,33	0,81	0,029	-1,051	0,294		
Disfunção diurna	0,90	0,89	0,95	0,83	0,462	-0,534	0,594		
Qualidade do sono (global)	5,47	2,86	5,48	2,72	0,589	-0,016	0,988		

Para os que fumam, procurámos saber em que medida a frequência com que fuma discriminava a qualidade do sono. Realizado o teste de UMW verificou-se que os fumadores habituais revelam melhor qualidade de sono na “qualidade subjetiva do sono”, “latência do sono”, “duração do sono” e “eficiência do sono”, e os que fumam ocasionalmente melhor qualidade de sono nas “perturbações do sono”, “uso de medicação” para dormir e “disfunção diurna” sendo que somente se encontra significância estatística apenas na dimensão “eficiência do sono habitual” (cf. Tabela 63).

Tabela 63 - Teste de U Mann-Whitney entre a frequência com que fuma e a qualidade do sono

Frequência com que fuma	Fumador habitual	Fumador ocasional	UMW	P
Variáveis	OM	OM		
Qualidade subjetiva do sono	80,46	85,24	3098,50	0,462
Latência do sono	78,62	87,71	2925,50	0,183
Duração do sono	80,59	85,07	3110,00	0,529
Eficiência do sono habitual	76,06	91,15	2684,50	0,011*
Perturbações do sono	83,99	80,50	3150,00	0,578
Uso de medicação para dormir	82,88	81,99	3254,00	0,846
Disfunção diurna	82,88	81,99	3254,00	0,899
Qualidade do sono (global)	80,63	85,01	3114,50	0,556

2.2.4 - Regressão linear múltipla entre o índice da qualidade do sono e as variáveis sociodemográficas, de contexto familiar e sonolência diurna

Como corolário aos resultados obtidos, foi nossa intensão saber quais os determinantes sociodemográficos (sexo e idade) de e contexto familiar (coesão e adaptabilidade familiar) e estilos de vida (sonolência) na qualidade de sono dos estudantes do ensino profissional. Efetuamos nesse sentido uma regressão linear múltipla univariada dado que é o método mais usado para as análises multivariadas, quando se pretende estudar mais do que uma variável independente de natureza quantitativa em simultâneo e uma variável dependente igualmente quantitativa. A variável sexo foi transformada em variável muda assumindo os seguintes valores 1 (masculino) e 0 (feminino).

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

A tabela 64 apresenta as correlações com as variáveis independentes que variam entre ($r= 0.399$) para o global da sonolência e ($r= -0,181$) para o género. Com o género masculino a adaptabilidade e tipo de família existe uma relação negativa (dado que a qualidade de sono tem cotação inversa) e positiva com as restantes o que nos leva a afirmar que, quanto maiores os índices nas variáveis com relação negativa, e menores na positiva, pior a qualidade do sono. Somente não encontramos significância estatística na coesão familiar ($p=0,491$), na adaptabilidade familiar ($p=0,224$) e no tipo de família ($p=0,352$).

Tabela 64 - Correlação de Pearson entre as variáveis independentes e a qualidade do sono

Variáveis	R	P
Idade	0,132	0,014*
Gênero masculino	-0,181	0,001**
Coesão	0,001	0,491
Adaptabilidade	-0,045	0,224
Tipo de família	-0,023	0,352
Sono na escola	0,263	0,000***
Desperto na escola	0,176	0,002**
Sonolência noturna	0,391	0,000***
Sonolência no transporte	0,406	0,000***
Total da Escala de Cleveland	0,399	0,000***

Através da regressão linear múltipla comprovamos que são quatro as variáveis que se constituíram como preditoras da qualidade de sono. A correlação que o conjunto destas variáveis estabelecem com a variável dependente razoável ($r=0,486$), e explicam no seu conjunto 23,6% da variação da qualidade do sono sendo que o erro padrão da estimativa é de 2,469.

Acresce-se que o valor da variance inflation factor (VIF) indicia que as variáveis presentes no modelo não são colineares uma vez que os seus valores são inferiores a 5.0 e que os testes F e os valores de t ao apresentarem significância estatística diz-nos que as variáveis que entraram no modelo de regressão são explicativas.

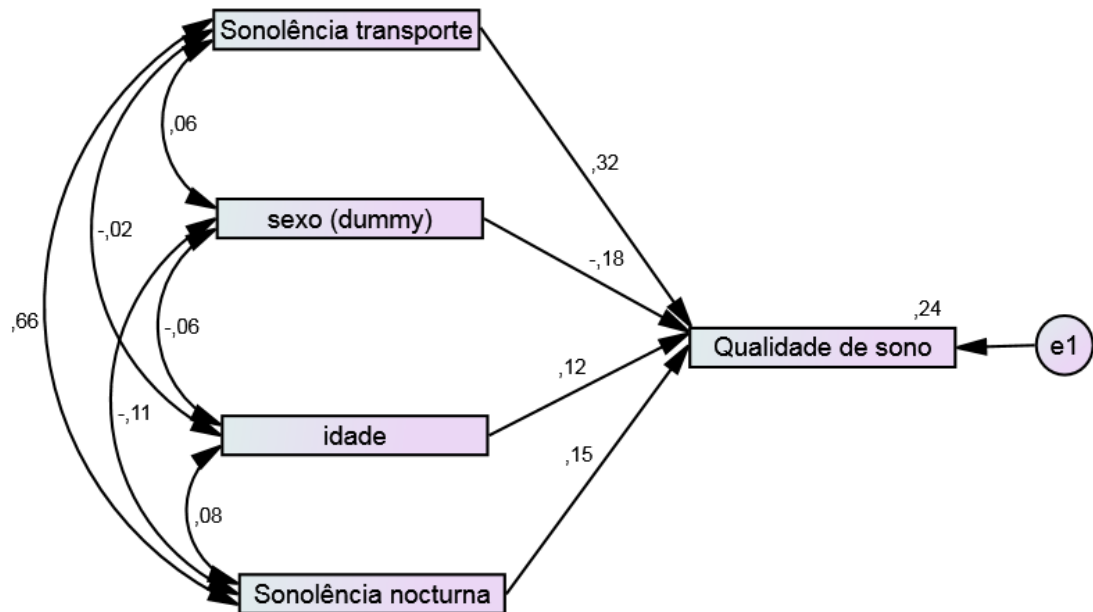
Realça-se pelos coeficientes padronizados beta que o maior valor preditivo ocorre na sonolência no transporte, seguido de modo decrescente pelo género, sonolência noturna, e idade. As variáveis idade, sonolência no transporte e sonolência noturna estabelecem com a qualidade de sono uma relação direta, enquanto que com o género a relação é inversa pelo que podemos inferir que a qualidade de sono é tanto mais grave quanto maiores os índices em que a relação é direta e menores na relação inversa.

Quadro 6 - Regressão linear múltipla entre a qualidade sono (global) e as variáveis preditoras

Variável dependente = Qualidade sono (global)					
R = 0,486 R ² = 0,236 R ² ajustado = 0,225 Erro padrão de estimativa = 2,469 d = 2,034					
Pesos de regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	T	P	Colinearidade VIF
Constante	0,272				
Sonolência no transporte	0,035	0,323	4,481	0,000***	1,871
Gênero masculino	-1,022	-0,177	-3,277	0,001**	1,053
Idade	0,234	0,116	2,193	0,029*	1,017
Sonolência noturna	0,016	0,147	2,030	0,043*	1,897
Análise de variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GL	Média dos quadrados	F	P
Regressão	519,072	4	129,768		
Residual	1682,977	276	6,098	21,281	0,000***
Total	2202,050	280			

Na Figura 4 está representado o *output* gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados. Neste modelo, o coeficiente de regressão ou de trajetória da sonolência no transporte (β sonolência no transporte = 0,32), do gênero masculino (β sexo masculino = -0,18), idade (β idade = 0,12), e da sonolência noturna (β sonolência noturna = 0,15). O modelo explica cerca de 24% da variação observada da qualidade de sono nas diferentes variáveis. Os valores de r , entre as variáveis, oscilam entre ($r = -0,11$) na sonolência noturna vs sexo masculino e ($r = 0,08$) idade vs sonolência noturna, com uma variância explicada para estas variáveis de 2,25% e de 0,09% respectivamente.

