

Universidades Lusíada

Ferreira, Mariana dos Santos, 1999-

A relação entre a perturbação de stress pós-traumático e a qualidade de vida e qualidade do sono

<http://hdl.handle.net/11067/7428>

Metadados

Data de Publicação	2023
Resumo	<p>O presente estudo tem como objetivo avaliar a relação que a perturbação de stress pós-traumático tem na qualidade de vida e na qualidade do sono. Realizou-se um estudo transversal e foram aplicados três instrumentos: Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C); Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI); World Health Organization Quality of Life - bref (WHOQOL-bref); Questionário sociodemográfico. A amostra é constituída por 134 participantes (62.7% mulheres e 37.3% ...</p> <p>The purpose of this study was to assess the relationship between posttraumatic stress disorder and quality of life and sleep. A cross-sectional study was conducted using three instruments: Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C); Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI); World Health Organization Quality of Life – bref (WHOQOL-bref); Sociodemographic Questionnaire. The sample consisted of 134 participants (62.7% women and 37.3% men; the most represented age group was betw...</p>
Palavras Chave	Stresse Pós-traumático, Qualidade de vida, Sono, Perturbações do sono
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-11-14T09:27:41Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**A relação entre a perturbação de *stress* pós-traumático e a
qualidade de vida e qualidade
do sono**

Realizado por:
Mariana dos Santos Ferreira

Orientado por:
Prof.^a Doutora Rita Alexandra Rosa Antunes

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientadora: Prof.^a Doutora Rita Alexandra Rosa Antunes
Arguente: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 14 de março de 2024

Lisboa

2023



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

A relação entre a perturbação de *stress* pós-traumático e a qualidade de vida e qualidade do sono

Mariana dos Santos Ferreira

Lisboa

Agosto 2023



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

A relação entre a perturbação de *stress* pós-traumático e a qualidade de vida e qualidade do sono

Mariana dos Santos Ferreira

Lisboa

Agosto 2023

Mariana dos Santos Ferreira

A relação entre a perturbação de *stress* pós-traumático e a qualidade de vida e qualidade do sono

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Doutora Rita Alexandra Rosa Antunes

Lisboa

Agosto 2023

FICHA TÉCNICA

Autora Mariana dos Santos Ferreira
Orientadora Prof.^a Doutora Rita Alexandra Rosa Antunes
Título A relação entre a perturbação de *stress* pós-traumático e a qualidade de vida e qualidade do sono
Local Lisboa
Ano 2023

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

FERREIRA, Mariana dos Santos, 1999-

A relação entre a perturbação de *stress* pós-traumático e a qualidade de vida e qualidade do sono / Mariana dos Santos Ferreira ; orientado por Rita Alexandra Rosa Antunes. - Lisboa : [s.n.], 2023. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - ANTUNES, Rita Alexandra Rosa, 1983-

LCSH

1. Stresse pós-traumático
2. Qualidade de vida
3. Sono
4. Perturbações do sono
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Post-traumatic stress disorder

2. Quality of life
3. Sleep
4. Sleep disorders
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC552.P67 F47 2023

Para a minha família, sem a qual este sonho não seria possível.

Agradecimentos

Gostaria de expressar os meus mais sinceros agradecimentos a todas as pessoas e instituições que contribuíram para a realização desta dissertação.

Primeiramente, desejo agradecer à minha orientadora Professora Doutora Rita Antunes, pela sua orientação, sabedoria e paciência ao longo de todo o percurso. As suas valiosas sugestões e *insights* foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço também a todos os professores da Universidade Lusíada de Lisboa por fornecerem um ambiente académico estimulante e pela partilha de conhecimentos que enriqueceram a minha pessoa enquanto estudante e futura profissional. Quero agradecer também à Professora Doutora Túlia Cabrita, pelo apoio e orientação nesta etapa tão importante neste percurso académico. Não posso deixar de agradecer aos participantes deste estudo, cuja colaboração foi essencial para a coleta de dados e a realização deste estudo. Cada contribuição possibilitou uma visão mais profunda e significativa sobre os temas abordados.