Fig. 4 – Output gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados



Complementando a informação acima descrita procuramos analisar em simultâneo dois modelos de equações estruturais, o modelo reflexivo dado pela relação das variáveis manifestas que dão origem à variável latente qualidade de sono e as variáveis endógenas (manifestas) preditoras da variável latente (dependente) A tabela 65 apresenta as trajetórias os rácios críticos e os coeficientes estandardizados correspondentes às trajetórias. Pelos rácios críticos notamos que todas as trajetórias são significativas, observando-se significância marginal na trajetória qualidade de sono com a idade

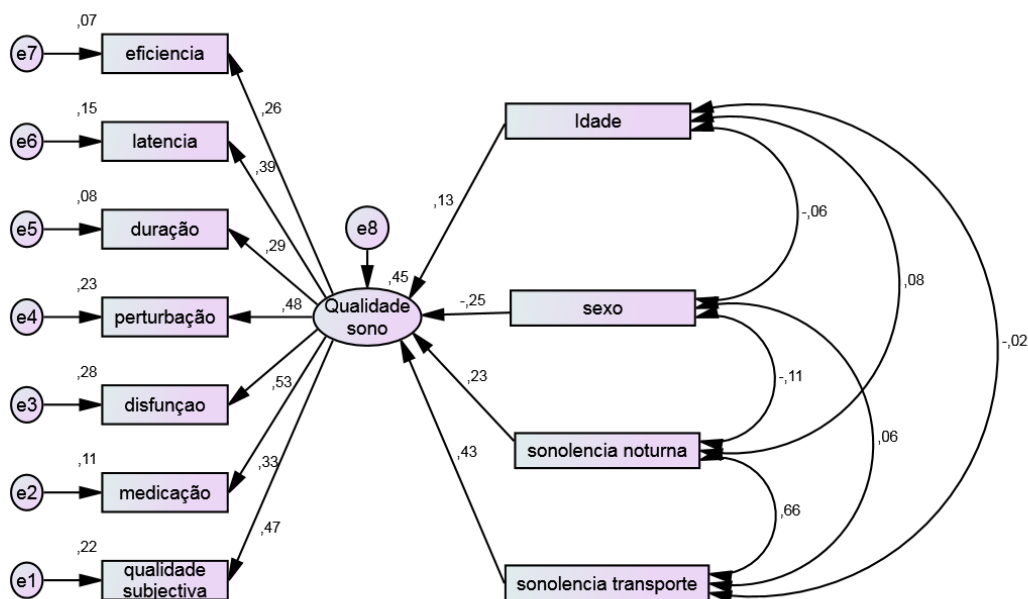
Tabela 65 – Trajetórias. rácios críticos e coeficientes Beta

Trajetórias		CR	P	B
Qualidade sono	<--- Sonolência Transporte	3,916	***	,426
Qualidade sono	<--- Sonolência Noturna	2,433	,015	,235
Qualidade sono	<--- Sexo	-3,039	,002	-,245
Qualidade sono	<--- Idade	1,909	,056	,133
Qualidade_subjectiva	<--- Qualidade sono			,467
Uso_mecicacção	<--- Qualidade sono	3,609	***	,330
Disfunção_diurna	<--- Qualidade sono	4,802	***	,527
Perturba_sono	<--- Qualidade sono	4,737	***	,483
Duração_sono	<--- Qualidade sono	3,614	***	,290
Latencia_sono	<--- Qualidade sono	4,701	***	,388
Eficeiencia_sono	<--- Qualidade sono	3,238	,001	,262

O output gráfico deu origem à figura 5 que evidencia os coeficientes estandardizados Beta denotando-se que os coeficientes relativos às trajetórias das variáveis preditores com a

variável latente sofreram um ligeiro aumento, o que se traduz também na percentagem de variância explicada da qualidade de sono que passou a ser de 45%.

Fig. 5 – Modelo final representativo das relações entre as variáveis independentes e os fatores do IQSP



Em Síntese:

Os estudantes do género masculino, que residem na aldeia e que são originários do continente europeu são os que revelam melhor qualidade de sono.

Os participantes que frequentam o 11º ano, a área de engenharias, que têm um rendimento escolar bom a muito bom e em que o tema sono foi apresentado na escola apresentam um índice de qualidade do sono mais elevado.

Os estudantes que têm um agregado familiar com mais de três elementos, que coabitam numa família nuclear, que não têm irmãos, em que os pais são viúvos e que têm bom ambiente familiar têm melhor qualidade de sono. Os participantes em que o pai tem formação intermedia e não está ativo profissionalmente e a mãe tem formação inferior e está ativa profissionalmente apresentam uma melhor qualidade de sono.

A maioria dos estudantes que pratica atividade física, frequentemente, 2 a 4 horas por semana apresentam um índice de qualidade de sono mais elevado.

Os participantes que fazem as suas refeições em casa durante a semana e aqueles que fazem cinco vezes por semana ou mais refeições em família apresentam melhor qualidade de sono.

Os alunos que dormem mais que 8 horas diárias durante a semana e durante o fim de semana apresentam uma melhor qualidade de sono.

A maioria dos estudantes não fuma e os que fumam habitualmente também revelam melhor qualidade de sono.

As correlações que as variáveis independentes estabelecem, oscilam entre correlações negativas ($r=-0,181$) no género masculino, na adaptabilidade familiar ($r=-0,045$), no tipo de família ($r=-0,023$) e correlações positivas nas restantes variáveis. Apenas não encontramos relação positiva com a coesão familiar ($p=0,491$), a adaptabilidade familiar ($p=0,224$) e tipo de família ($p=0,352$).

As variáveis a tornarem-se preditoras da qualidade do sono são género masculino, sonolência noturna, sonolência no transporte e a idade, que explicam 48,6% da variação com a qualidade de sono, sendo a variância explicada ajustada de 22,5%.

3 – DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados, importa enquadrá-los de acordo com o quadro teórico bem como interpretá-los no âmbito das questões de investigação e objetivos delineados para o estudo. Nesta reflexão procuraremos não só confrontar os resultados mais relevantes com o suporte teórico encontrado, mas também reproduzir o nosso próprio juízo de acordo com aquilo que foi e é a nossa experiência pessoal e profissional. Importa, no entanto, antes de iniciar a discussão dos resultados propriamente dita, apreciar, de forma crítica, alguns aspetos metodológicos que podem ser considerados como limitações do estudo.

Na presente discussão contemplamos: em primeiro lugar, as opções metodológicas e seguidamente os resultados.

3.1 – Discussão metodológica

A nossa preocupação desde o início da conceptualização deste estudo foi desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso. Neste contexto, começamos por referir que a estratégia metodológica desenhada para este estudo teve em conta o tipo de estudo realizado, as questões de investigação e os objetivos delineados. Estes pressupostos levaram-nos a definir o tipo de amostra e a eleger como instrumentos de medição um questionário e três escalas.

Apesar de todo o nosso cuidado ao longo do desenrolar do estudo foram surgindo algumas dificuldades metodológicas.

Quando trabalhamos com estudantes os resultados dependem da sua honestidade e sinceridade, muitas vezes as suas respostas não são tanto as que na realidade acontecem, mas mais dirigidas a condutas desejáveis, sendo considerada uma das limitações do nosso estudo.

Quanto aos procedimentos desenvolvidos para a recolha de dados tivemos a especial atenção à maior participação dos estudantes, evitando épocas de avaliação, estágio, férias e tentámos que não se sentissem forçados a participar no estudo.

No que se refere ao instrumento de recolha de dados utilizado, após análise dos resultados, entendemos ter sido muito extenso, o que levou os estudantes a não responderem a algumas questões ou a posicionarem-se sempre na mesma resposta em escalas tipo Likert.

O estudo empírico, com corte transversal, descritivo e correlacional, pretendeu descrever a perceção dos participantes acerca da sua qualidade do sono e identificar a relação

entre a variável dependente e independentes. Foi com base neste pressuposto que se tornou possível avaliar a eficácia preditiva de algumas variáveis em estudo sobre a qualidade do sono em estudantes do ensino profissional.

O facto do presente estudo ser transversal, aponta para algumas vantagens e desvantagens metodológicas. É vantajoso por ser um estudo mais breve e metodologicamente menos complexo. As desvantagens prendem-se pela situação da avaliação ficar centrada no momento da recolha de dados, não havendo seguimento da problemática em estudo, o que poderia ser evitado através da realização de um estudo longitudinal.

O estudo desenvolvido enquadra-se numa investigação do tipo não experimental, sendo a mais adequada quando se pretende descrever a qualidade de sono dos estudantes do ensino profissional

Apesar de algumas limitações consideramos que os resultados obtidos, nos permitiram um conhecimento mais aprofundado da qualidade do sono dos estudantes do ensino profissional e poderão constituir um contributo muito valioso ao nível da prevenção primária sustentando uma intervenção nesta área.

3.2 - Discussão dos resultados

Sendo a qualidade do sono a variável em estudo optámos, por previamente proceder ao seu enquadramento, a fim de melhor compreender e discutir a sua variação relativamente às variáveis independentes do protocolo de questionários.

Os atuais padrões sociais repercutem nos jovens concepções que desrespeitam os horários de dormir, o que pode originar a curto ou a médio prazo um deficit na qualidade de sono e conseqüentemente transtornos de sono. Vários estudos indicam que os transtornos de sono constituem um dos mais relevantes problemas de saúde nas sociedades ocidentais.

O impacto que as variáveis sócio demográficas, académicas, de contexto familiar, os estilos de vida e a sonolência diurna possam ter a esse nível da qualidade de sono merece uma reflexão atenta.

Nesta vertente, um dos principais pontos de discussão relaciona-se com as variáveis sociodemográficas e académicas.

As variáveis género e a idade foram as que mais contribuíram para a discussão de resultados. A amostra foi constituída por 281 estudantes do ensino profissional a frequentarem o 10º, 11º e 12º anos de escolaridade, de ambos os sexos notando-se um ligeiro predomínio do sexo masculino (62,30%). No que se refere à idade, esta oscilou entre os 15 e

os 22 anos, com uma média de 17,63 anos, sendo o grupo mais representativo o dos estudantes com idades compreendidas entre 17 e 18 anos. Num estudo semelhante Santos (2008) verificou que 308 (54,9%) dos participantes pertenciam ao sexo masculino e 253 (45,1%) pertenciam ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 13 anos e os 21 anos de idade ($M=16,3$; $DP= 1,25$). A contrapor o nosso estudo Duarte (2008) estudou adolescentes do ensino secundário a frequentarem o 10º 11º e 12º anos de escolaridade, de ambos os sexos notando-se um ligeiro predomínio do sexo feminino (55,3%).

No nosso estudo a maioria dos adolescentes residem na aldeia (57,6%), são originários do continente europeu (94,7%), à semelhança do encontrado por Gaspar (2006) na sua investigação onde refere que dos inquiridos, 49,57% residem atualmente em meio Urbano, e 50,43% em meio Rural.

No nosso estudo a qualidade do sono segundo a perceção dos próprios é boa para a maioria dos estudantes, correspondendo ao sexo masculino, com idades compreendidas entre os 17-18 anos. À semelhança do nosso estudo Duarte (2008) na sua pesquisa verificou que também são as raparigas que relataram uma pior qualidade de sono

Verificamos a maioria dos estudantes dorme mais de 7 horas por noite, com maior expressão nos rapazes do grupo etário dos 17-18 anos. Também Duarte (2008) no seu estudo refere que são os adolescentes mais jovens (43,7%) e que frequentam o 10º ano (38,1%) que referem dormir mais de 7 horas por noite, sendo porém no grupo etário dos 17-18 e a frequentarem o 11º ano que observamos os maiores percentuais dos que dormem apenas 5-6 horas.

Constatamos que maioria dos estudantes apresenta uma eficiência habitual do sono superior ou igual a 85%, registando-se maior percentagem no género masculino, nas idades entre os 17-18 anos. Estes resultados vão de encontro aos de Teixeira (2006) que ao investigar um grupo de adolescentes trabalhadores e não trabalhadores brasileiros, encontrou uma eficiência média de 99,66%. Num outro estudo refere que a maioria dos adolescentes (8,2%), apresentou uma eficiência de sono superior ou igual a 85%, sendo esta mais elevada no sexo feminino (56,3%) (Duarte, 2008).

Os estudantes do género masculino, que correspondem ao grupo etário dos 17-18 anos referem ter perturbação do sono menos de uma vez por semana. No estudo de Duarte (2008) a maioria dos adolescentes (71,6%) mencionaram ter perturbação do sono menos de uma vez por semana com valores percentuais mais elevados nas raparigas (54,9%) que nos rapazes (45,1%).

A maioria dos estudantes não usa medicamentos para adormecer. Com percentual mais elevado no sexo masculino, com idades compreendidas entre os 17-18 anos. Não é

frequente nos adolescentes do estudo de Duarte (2008) o uso de medicação hipnótica para dormir pois cerca de 9 em cada 10 adolescentes dormem sem o auxílio de medicação o que vai de encontro aos resultados por nós obtidos. É entre os jovens com idade superior a 19 anos, nos que frequentam o 11º ano e nas raparigas que se observaram maiores consumos, o que corrobora os estudos já realizados. Na investigação de Gomes (2005), a grande maioria (90,5%) dos estudantes “nunca” toma medicamentos para ajudar a dormir e apenas 6% o faz “raramente”.

Apuramos que a maioria dos estudantes do género masculino e com idades compreendidas entre 17-18 anos, apresentam disfunção diurna menos de uma vez na semana. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Duarte (2008) que refere que cerca de metade dos adolescentes inquiridos, de ambos os sexos referiram ter sonolência menos de uma vez por semana (49,2%).

3.2.1 - Relação entre as variáveis de contexto sociodemográfico e académico e a qualidade de sono

Relativamente às variáveis sociodemográficas e dando lugar à discussão dos resultados podemos constatar que o local de residência e o continente de origem tiveram repercussão estatística na qualidade do sono dos estudantes do ensino profissional. Em termos de valores médios apurou-se que os estudantes do género masculino apresentam melhor qualidade de sono em relação ao género feminino. À semelhança do nosso estudo, Seixas (2009) refere que o índice de qualidade de sono varia entre o género, com menor qualidade de sono no sexo feminino, o que vai ao encontro a estudos epidemiológicos sobre perturbações do sono, onde é referido que as mulheres e os jovens adolescentes se encontram como a população mais afetada.

Outro resultado que apuramos foi que os estudantes que residem na aldeia revelam melhor qualidade de sono. É nossa percepção que estes resultados podem dever-se ao facto de os estudantes que residem na aldeia não estarem tão propensos a saídas noturnas comparativamente aos que residem nas vilas ou cidades, onde a oferta de divertimento noturno é maior, dormindo menos horas, o que aliás também é salientado por Henriques (2008).

Os participantes que são oriundos do continente europeu são os que revelam melhor índice de qualidade de sono. Este resultado pode dever-se ao tipo de hábitos de sono dos residentes na Europa consubstanciar diferenças dos praticados noutros continentes.

No nosso estudo, os participantes que frequentam o 11º ano, apresentam melhor qualidade de sono, sendo os estudantes que frequentam o 12º ano que pior qualidade de

sono apresentam. Estes resultados são corroborados por Duarte (2008) registou que os adolescentes a frequentarem o 12º ano de escolaridade revelam pior qualidade de sono.

São os estudantes que frequentam o curso na área de engenharias, revelam melhor qualidade de sono. Por outro lado os estudantes que frequentam cursos na área de informática que se registam a pior qualidade de sono. Não encontramos evidência científica que possam justificar estes resultados. Contudo já existem evidências que o facto dos estudantes permanecerem muitas horas em frente dum computador é causa de uma má qualidade de sono, o que poderá estar na origem deste resultado.

Quanto ao rendimento escolar são os estudantes com bom a muito bom rendimento que revelam um índice de qualidade do sono mais elevado. À semelhança do nosso estudo Carskadon & Wolfson (2003), referem que uma baixa qualidade de sono leva a um baixo rendimento escolar. Constatam também que padrões de sono inadequados (dormir poucas horas; padrões de sono irregulares; deitar tarde) estão relacionados com desempenhos escolares mais baixos, (Medeiros, Mendes, Lima, & Araújo, 2001).

Os estudantes em que o tema “sono” foi apresentado na escola apresentam uma melhor qualidade de sono quando comparados com aqueles cujo tema não foi apresentado. Não existe evidência científica que sustente estes resultados. No entanto, a educação para a saúde tem como objetivo dotar os jovens de conhecimentos que facilitem a realização de opções saudáveis no âmbito da saúde e particularmente no que respeita ao sono. Há referência que as intervenções só produzem efeito se houver uma identificação das áreas prioritárias (Rebelo Pinto, 2010) e a questão do sono requer essa intervenção pois tem repercussões na saúde do indivíduo e família.

3.2.2 - Relação entre as variáveis de contexto familiar e a qualidade de sono.

Os participantes que têm um agregado familiar com mais de três elementos, que coabitam numa família nuclear e que não têm irmãos revelam melhor qualidade de sono. Os estudantes cujos pais são casados ou em união de facto apresentam um índice de qualidade de sono mais elevado. À semelhança do nosso estudo Gaspar (2006) refere que a maioria dos jovens vive com a família nuclear (68,78%). O grupo imediatamente mais representativo é o constituído pelos amigos (12,78%), seguido da família monoparental (9,69%).

Os estudantes em que o pai tem formação superior e a mãe formação inferior revelam ter melhor qualidade do sono. Duarte (2008) também refere que os estudantes em que os pais possuem habilitações literárias situadas ao nível do ensino secundário e superior e detentores do primeiro ciclo possuem melhor qualidade de sono.

Os estudantes com o pai desempregado e a mãe ativa profissionalmente revelam melhor qualidade de sono. Estes resultados podem dever-se essencialmente à figura paterna passar mais tempo em casa e fazer cumprir com os horários para dormir. A contrapor o nosso estudo, quanto à atual condição laboral dos pais, é possível observar que a maior parte dos alunos tem o pai profissionalmente ativo e no exercício de uma profissão. Em relação à mãe, há igualmente uma predominância das que se encontram a exercer uma atividade profissional, seguindo-se uma percentagem também expressiva de alunos cujas mães se ocupam (apenas) das tarefas do lar (Silva, 2013). Também a contrapor nosso estudo na investigação de Gaspar (2006), na maioria dos casos (85,68%) o pai está empregado/ocupado, e que uma proporção considerável das mães (27,53%) está desempregada.

Em relação à coesão familiar a grande maioria dos estudantes com boa qualidade sono (32,50%) encontram-se em famílias desmembradas e famílias separadas, o que nos leva a refletir sobre as causas da melhor qualidade de sono nestas circunstâncias mas não possuímos dados de outros estudos que possam evidenciar estes factos.

Esta reflexão também se adequa à questão da adaptabilidade familiar porquanto prevalecem os estudantes com qualidade de sono (35,1%) em famílias flexíveis. Contudo, quando analisamos os resultados face ao tipo de família apuramos que a maioria dos estudantes com boa qualidade de sono (42,40%) encontra-se em famílias equilibradas. Este facto pode estar diretamente relacionado pela maior estabilidade encontrada entre as famílias ditas equilibradas embora não existam evidência científica que sustentem os resultados do nosso estudo.