A minha gratidão estende-se à minha família, pelo apoio incondicional e compreensão durante todo o percurso. Cada palavra de alento foi um contributo indispensável para os momentos mais desafiadores. Não conseguiria ter feito isto sem vocês. Quero dedicar um agradecimento especial a uma pessoa que esteve ao meu lado desde o começo desta jornada e que agora, mais uma vez, partilha comigo a alegria de concluir esta última etapa, Mariana Cruz, obrigada por todo o apoio.

A todos vocês, o meu mais profundo agradecimento. Este trabalho não teria sido possível sem a colaboração e apoio de cada um de vocês.

“O esforço é a fonte de todos os resultados positivos”

Mahatma Gandhi

Resumo

O presente estudo tem como objetivo avaliar a relação que a perturbação de stress pós-traumático tem na qualidade de vida e na qualidade do sono. Realizou-se um estudo transversal e foram aplicados três instrumentos: Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C); Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI); World Health Organization Quality of Life - bref (WHOQOL-bref); Questionário sociodemográfico. A amostra é constituída por 134 participantes (62.7% mulheres e 37.3% homens; faixa etária mais representada foi entre os 51 e 59 anos (25.4%)); 51.5% da amostra com Perturbação de Stress Pós-Traumático). Os resultados obtidos revelaram a existência de relações significativas entre a gravidade da sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-Traumático e a qualidade de vida, bem como com a qualidade do sono. De salientar também, a discrepância encontrada entre os sintomas identificados e a perceção pessoal da perturbação. Este indicador de sub-reconhecimento evidencia a importância de promover uma maior literacia e consciência sobre esta perturbação e os sintomas associados. Verifica-se assim que as alterações do sono, afetam negativamente a qualidade do sono, que por sua vez afeta o processamento emocional dos eventos stressores traumáticos, contribuindo assim para um pior prognóstico da Perturbação de Stress Pós-Traumático que interfere negativamente na qualidade de vida destes indivíduos.

Palavras-chave

Qualidade de sono; Qualidade de vida; Perturbação de Stress Pós-Traumático;
Perturbação do Sono; Stress e Trauma.

Abstract

The purpose of this study was to assess the relationship between posttraumatic stress disorder and quality of life and sleep. A cross-sectional study was conducted using three instruments: Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C); Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI); World Health Organization Quality of Life - bref (WHOQOL-bref); Sociodemographic Questionnaire. The sample consisted of 134 participants (62.7% women and 37.3% men; the most represented age group was between 51 and 59 years (25.4%)); 51.5% of the sample had post-traumatic stress disorder. The results obtained revealed significant relationships between the severity of post-traumatic stress disorder symptomatology and quality of life, as well as with sleep quality. Also noteworthy is the discrepancy found between identified symptoms and personal perception of the disorder. This indicator of underrecognition highlights the importance of promoting greater awareness and knowledge of this disorder and its associated symptoms. Thus, it is confirmed that sleep disturbances negatively affect sleep quality, which in turn affects the emotional processing of traumatic stressor events, thereby contributing to a worse prognosis of post-traumatic stress disorder, which negatively affects the quality of life of these individuals.

Key words

Sleep quality; Quality of life; Posttraumatic Stress Disorder; Sleep disturbance; Stress and trauma.

Lista de Tabelas

Tabela 1 – *Caracterização Sociodemográfica da amostra*

Tabela 2 – *Valores de referência do PCL-C (17 itens)*

Tabela 3 – *Distribuição de sexo nos Grupos 1 e 2*

Tabela 4 – *Percepção de Perturbação de Stress Pós-Traumático*

Tabela 5 – *Influência da Perturbação de Stress Pós-Traumático na Qualidade do sono*

Tabela 6 – *Teste de amostras Independentes para a pontuação total da Qualidade do Sono*

Tabela 7 – *Correlação entre as variáveis*

Tabela 8 – *Correlações entre a Gravidade da sintomatologia e os domínios da Qualidade de vida*

Tabela 9 – *Resultados das componentes da Qualidade do Sono nos grupos 1 e 2*

Tabela 10 – *Teste de amostras independentes para as componentes da Qualidade do Sono*

ÍNDICE

<u>Introdução</u>	1
Enquadramento Teórico	3
Qualidade de vida e Qualidade do sono	3
Caracterização do Sono	7
Stress e Trauma.....	12
Perturbação de Stress Pós-Traumático	13
Relação da Perturbação de Stress Pós-Traumático com a Qualidade do sono e Qualidade de vida	19
Pertinência do estudo	22
<u>Objetivos</u>	23
Método.....	24
Design do Estudo.....	24
Participantes.....	24
Instrumentos	26
Procedimento	29
Resultados.....	30
Discussão	39
Conclusão	47
Bibliografia.....	49
Apêndices	58
Lista de apêndices.....	59
Apêndice A.....	60
Anexos.....	62
Lista de anexos	63
Anexo A	64
Anexo B	66
Anexo C	72

Introdução

A Qualidade de Vida, tem sido um tema importante na sociedade moderna com o principal objetivo de descobrir se os sujeitos que sofrem de uma doença crónica conseguem fazer o seu dia-a-dia, com o mesmo grau de satisfação e com o mesmo grau de facilidade, que os sujeitos que não sofrem de nenhuma doença. O estudo desenvolvido permite uma análise dos sujeitos com Perturbação de Stress Pós-Traumático, tendo por base a caracterização da Qualidade de Vida e da Qualidade de Sono, que serão abordados no primeiro subcapítulo do enquadramento teórico, e também no quarto subcapítulo. Este estudo apresenta como objetivo avaliar a relação das implicações psicológicas que a perturbação de stress pós-traumático tem na qualidade de vida e na qualidade do sono de um indivíduo. Será realizada uma análise da influência da perturbação de stress pós-traumático na qualidade do sono bem como a avaliação do impacto da qualidade do sono, provocada pela perturbação de stress pós-traumático, na qualidade de vida.

Acontecimentos com elevados níveis de stress que ocorrem na vida das pessoas, como por exemplo, acidentes de viação, agressões sexuais, falecimento de algum ente querido, desastres naturais ou até mesmo alguma doença grave do próprio indivíduo ou de alguém próximo do mesmo, são acontecimentos comuns que podem mesmo resultar em diversas reações psicológicas potencialmente traumáticas (Lindstrom, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2013; Ramos, & Leal, 2013). Acontecimentos como os supramencionados podem ser traumáticos ao ponto de resultarem em depressões, ansiedades ou até mesmo Perturbação de Stress Pós-Traumático (Ramos, & Leal, 2013), perturbação esta que será explicada no terceiro subcapítulo.

O sono, que será abordado no segundo subcapítulo, é severamente prejudicado após a exposição a um evento traumático, associando desta forma, a Perturbação de Stress Pós-Traumático a perturbações do sono. Esta alteração detém uma influência significativa na qualidade de vida dos indivíduos (Moreira & Afonso, 2017).

Chan, Ho, Tedeschi e Leung (2011) afirmam que as avaliações negativas que os indivíduos fazem do trauma são, efetivamente, as principais fontes da Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Com o intuito de fornecer uma compreensão mais clara da Perturbação de Stress Pós-Traumático, é possível descrevê-la como uma perturbação mental que pode surgir em resposta à exposição a um evento traumático específico. Esta perturbação mental pode desenvolver sintomas como sonhos, sentimentos ou pensamentos perturbadores, ligados ao acontecimento traumático, stress físico ou psicológico, tendência acrescida de evitar situações relacionadas com o acontecimento traumático sofrido, entre outros (APA, 2002).

As primeiras evidências bem como observações dos efeitos desta perturbação mental foram registados a partir de estudos realizados com veteranos de guerra (Schestatsky et al., 2003).