3.2.3 - Relação dos estilos de vida na qualidade de sono

A literatura tem demonstrado que os estilos de vida são fatores importantes na promoção da qualidade de sono e no rendimento escolar (Bruinsma & Jansen, 2006).

Relativamente à prática da atividade física, são os estudantes que praticam atividade física frequentemente e com duração de 2 a 4 horas por semana que revelam melhor qualidade de sono. Esses resultados estão em consonância aos obtidos por Duarte (2008), Seixas (2009) ao afirmar que os jovens que praticam exercício físico regularmente têm uma boa qualidade de sono.

No que respeita aos hábitos alimentares os participantes que fazem as suas refeições em casa durante a semana com frequência de cinco vezes por semana ou mais refeições em família apresentam melhor qualidade de sono. Também não encontramos evidências científicas que suportem estes resultados, mas somos de opinião que na sua génese

pode estar o facto de fazerem refeições mais equilibradas e saudáveis em casa o que provavelmente não ocorre se fizessem as suas refeições fora.

Quanto às horas de sono os alunos que dormem mais que 8 horas diárias durante a semana e ao fim de semana revelam melhor qualidade de sono. No estudo de Danda (2005), referem não existir diferenças entre a duração do sono nos dias da semana e no fim-de-semana o que vai de encontro ao nosso estudo. No estudo de Pereira (2013) foram encontradas diferenças claras entre os hábitos de sono nos dias de semana e nos fins-de-semana, tendo concluído que existe um prolongamento de sono em 1 hora em relação aos dias de semana, talvez indicativo da tentativa de recuperação de falta de sono durante a semana.

Os estudantes que não fumam apresentam melhor qualidade de sono e os que fumam habitualmente também revelam melhor qualidade de sono. No estudo de Duarte (2008) observa-se que o tabaco é preditivo da qualidade de sono, denotando-se uma correlação positiva ($r=0,151$) entre ambas.

Quanto à sonolência diurna no nosso estudo prevalecem os estudantes do género masculino no grupo etário 17-18 anos onde prevalece a inexistência de sonolência. Também na investigação de Gomes (2005) com estudantes universitários portugueses concluiu que as mulheres denotam um maior comprometimento ao nível do início/manutenção do sono, tendendo a recorrer mais frequentemente à medicação para dormir sendo estes fatores que podem contribuir para a presença de níveis mais elevados de SDE. O estudo de Silva (2013) revelou também que as participantes do sexo feminino apresentam sonolência ligeiramente superior à obtida pelos participantes do sexo masculino. Contrariamente Moo-Estrella (2005) verificou no seu estudo que os homens teriam um nível de sonolência diurna mais elevado.

À semelhança do nosso estudo Bicho (2013) na sua pesquisa com estudantes universitários, concluiu que os estudantes que apresentam melhor qualidade do sono apresentam menor sonolência diurna excessiva, mas os resultados obtidos por Henriques (2008) contraria o nosso estudo ao referirem que uma percentagem assinalável de estudantes apresentou dificuldades de sono com sonolência diurna excessiva (44,4%) e pobre qualidade de sono em geral (83,1%).

Por último, importa reconhecer que dado aos poucos estudos relacionados diretamente com a relação das variáveis supracitadas, estes resultados poderão contribuir para produzir conhecimento sobre a temática “Qualidade de sono nos estudantes do ensino profissional”.

Por último, importa reconhecer que dada a escassez de estudos relacionados diretamente com as variáveis supracitadas, estes resultados poderão contribuir para produzir conhecimento sobre a temática.

4 - Conclusões

Ao longo da elaboração deste trabalho constatamos o quão importante é o sono para a manutenção do bem-estar físico e mental de cada indivíduo. Assim sendo é necessário promover e manter um sono de boa qualidade.

No entanto, a sociedade atual não valoriza o seu sono. Os horários laborais e de aulas são extensos e o tempo que resta é escasso, pelo que as pessoas na tentativa de responder a todas as suas obrigações, desvalorizam as horas do seu sono.

Na presente investigação realizou-se um estudo que procurou avaliar a qualidade de sono dos estudantes do ensino profissional, segundo a perceção dos próprios e identificar a presença de algumas variáveis que os pudessem influenciar.

Com o objetivo de melhor compreender os fatores que influenciam a qualidade do sono, no presente estudo investigámos os estilos de vida, hábitos de sono, bem como algumas variáveis sociodemográficas, académicas e familiares, pois acredita-se que interagem com os mesmos.

Procurou-se, assim, responder às perguntas de partida:

- Que qualidade de sono possuem os estudantes do ensino profissional?
- Que variáveis de contexto sociodemográfico e académico afetam a qualidade de sono dos estudantes do ensino profissional?
- Qual a relação a reação entre as variáveis de contexto familiar e a qualidade de sono?
- Qual a influência dos estilos de vida na qualidade de sono dos estudantes do ensino profissional?

Dos resultados obtidos, verificou-se que os instrumentos de recolha de dados selecionados dão resposta aos objetivos propostos para o estudo.

A partir dos nossos resultados e no que se refere à segunda questão concluímos que no que concerne às variáveis de contexto sociodemográfico e académico, o estudo, levou-nos a considerar ser possível que:

São os estudantes do género masculino, que residem na aldeia, originários do continente europeu que revelam uma melhor qualidade de sono. Os participantes que frequen-

tam o 11º ano, a área de engenharias, com um rendimento escolar bom a muito bom e cujo tema “sono” foi apresentado na escola revelam um índice de qualidade do sono mais elevado.

No que se refere à terceira questão que incluía às variáveis de contexto familiar constatou-se que:

Os estudantes que têm um agregado familiar com mais de três elementos, coabitam numa família nuclear, não têm irmãos, os seus pais são casados ou estão em união de facto e que referem um bom ambiente familiar apresentam melhor qualidade de sono.

Os estudantes em que pai tem formação superior e não está ativo profissionalmente e em que a mãe tem formação inferior e é ativa apresentam melhor qualidade de sono.

Em relação ao tipo de família a maioria dos estudantes com boa qualidade de sono encontra-se em famílias equilibradas.

A partir dos nossos resultados e no que se refere à quarta questão referente aos estilos de vida, o estudo, leva-nos a considerar ser possível que:

Os estudantes que praticam atividade física, frequentemente e que o fazem duas a quatro horas durante a semana apresentam melhor qualidade de sono.

Os estudantes que fazem as suas refeições em casa durante a semana e aqueles que fazem cinco vezes por semana ou mais refeições em família apresentam melhor qualidade de sono.

Os alunos que dormem mais que 8 horas diárias durante a semana e ao fim de semana revelam melhor qualidade de sono.

Os estudantes que não fumam apresentam melhor qualidade de sono e dentro dos que fumam, os que fumam habitualmente também revelam melhor qualidade de sono.

Relativamente à sonolência diurna É nos estudantes do género masculino e no grupo etário 17-18 anos que prevalece a inexistência de sonolência diurna.

Se quiséssemos traçar o perfil sociodemográfico dos estudantes, teríamos um indivíduo do sexo masculino, com cerca de 17 anos de idade, com residência na aldeia, originário do continente europeu.

O perfil académico do estudante revela-nos que pertence à EPMS, a frequentar o 10º ano, da área de informática, percebe um rendimento escolar bom ou muito bom e refere não lhe foi apresentado na escola a temática relacionada com o sono.

No que concerne ao perfil familiar, o estudante pertence a um agregado familiar com mais de três elementos, coabita com outras pessoas, tem apenas um irmão. Os seus pais

vivem juntos/casados, têm formação intermédia e ambos estão profissionalmente ativos e no exercício de uma profissão. Consideram o seu ambiente familiar bom.

No que se refere aos estilos de vida, o estudante pratica atividade física, frequentemente durante uma a duas horas por semana, faz as suas refeições em casa, mais que cinco vezes por semana refeições são família e não tem hábitos tabágicos.

O perfil do sono dos participantes revela-nos que consideram a sua qualidade subjetiva de sono como boa, que demora cerca de 15 minutos a adormecer, que em termos médios dormem entre 7 – 8 horas por noite, são bons dormidores. A sua eficiência habitual do sono é superior ou igual a 85%, tem perturbações do sono menos de uma vez por semana, não usam medicação para dormir e apresentam sonolência diurna menos de uma vez por semana.

Dado que neste capítulo se procura enfatizar os aspetos mais relevantes, diremos que, face aos resultados obtidos pensamos ter dado resposta às questões formuladas e ter atingido os objetivos propostos.

Face à pertinência e atualidade do tema em estudo, os resultados obtidos poderão servir suporte a futuras linhas de investigação e ter implicações de índole preventiva ao nível educacional. a família pode ser considerada como um contexto privilegiado de intervenção (na construção de uma boa higiene do sono e promoção de um estilo de vida, entre outros,...), em articulação com os outros contextos, em particular a comunidade escolar e o sistema de saúde onde o estudante está inserido. Neste contexto deverá privilegiar-se a interação afetiva com a família.

Parece poder concluir-se que embora reconhecendo algumas limitações, os objetivos do nosso estudo foram atingidos.

Finalmente, é importante acentuar a necessidade de que futuras investigações analisem outras variáveis, para que seja possível intervenções eficazes nos estudantes do ensino profissional.

Entendemos ser igualmente importante desenvolver estudos comparativo entre estudantes das diferentes escolas do ensino profissional.