Enquadramento Teórico

Qualidade de vida e Qualidade do sono

A qualidade de vida está inerentemente associada à saúde e é indubitável o facto de que a qualidade do sono apresenta uma contribuição significativa na qualidade de vida, visto que, é durante o sono que ocorrem diversas alterações fisiológicas, tais como a regulação das funções corporais e psíquicas do organismo (Araujo et al., 2015).

A ideia de qualidade de vida, emerge como um movimento para a valorização dos padrões mais vastos que o controlo dos sintomas, redução da mortalidade ou aumento da esperança de vida (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2007).

Especificamente, na área da saúde, a qualidade de vida é observada como uma responsabilidade dos indivíduos, como elemento participativo de ações preventivas, como expressão normal do seu comportamento relativamente aos valores da sua sociedade (Sartorius, 2006).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), caracteriza-se pela percepção dos sujeitos e a forma como vêem a sua posição, em termos de valores, cultura, objetivos, padrões, preocupações e expectativas. Essa definição implica a noção de um conceito subjetivo e multidimensional, englobando elementos de avaliação tanto favoráveis quanto desfavoráveis. Reflete a subjetividade do constructo introduzida no meio social, ambiental e social (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2007).

A Organização Mundial de Saúde sustenta que a saúde abrange um estado abrangente de bem-estar, que engloba não apenas o aspecto mental, mas também o físico

e o social, e vai além da mera ausência de doença (Amorim & Coelho, 1999; Duarte, 2002; Neves, 2000). Esta definição de saúde, desencadeou novas orientações, visto que aliou a saúde, pela primeira vez, ao estado funcional da pessoa e às suas atividades diárias (Fagulha et al., 2000).

Epidemiologicamente, as modificações de sono podem provocar acidentes que põem em causa a própria vida do sujeito, uma perda grave na produtividade e mudanças na dinâmica psicossocial. Existe cada vez mais certezas de que a insónia crónica provoca impactos negativos ao nível do bem-estar psicológico e da qualidade de vida (Sahin & Timur, 2012).

O sono é considerado uma característica significativa no que diz respeito à saúde e qualidade de vida. As alterações do sono influenciam o desempenho laboral, estando associadas ao decréscimo da produtividade, bem como ao absentismo e acidentes (Myllyntausta & Stenholm, 2018).

O Sono é um dos aspetos da saúde mais importante e, o sono deficiente tem sido frequentemente relacionado a piores desempenhos físicos e cognitivos, assim como a piores desfechos de saúde (Buysse, 2014). Os países que têm menor tempo médio de sono são igualmente aqueles em que apresentam menor qualidade de vida. Buysse define a saúde do sono como “um padrão multidimensional do ciclo sono/vigília que se adapta às demandas individuais, sociais e ambientais” e que “promove o bem-estar físico e mental”. O autor define então cinco dimensões com elevada relevância para a avaliação do sono saudável, sendo a qualidade de sono uma das dimensões (Buysse, 2014).

Entende-se por sono saudável, um “padrão multidimensional de sono-vigília adaptado às demandas individuais, sociais e ambientais que proporciona bem-estar físico e mental” (Buysse, 2014).

Estudos indicam que uma má qualidade de sono está associada a elevadas taxas de mortalidade e uma maior prevalência de síndrome metabólica, hipertensão, diabetes, doença coronariana e depressão (Hublin et al., 2011).

Perturbações de sono que acarretam baixa qualidade de sono, são causa de acidentes de trânsito bem como acidentes de trabalho, provenientes da excessiva sonolência diurna (Gottlieb et al., 2018). Existem cada vez mais evidências que, a insónia crónica, detém um impacto negativo no que diz respeito ao bem-estar psicológico e qualidade de vida (Sahin et al., 2012).

Uma baixa qualidade de sono traz consigo prejuízos nas atividades diárias dos sujeitos afetando dessa forma o rendimento no trabalho bem como a qualidade de vida em geral, provocando um impacto significativo social e económico (Colten et al., 2006).

Desta forma, a qualidade do sono desempenha um papel mais significativo na qualidade de vida, do que a duração do sono. Uma melhoria do sono traduzir-se-á, não só num melhor funcionamento diurno, bem como no aumento da qualidade de vida. Nomeadamente, em fatores como a redução da fadiga psicológica e física (Myllyntausta & Stenholm, 2018).

De acordo com o National Sleep Foundation (2016), o sono, para além de deter um papel importante para a saúde e para o bem-estar das pessoas, é também considerado como que um instrumento de medição do estado mental do indivíduo, respondendo rapidamente a situações de ansiedade, stress e tensão (National Sleep Foundation, 2016).

O Sono desempenha também um papel importante na função metabólica bem como em processos cognitivos como a memória e a aprendizagem (National Sleep Foundation, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (1946) definiu a saúde como um estado completo de bem-estar que abarca não apenas o aspeto mental, mas também o físico e o social, não se limitando apenas à ausência de doença. Da mesma forma, uma qualidade de sono satisfatória e saudável não se resume apenas à ausência de distúrbios do sono (Buysse, 2014). Dito isto, o paradigma da saúde do sono diz que as dimensões do sono vigília, bem como o estado de alerta, a duração do sono e timing, satisfação do sono e a sua eficiência, detém um papel influenciador sobre a função do sono e na saúde geral do ser humano, influencia assim a qualidade de vida dos indivíduos (Buysse, 2014).

A qualidade do sono pode ser avaliada por meio do autorrelato e de escalas para o mesmo intuito. Os componentes recolhidos dependem das características do indivíduo. A avaliação apresenta um caráter subjetivo, com dados quantitativos e qualitativos. Os quantitativos correspondem à duração do sono, do número de despertares, tempo de latência. E, os qualitativos ao que é percebido pelo indivíduo acerca da qualidade do seu próprio humor, descanso e conteúdo onírico (Buela-Casal & Sanchez, 2002).

Uma pior qualidade do sono bem como a sua privação, traduzem-se num impacto significativamente negativo na saúde dos indivíduos. Este impacto é sentido a curto prazo, com consequências a nível da memória, atenção e aprendizagem a longo prazo (World Sleep Day citado por Ohayon et al., 2005) e, também sentido a longo prazo, como a deterioração da qualidade do sono e privação do mesmo. Estes efeitos têm contribuído para outros problemas de saúde, como por exemplo depressão, obesidade e diabetes

(Gottlieb et al., 2005, Taheri et al., 2004). A níveis do comportamento, uma pior qualidade do sono provoca diminuição do desempenho de atividades, como atividades do dia a dia, e provoca também um constante estado de alerta do sujeito (Klerman et al., 2005).

Desta forma, a qualidade do sono detém um importante papel na vida dos indivíduos, não só pelas várias queixas sobre a qualidade de sono, bem como à associação entre uma má qualidade de sono e sintomas de uma determinada doença mental (Buysse, 1989). De acordo com um estudo realizado, foi verificado que o stress e a ansiedade fazem-se acompanhar de queixas sobre o sono, estando a insónia associada a perturbações mentais em 35% da população, apresentando assim uma maior prevalência (Coleman, 1983). As perturbações do sono são de igual forma relatadas noutras perturbações, tais como a depressão, stress pós-traumático, esquizofrenia, ansiedade e perturbações psicoativas (Buysse, 1989). Foi realizado um outro estudo epidemiológico, em Portugal, que aferiu que 28,1% da população relatou ter pelo menos um sintoma de insónia e 10,1% relatou estar insatisfeito com a sua qualidade do sono (Ohayon et al., 2005).

Caracterização do sono

De acordo com Russel Foster (2013), defende que o ser humano, quando atingir os seus 90 anos, terá dormido aproximadamente 32 anos de toda a sua vida, provando assim que o sono é um dos comportamentos mais importantes da vida do ser humano.

O sono, por ser uma necessidade humana básica, é um tema com bastante relevância visto que existem evidências robustas de que, a privação do sono e perturbações de