Referências Bibliográficas

- Almondes, K.M. & Araújo, J.F.. (2003). Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia (Natal)*.8(1), 37-43.
Acedido http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000100005&lng=en&tlng=pt. 10.1590 / S1413-294X2003000100005.
- Alves, G., Carvalho, M., & Baptista, A. (1999). Estudo das características psicométricas de uma escala de Depressão, Ansiedade e Stresse em jovens adultos. In: Soares AP, Araújo S, Caíres S, (Eds.). Avaliação psicológica: formas e contextos (pp. 267-75), Braga: APPORT
- Andrade, M. M. M., Benedito-Silva, A. A., Domenice, S., Arnold, I.J.P., & Menna-Barreto, L. (1993). Sleep characteristics of adolescents: a longitudinal study. *Journal of adolescent health*, 14(5), 401-6. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8399254>
- Báez, G. F.; Correa, N. N. F.; Sandoval, T. P. G. S., & Horrisberger, H. S. (2005). Calidad Del Sueño En Estudiantes De Medicina. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*, 141, 1-17. Acedido em http://med.unne.edu.ar/revista/revista141/5_141.pdf
- Banks, S. & Dinges, D. F. (2007). Behavioral and physiological consequences of sleep restriction. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3(5), 519-528. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1978335/>
- Beebe, DW. (2011). Cognitive, behavior and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*, 58(3), 649-665.
doi: 10.1016/j.pcl.2011.03.002

- Bicho, A.S.S.B. (2013). *Estudo da Qualidade do sono dos estudantes de medicina da universidade da beira interior* (Tese de mestrado, Universidade da Beira Interior). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.6/1363>
- Blunden, S. L. (2011). Behavioural Sleep Disorders across the Developmental Age Span: An Overview of Causes, Consequences and Treatment Modalities. *Psychology* 2012. Vol 3, nº 3, p 249-256.
- Bruinsma, M., & Jansen, E.P.E. (2006) - *Educational productivity in higher education: An examination of part of the Walberg educational productivity model. School Effectiveness and School Improvement*, 18, 45-65. doi: 10.1080 / 09243450600797711
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Coimbra: Edições Almedina.
- Danda, G.J.N., Rocha G., Azenha M., Sousa C.F.R., & Bastos O. (2005). *Padrão do ciclo sono-vigília e sonolência excessiva diurna em estudantes de medicina. J.Bras Psychiatry*, 54 (2), 102-106. Acedido em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=LILACS&expSearch=438300&indexSearch=ID&lang=p>
- Duarte, J. C. (2008). *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência* (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Acedido em <http://hdl.handle.net/10216/19371>
- Fernandes, O. M. (1995). *Família e emigração* (Tese de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação). Coimbra
- Fonseca, H. (2005). *Compreender os adolescentes- Um desafio para pais e educadores* (4ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

- Henriques, A.P.F.C.M. (2008). *Caraterização do sono dos estudantes Universitários do Instituto superior técnico* (Tese de mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10451/1039>
- Gaspar, P.J.S. (2006). *Educação para a saúde e estudantes: as fontes e o impacto da informação* (Tese de mestrado, Universidade de Aveiro). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.8/99>
- Guimarães, A.C. (2013). *Identificação de hábitos de sono, compreensão do sono e rotinas de sono em crianças de idade escolar* (Tese de mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10451/10415>
- Giannotti, F., Cortesi, F., & Ottaviano, S. (1997). Sleep pattern, daytime functioning and school performance in adolescence: preliminary data on an Italian representative sample. *Sleep Research*, 26, 196.
- Gomes, A.C.A. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários* (Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro). Acedido em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1103/1/2008000122.pdf>
- Kerr, S. & Jowett, S. (1994). *Sleep problems in pre-school children: A review of the literature. Child Care Health Development*, 20(6), 379-391. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7842494>
- Madeira, M. H., (2006). Ensino Profissional de Jovens um percurso escolar diferente para a (Re)construção de projetos de vida. *Revista Lusófona de Educação*, 7, 121-141. Acedido em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n7/n7a08>
- Mathias, A., Sanchez, R. P., & Andrade, M. M. M. (2004). *Incentivar Hábitos de Sono Adequados: Um Desafio Para os Educadores*. Portugal. Acedido em <file:///C:/Users/Public/Downloads/incentivarhabitossosono.pdf>
- Maroco, J. (2014). *Análise estatística-Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Matriciani, L.A, Olds T.S., Blunden S., Rigney G. & Williams M.T. (2012). Never enough sleep: a brief history of sleep recommendations for children. *Pediatrics*;129(3):548-56. doi: 10.1542/peds.2011-2039
- Medeiros, A. L., Mendes, D.B.F. & Lima P. F. (2001). The Relationships between sleep/Wake cycle and academic performance in medical students. *Biological rhythms research*, 32 (2).263-270 doi:10,1076 / brhm.32.2.263.1359
- McCarley, R. W. (2007). Neurobiology of REM and NREM sleep. *Sleep Medicine*, 8(4), 302-330. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2007.03.005>
- Moo-Estrella, J. et al. (2005). *Evaluation of depressive symptoms and sleep alterations in college students*. *Archives of medical research*, 36(4), 393-398. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcmed.2005.03.018>
- Moreno, T. (2012). *Estudo da sonolência diurna e hábitos de sono numa população escolar dos 11-15 anos* (Tese de mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10451/8980>
- Owens J, Jones C. & Nash R. (2011). Caregivers' Knowledge, Behavior, and Attitudes Regarding Healthy Sleep in Young Children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7(4), 45-50. doi: 10,5664 / JCSM.1186
- Owens-Stively, J., Frank, N., Smith, A., Hagino, O., Spirito, A., Arrigan, M., & Alario, A. (1997). Child temperament, parenting discipline style, and daytime behavior in childhood sleep disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 18(5), 314-321. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9349974>
- Paiva, T. (2008). *Bom sono, boa vida*. Faculdade de medicina de Lisboa: Oficina do livro.
- Pereira, A. R. S. (2013). *Hábitos de sono em estudantes universitários* (Tese de mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10284/4079>

- Pestana, M. H., Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rebello Pinto, T. (2010). *O sono em adolescentes portugueses – Estudo exploratório no âmbito da Educação para a Saúde* (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa.
- Rebello Pinto, T., Amaral, C., Neves da Silva, V., Silva, J., Leal, I., & Paiva, T. (2012, Agosto). Hábitos de Sono e Ansiedade, Depressão e Stress: Que Relação?. In L. Mata, F. Peixoto, J. Morgado, J. C. Silva & V. Monteiro (Eds.), *Actas do 12.º Colóquio Internacional de Psicologia e Educação: Educação, aprendizagem e desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática* (pp. 990-1006). Lisboa: IS-PA - Instituto Universitário . Acedido em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1616/1/CIPE%202012%20990-1006.pdf>
- Rente, P. & Pimentel, T. (2004). *A Patologia do Sono*. Lisboa, Lidel.
- Rodrigues, M. d. (2010). *As Tecnologias de Informação e Comunicação e a escola em meio rural*. Obtido de Medi@ções-Revista OnLine da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setubal, 1(2):88-102:
http://mediacoes.esse.ips.pt/index.php/mediacoesonline/article/viewFile/29/pdf_11
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant. *Sleep medicine reviews*, 14(2), p 89-96. Acedido em <http://sleep.tau.ac.il/Sadeh%202010%20-%20Parenting%20and%20infant%20sleep%20-%20review.pdf>
- Santos, A.F. (2013). *O sono e o rendimento académico em adolescentes portugueses* (Tese de mestrado, Instituto Universitário Ciências psicológicas, sociais e da vida). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.12/2526>
- Santos, O. T. R. P. F. M. (2008). *Comportamentos de saúde e comportamentos de risco em adolescentes do ensino secundário: Ligações com a família, amigos e envolvimento*

- com a escola*. (Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa Porto). Acedido em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1051/2/olgasantos_.pdf
- Seixas, M. P. (2009). *Avaliação da qualidade do sono na Adolescência: implicações para a saúde física e mental* (Tese de mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10284/1256>
- Short, M.A., Gradisar, M., Lack L.C., Wright, H. & Carskadon, M.A. (2012) The discrepancy between actigraphic and sleep diary measures of sleep in adolescents. *Sleep Med*, 13(4), 378-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2011.11.005>
- Silva, C.I.C.F.(2013). *A sonolência diurna excessiva em estudantes do 1º ano do ensino superior* (Tese de mestrado, Universidade Fernando Pessoa Porto). Acedido em <http://hdl.handle.net/10284/3897>
- Teixeira, L. R. (2002) - *Análise dos padrões do ciclo vigília-sono de adolescentes trabalhadores e não trabalhadores* - Alunos de Escola Pública no Município de São Paulo. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo). file:///C:/Users/Public/Downloads/TeixeiraLRdissertacao.pdf
- Touchette, E., Petit, D., Tremblay, R.E. & Montplaisir, J.Y. (2009). *Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: New perspectives*. *Sleep Med Rev*.13(5), 355-356. doi: 10.1016/j.smr.2008.12.001.
- Torres, F., J. (2005). *Ciclo Vigília/Sono em adolescentes de uma população indígena*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Acedido em file:///C:/Users/Public/Downloads/dissertacaoFernandaTorres.pdf
- Van Den, B. J. (2004). Television viewing, computer game playing, and internet use and self-reported time to bed and time out of bed in secondary-school children. *Sleep*. 27(1),101-4. Acedido em <http://www.gunkinderenhuneigenlabel.nl/images/artikelen/pdf/270112.pdf>

WHO (2001). *Saúde Dos Adolescentes: Estratégia Para A Região Africana*. WHO Regional Office for Africa. Brazzaville. Acedido em

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112128/1/AFR_RC51_R3_por.pdf?ua=1

Wolfson, A. R., & Carskadon, M. (2005). Factos influencing sleep patterns of adolescents.

NASSP Bulletin(2005). 89(642), 47-66. doi: 10.1177/019263650508964205

Anexos

Anexo I – Instrumento de recolha de dados



Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO (UnicISE)

Unidade curricular: Relatório Final

Investigador Principal: Professora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

Investigadores Colaboradores: Liliana Sofia Almeida Ferreira Rodrigues

Luís Filipe Alexandrino de Magalhães Gonçalves da Costa

Maria Cristina Pereira Morgado Fonseca

Sónia Patrícia Ferreira Pais Amaral

Ao realizar este estudo pretendemos avaliar alguns determinantes da saúde e relacioná-los com variáveis sociodemográficas e familiares. Simultaneamente, este estudo permitir-nos-á, enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, aplicar e desenvolver as nossas competências de avaliação e intervenção em saúde familiar/escolar.

Neste questionário não existem respostas certas nem erradas. O importante é que responda a todas as questões com sinceridade e de acordo com a sua opinião.

Todo o estudo decorrerá segundo os princípios éticos, respeitando o seu anonimato e a confidencialidade das suas respostas (serão utilizadas apenas na presente investigação).

A sua participação é muito importante para este estudo. Verifique se respondeu a todas as questões.

Gratas (o) pela sua colaboração.

A Equipa de Investigação

Investigador principal

(nome do investigador)

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Nº Código _____
(a preencher pelo investigador)

1 – DADOS PESSOAIS

1 - Peso: _____

2 - Altura: _____ IMC _____ (a preencher pelo investigador)

3 – Idade: _____ anos

4 – Género

Masculino Feminino

5 – Onde habita?

Aldeia Vila Cidade

6 – Qual o seu continente de origem?

Europeu Africano Asiático Outro qual? _____

2 – DADOS ACADÉMICOS

1 - Qual o estabelecimento de ensino que frequenta? _____

2 - Em que ano está matriculado? _____

3 - Qual o Curso? _____

4 - Como descreveria o seu rendimento escolar?

Muito Mau Mau Nem mau nem bom Bom Muito Bom

5 – Quais os temas relacionados com saúde foram apresentados na escola?

Consumo de substâncias ilícitas Educação Sexual Consumo de álcool
 Tabagismo Alimentação saudável Atividade física
 Proteção de acidentes rodoviários Importância do sono

3 – DADOS FAMILIARES

1 – Quantos elementos constituem o seu agregado familiar?

1 2 2 3 3 4 4 5 5 ≥6

2 – Com quem vive? (pode assinalar mais que uma opção)

1 pai 2 mãe 3 padrasto 4 madrasta 5 irmãos 6 avós 7 instituição

8 Outro qual? _____

3 – Quantos irmãos tem?

1 1 2 2 3 3 4 ≥4

4 – Qual a situação dos seus pais?

1 Vivem juntos/casados 2 Vivem separados/ divorciados 3 Viúvo(a)

4 Outro: qual? _____

5 – Quais as habilitações literárias dos seus pais?

	Pai	Mãe
Doutoramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bacharel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12º Ano ou antigo 7º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9º Ano ou antigo 5º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6º Ano ou ciclo preparatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º Ano ou antiga 4ª classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inferior à 4ª classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 – Qual a profissão dos seus pais?

Profissão do pai: _____

Empregado: 1 Sim 2 Não 3 Reformado

Profissão da Mãe: _____

Empregada: 1 Sim 2 Não 3 Reformada

7 - Como considera ser o seu ambiente familiar?

1 Muito mau 2 Mau 3 Nem mau nem bom 4 Bom 5 Muito bom

4 - ESTILOS / HÁBITOS DE VIDA

1 - Prática Atividade Física? Sim Não

1.1 - Com que Frequência?

Nunca/Raramente 1-2x/semana 3-4x/semana

5 - 6x/semana 7x/ semana

1.2 - Duração?

<30 min./semana 1-2h/semana 2-4h/semana 4-6h/semana

>6h/semana

2 - Onde faz a maior parte das suas refeições por semana?

Casa Refeitório da Escola Fora(Restaurantes e Bares)

3 - Em casa, costuma realizar refeições em família (semanalmente)?

Nunca Raras vezes (1 a 2 vezes) Algumas vezes(3 a 4 vezes)

Muitas vezes (5 a 6 vezes) Sempre (7 ou mais vezes)

4 - Quantas horas dorme habitualmente?

Durante a semana: 4-6 h 6-8h 8-10h ≥10h

Durante o fim de semana: 4-6 h 6-8h 8-10h ≥10h

5 - Alguma vez teve relações sexuais? (se respondeu **NÃO**, passe para a pergunta 9)

Não Sim; Se Sim, que idade tinha? _____

6 - Já alguma vez teve relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas?

Não Sim

7 - Já se recusou a ter relações sexuais por não ter preservativo?

Não Sim Sempre que precisei tinha preservativo

8 - Já teve que recorrer à pílula do dia seguinte?

Não Sim

9 - Costumas fumar habitualmente?

Não Sim

10 - Com que frequência fumas atualmente?

Todos os dias Ocasionalmente Já fumei mas parei

Já experimentei mas nunca fui um fumador (só responde quem já fumou)

11 - Quantos cigarros fumas normalmente por dia ____ e por semana ____.

(só responde quem já fumou)

12 - Entre as pessoas a seguir descritas e com quem habitualmente quais as que fumam?

	Fuma	Não fuma	Não sabe
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irmão mais velho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irmã mais velha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melhor amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 - COESÃO E ADAPTABILIDADE FAMILIAR
ESCALA FACES II (Otília Fernandes, 1995)

Por favor, indique em cada afirmação ao que melhor corresponde à sua opinião, marcando a quadrícula correspondente com uma cruz.

[1] - Quase Nunca [2] – De vez em quando [3] - Às vezes [4] – Muitas Vezes [5] – Quase sempre

		1	2	3	4	5
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 – COMPORTAMENTOS ALIMENTARES

ESCALA DE HÁBITOS ALIMENTARES (EHA)

(Águeda Marques, Fátima Luzio, José Martins e Marina Vaquinhas, 2011)

Assinale com uma cruz a resposta que **melhor se adequa** à sua alimentação **semanal** tendo em conta a seguinte escala:

|1| – Nunca **|2|** – Raras vezes (1 a 2 vezes) **|3|** – Algumas vezes (3 a 4 vezes)

		1	2	3	4	5
1	Após acordar tenho por hábito tomar o pequeno-almoço (até uma hora após acordar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Como devagar e mastigo bem os alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Quando passo muitas horas sem comer, na refeição seguinte como mais que o habitual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Faço 5 ou 6 refeições por dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Faço refeições com intervalos de 3 a 4 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	O jejum noturno não ultrapassa as 10 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ingiro leite/iogurte/queijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Como fruta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Como legumes e hortaliças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Como sopa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Como alimentos integrais ricos em fibra (pão integral, feijão, grão, frutos secos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Como carnes gordas (porco, vaca, cordeiro).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Como carnes magras (peru, frango e coelho).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Adiciono aos alimentos produtos industriais (maionese, molhos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	O azeite faz parte da minha alimentação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Consumo molhos gordos resultantes da confeção dos alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Como pizzas, hambúrgueres e cachorros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Consumo produtos de charcutaria (salsichas, presunto, mortadela, fiambre, paio).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Prefiro comida com um pouco de sal a mais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ingiro alimentos salgados (amendoins, pistachios, batatas fritas,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ingiro alimentos ricos em açúcar (bolos, bebidas açucaradas, refrigerantes, chocolates).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	À merenda como um bolo ou um salgado (rissol, empada, croquete, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Quando como um doce opto por comê-lo após a refeição (pudim, arroz doce, leite creme, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Prefiro comer bolos/bolachas a comer pão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Utilizo bastante açúcar para adoçar (café, chá, leite, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Adoto uma alimentação variada às refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Faço uma refeição de carne e de peixe alternadamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Faço uma alimentação à base de cozidos e grelhados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Como as partes queimadas ou carbonizadas dos alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30	Como alimentos fritos e assados no forno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Faço refeições abundantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Petisco entre as refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Como quase sempre o mesmo tipo de alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Consumo bebidas alcoólicas fora das refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Só bebo água quando tenho sede.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Bebo pelo menos 1,5 l de água por dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Consumo alimentos pré-cozinhados e enlatados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Como pão de mistura tipo caseiro (parolo, saloio, centeio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Como arroz, massa e batata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Como peixes gordos (salmão, sardinha, cavala, carapau, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[1] – Nunca [2] – Raras vezes (1 a 2 vezes) [3] – Algumas vezes (3 a 4 vezes) [4] – Muitas vezes (5 a 6 vezes) [5] – Sempre (7 ou mais vezes)

7 – HÁBITOS DE SONO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURG (IQSP)

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

- Durante o último mês, a que horas é que foste habitualmente para a cama? _____
- Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) demoraste a adormecer, depois de te deitares? _____
- Durante o último mês, a que horas é que habitualmente te levantaste de manhã? _____
- Durante o último mês, quantas horas de sono real conseguiste por noite (isto pode ser diferente do número de horas em que efetivamente estiveste na cama)? _____
- Durante o último mês, quantas vezes tiveste problemas durante o sono, devido a ... ?. Não consegues adormecer nos 30 minutos após te deitares
 - Nunca Menos de 1 vez por semana 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes por semana
 - b. Acordares a meio da noite ou de madrugada**
 - Nunca Menos de 1 vez por semana 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes por semana
 - c. Teres que te levantar para ir à casa de banho**
 - Nunca Menos de 1 vez por semana 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes por semana
 - d. Não consegues respirar adequadamente**
 - Nunca Menos de 1 vez por semana 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes por semana
 - e. Tossires ou rssonares**
 - Nunca Menos de 1 vez por semana 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes por semana
 - f. Teres sensação de frio**
 - Nunca Menos de 1 vez por semana 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes por semana
 - g. Teres sensação de calor**
 - Nunca Menos de 1 vez por semana 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes por semana
 - h. Teres pesadelos**

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

i. Teres dores

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

j. Outra(s) razão(ões), (por favor descreve): _____

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

6. Durante o ultimo mês, como classificarias globalmente a tua qualidade de sono?

Muito boa Boa Má Muito má

7. Durante o ultimo mês, quantas vezes tomaste medicamentos (prescritos ou auto medicados) para conseguires adormecer?

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

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

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

9. Durante o ultimo mês, quantas vezes foi problemático manter o teu entusiasmo de fazer coisas?

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

10. Partilhas a tua habitação com alguém?

Não partilho a minha habitação com ninguém Partilho o quarto com alguém, mas em camas separadas

Partilho a habitação, mas durmo sozinho no quarto Partilho a minha cama com alguém

11. Se partilhas o teu quarto ou cama com alguém, com que frequência no último mês, essa pessoa te referiu que tinhas ... ?

a. Ressonado

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

b. Grandes pausas respiratórias enquanto dormias

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

c. Tremores ou sacudidelas das pernas enquanto dormias

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

d. Episódios de desorientação ou confusão enquanto dormias

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

e. Outro tipo de transtornos enquanto dormias (por favor descreve): _____

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

QUESTIONÁRIO DE SONOLÊNCIA EM ADOLESCENTES DE CLEVELAN
(Teresa Rebelo Pinto, 2012)

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

[1] – Nunca (0 vezes por mês) **[2]** – raramente (menos de 3 vezes por mês) **[3]** – Algumas vezes (1-2 vezes por semana) **[4]** – Frequentemente (3-4 vezes por semana) **[5]** – Quase sempre (5 ou mais vezes por semana)

	1	2	3	4	5	
1	Adormeço durante as aulas da manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Consigo aguentar o dia inteiro na escola sem me sentir cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Adormeço na última aula do dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Fico sonolento(a) quando ando de carro mais de 5 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Fico bem acordado(a) durante todo o dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Adormeço na escola nas aulas da tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sinto-me desperto (a) durante as aulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Sinto-me sonolento(a) ao fim do dia depois das aulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Sinto-me sonolento(a) quando vou de autocarro para uma atividade da escola (por ex. visita de estudo, jogo desportivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	De manhã, quando estou na escola, adormeço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Quando estou nas aulas, sinto-me bem desperto(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Sinto-me sonolento quando faço os trabalhos de casa à noite depois da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Estou bem desperto(a) na última aula do dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Adormeço quando ando de carro, de autocarro ou de comboio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Durante o dia na escola, há momentos em que me dou conta que acabei de adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Adormeço quando faço os trabalhos da escola à noite em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 – SEXUALIDADE

1 - Que fontes de informação utiliza sobre sexualidade?

- Livros/Revistas; Internet; Televisão; Experiência própria; Nenhuma;
 Outra Qual? _____

ESCALA DE ATITUDES FACE À SEXUALIDADE (Paula Nelas, 2010)

[CT] – Concordo Totalmente; **[CM]** – Concordo Muito; **[NCND]** – Nem Concordo Nem Discordo;
[DM] – Discordo Muito; **[DT]** – Discordo Totalmente.

		CT	CM	NCND	DM	DT
1	Para namorar basta que alguém goste de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Só me sinto bem se fizer tudo o que os meus amigos fazem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	A procura da independência faz parte da adolescência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	O desgosto amoroso só me acontece a mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	A primeira relação sexual deveria ser sempre com alguém que eu amo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Considero-me bastante tolerante com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sou agradável no contacto com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Para mim é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenha uma boa relação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	As raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Só vou ter relações com o meu namorado/a se tiver a certeza que vou casar com ele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	As mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	As relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os meus pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	A masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Não acho mal ter relações sexuais contra a minha vontade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Os jovens com um melhor entendimento sobre educação sexual sentem-se melhor consigo próprios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	A educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Só os rapazes deveriam ter educação sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	A educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	A mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	As relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	A masturbação é prejudicial para a saúde, por isso evito praticá-la	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Não consulto livros de sexualidade pois só mostram porcarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	As relações sexuais antes do casamento são um pecado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE CONHECIMENTOS SOBRE INFEÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL (Paula Nelas,2010)

[CT] – Concordo Totalmente; **[CM]** – Concordo Muito; **[NCND]** – Nem Concordo Nem Discordo;
[DM] – Discordo Muito; **[DT]** – Discordo Totalmente.

		CT	CM	NCND	DM	DT
1	Existe uma infeção de transmissão sexual chamada sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	A pílula impede a transmissão de infeções sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	O preservativo impede sempre a transmissão de infeções sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	O vírus da SIDA transmite-se pelo sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	O preservativo deve ser sempre utilizado nas relações sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Um beijo na boca pode transmitir infeções sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	A hepatite também se transmite sexualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	A saliva transmite o vírus da SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	O herpes genital é uma infeção de transmissão sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	As infeções sexualmente transmissíveis podem ser transmitidas de pais para filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Existem diferentes infeções que podem ser contraídas por contacto sexual, não existindo tratamento eficaz para algumas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	A prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis depende muito de nós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Evitar experiências amorosas ocasionais com desconhecidos é uma atitude sensata para prevenir as infeções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Quando inicio as relações sexuais devo ir ao médico regularmente para prevenir as infeções sexualmente transmissíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Posso ter relações sexuais ocasionais pois a probabilidade de me transmitirem infeções sexuais é rara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Na primeira relação sexual não é necessário usar preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	O uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	O uso de preservativo serve apenas para evitar a gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Pensar que posso contrair uma infeção sexualmente transmissível impede-me de ter relações sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 – HÁBITOS TABÁGICOS

BALANÇO DECISÓRIO – BD

Versão portuguesa preparada por Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

[1]- Concordo Totalmente **[2]-**Concordo muito **[3]-** Não concordo nem discordo **[4]-**Discordo muito
[5]- Discordo totalmente

		1	2	3	4	5
1	Fumar cigarros é agradável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Após algum tempo sem fumar, um cigarro faz-me sentir ótimo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Quando estou a fumar fico descontraído(a) e, conseqüentemente, mais satisfeito(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Gosto da imagem do fumador de cigarros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	O meu cigarro pode afetar a saúde de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Neste momento, eu seria mais enérgico(a) se não fumasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Se tentar parar de fumar, poderei tornar-me uma pessoa irritável e uma má companhia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	As pessoas que me são próximas iriam sofrer se eu adoecesse por causa do tabaco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	A minha família e amigos gostam mais de mim quando estou satisfeito(a) a fumar, do que quando estou de mau humor tentando parar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Como continuo a fumar, algumas pessoas conhecidas acham que não tenho força para parar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Fumar é perigoso para a minha saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Estou embaraçado(a) por ter de fumar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	O fumo do meu cigarro incomoda as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	As pessoas acham-me insensato(a) por ignorar os avisos sobre o hábito de fumar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Gosto mais de mim quando fumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Fumar ajuda-me a concentrar e a fazer melhor o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Fumar alivia a tensão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	As pessoas que me são próximas desaprovam o facto de eu fumar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Sou insensato(a) por ignorar os avisos acerca dos cigarros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	A opção de fumar faz-me sentir que posso tomar as minhas próprias decisões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA TESTE DE FAGERSTRÖM MODIFICADO

1 – Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?

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

2 – Sente dificuldade na contenção do uso do tabaco em lugares onde é proibido fumar (ex: igrejas, bibliotecas, cinemas, autocarros, etc)?

1 Sim 2 Não

3 – Qual o cigarro que mais dificuldade teria em não fumar?

1 O primeiro da manhã 2 Outros

4 – Quantos cigarros fuma habitualmente por dia?

1 Menos de 10 2 De 11 a 20 3 De 21 a 30 4 Mais de 31

5 – Fuma mais frequentemente durante as primeiras horas depois de acordar do que durante o resto do dia?

1 Sim 2 Não

6 – Fuma quando está doente e acamado?

2 Sim 1 Não _____

Obrigada (o) pela sua participação.

Anexo II – Autorização para utilização das escalas FACES II e Escala de Hábitos Alimentares



UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

DECLARAÇÃO

Otília Monteiro Fernandes, Professora Auxiliar da UTAD, declara que autoriza a utilização da sua versão portuguesa da FACES II de David H. OLSON, Joyce PORTNER & Richard BELL (1982), conforme consta na sua tese de mestrado *Família e Emigração* (Universidade de Coimbra/FPCE, 1995), a MARIA CRISTINA PEREIRA MORGADO FONSECA, SÓNIA PATRÍCIA FERREIRA PAIS AMARAL, LILIANA SOFIA ALMEIDA FERREIRA RODRIGUES E A LUÍS FILIPE ALEXANDRINO DE MAGALHÃES GONÇALVES DA COSTA, para a realização das suas investigações sobre **Coesão e adaptabilidade familiar dos estudantes do ensino profissional versus comportamentos de risco**, cuja orientação está a cargo de Professora Doutora Ana Andrade, da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Vila Real, 3 de fevereiro de 2014

a docente,

Otília Monteiro Fernandes
(professora auxiliar da UTAD)

PROJETO SONO ESCOLAS

Exmos. Estudantes de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu,

Na sequência do vosso pedido, junto envio algumas conclusões importantes.

O Projeto Sono-Escolas proporciona orientações científicas a estudos, investigações ou projectos relacionados com o estudo do Sono, fornecendo materiais e dando suporte técnico quer no planeamento metodológico dos trabalhos, quer na análise de dados recolhidos e respectiva interpretação e contextualização.

No entanto, qualquer pessoa que desenvolva um estudo nesta área, em particular sob orientação da nossa equipa, deverá seguir um conjunto de recomendações. De outro modo, não será possível usufruir do apoio acima referido, incluindo a utilização de instrumentos por nós desenvolvidos.

No vosso caso em concreto, damos acesso a uma versão experimental da Escala de Cleveland para Adolescentes (CASQ, adaptada de Spilsbury e colaboradores, 2007), e disponibilizamo-nos para proporcionar um conjunto de orientações metodológicas e práticas, procurando garantir não só a cientificidade dos dados recolhidos, como também o seu enquadramento nas linhas de investigação em curso na área do estudo do Sono a nível Internacional e especificamente em Portugal.

Com o objectivo de salvaguardar as condições de investigação adequadas, terão que se responsabilizar por:

1. Utilizar o instrumento (CASQ) somente no âmbito deste trabalho.
2. Garantir que a aplicação do questionário é realizada em condições controladas (sob instruções idênticas e sem qualquer modificação do seu conteúdo).
3. Fornecer à equipa do Projeto Sono-Escolas uma base de dados com todos os dados recolhidos, de modo a integrá-los em linhas de investigação em funcionamento.
4. Fornecer à equipa do Projeto Sono-Escolas uma cópia do trabalho final apresentado.

Mais se acrescenta, que a utilização do instrumento (CASQ) e dos resultados através dele obtidos fica limitada, estando autorizada somente para o trabalho em causa. Qualquer intenção de utilizar estes dados para outros fins (publicação, apresentação noutros contextos, etc.) deverá ser sujeita a aprovação por parte da equipa do Projeto Sono-Escolas. Além do mais, a versão do CASQ utilizada constitui uma versão experimental, ainda em validação para a população portuguesa.

Agradeço mais uma vez o vosso contacto com a nossa equipa, pois faz parte dos nossos objectivos a promoção de estudos científicos nesta área. Espero que o vosso trabalho corra o melhor possível. Continuamos à disposição para vos apoiar.

Lisboa, 04 de Junho de 2014

Pela Equipa do Sono-Escolas
Teresa Rebelo Pinto

Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº 13/2014

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "DETERMINANTES DA SAÚDE NOS ESTUDANTES DO ENSINO PROFISSIONAL"

Tendo as estudantes Liliana Sofia Rodrigues, Luís Filipe Gonçalves da Costa, Maria Cristina Fonseca e Sónia Patrícia Amaral sob a orientação da Prof^ª Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade, solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, incluindo como participantes estudantes do ensino profissional com idade superior a 16 anos, e ainda que seja considerada a autorização do **Ex. Sr. Presidente da Escola Profissional Mariana Seixas e da Escola Profissional de Trancoso**, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para identificar o perfil dos comportamentos de saúde, a coesão e adaptabilidade familiar dos estudantes do ensino superior profissional, revertendo-se em benefícios por contribuir para desenvolver e implementar estratégias de promoção da saúde em meio escolar e junto das famílias dos jovens estudantes; nesse sentido, recomendamos que os dados sejam divulgados e que o relatório final seja disponibilizado à instituição;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário aos estudantes maiores de 16 anos de idade e que a sua participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado a todos os sujeitos participantes;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será garantida a anonimização dos sujeitos; recomendamos, contudo, o cumprimento do segredo profissional por parte das investigadoras na recolha de informação, administração dos questionários e na elaboração da chave da codificação. Recomendamos ainda que a chave da codificação deve apenas ser conhecida pelas investigadoras e a destruição da mesma após a discussão do trabalho;
- Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

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

Viseu, 24 de março de 2014

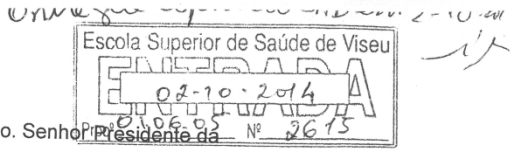
Enfermeira Bárbara Filipe

A presidente da CE da ESSV

Presença de
ap. a. p. t.

26-3-2014

Anexo IV – Autorizações para realização do estudo das Escolas Profissionais Mariana Seixas e de Trancoso



Exmo. Senhor Presidente da

Escola Superior de Saúde de Viseu

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102,

3500 – 843 Viseu

Assunto: Colheita de Dados – “Determinantes da saúde nos estudantes do Ensino Profissional”

Data: 27/05/2014

Em resposta ao V/ofício Ref^a ESSV 0491, datado de 15 de maio de 2014 relativo ao assunto em epígrafe, vimos por este meio autorizar a colheita de dados na Escola Profissional Mariana Seixas, a 27 de maio de 2014, no âmbito do estudo “Determinantes da saúde nos Estudantes do Ensino Profissional”, do segundo Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, sob orientação da Sra. Professora Ana Isabel Andrade.

Atenciosamente

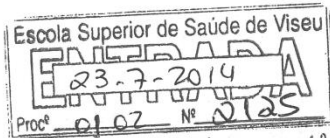
O Presidente da Direção
 ESCOLA PROFISSIONAL FUNDAÇÃO
 MARIANA SEIXAS, LDA.
 CONTRIBUINTE N.º 504 649 752
 ED. SOCARVIL EN 231 2 QTª ALAGOA
 3500-806 VISEU

(Gonçalo Amândio Ginestal Machado Monteiro Albuquerque)

Ao
 RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO

3-10-2014

N/ Ref.º 2.3-140/2014



Exmo. Senhor
Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de
Almeida, nº 102
3500-843 Viseu

Data: 2014/05/23

*Às professoras pelo
recolha de dados
estudo 23/07/2014*

Assunto: Colheita de Dados – “Determinantes da Saúde nos Estudantes do Ensino Profissional”

Exmo. Senhor:

No seguimento do V/ ofício Ref.º ESSV 0492 de 16-Maio-2014, relativo ao assunto referido em epígrafe, vimos pelo presente informar V. Exa. que, após análise do conteúdo do mesmo, foi deliberado autorizar a recolha de dados / informações juntos dos alunos desta escola.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente da Direção


(Eduardo António Rebelo Pinto)

À
ORIENTADORA DO ESTUDO:

Profa. Ana Andrade

Anexo V - Declaração de consentimento informado para maiores e menores de 18 anos

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Estudante

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e, os estudantes Liliana Rodrigues, Luís Costa, Maria Cristina Fonseca, Sónia Amaral do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, sob a orientação da Professora Ana Isabel Andrade, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema: “**Determinantes da Saúde nos Estudantes do Ensino Profissional**”.

Com a presente investigação pretende-se avaliar alguns determinantes da saúde e relacioná-los com variáveis sociodemográficas e familiares.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*

- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*

- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*

- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informada **autorizo a participação** neste estudo:

_____ (localidade), ___/___/____

Nome:

Assinatura do participante:

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
PARA MENORES DE 18 ANOS

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caros Pais / Representante Legal

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e, os estudantes Liliana Rodrigues, Luís Costa, Maria Cristina Fonseca, Sónia Amaral do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, sob a orientação da Professora Ana Isabel Andrade, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema: “**Determinantes da Saúde nos Estudantes do Ensino Profissional**”.

Com a presente investigação pretende-se avaliar alguns determinantes da saúde e relacioná-los com variáveis sociodemográficas e familiares.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a colaboração do seu filho (a), contudo ela é voluntária.

Para concretizarmos este estudo necessitamos que o seu filho responda a algumas perguntas de resposta rápida.

Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

Os investigadores estarão disponíveis para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Assim, depois de ler a informação acima apresentada autorizo a participação do meu/minha filho/a neste estudo:

_____ (localidade), __/__/____

Nome:
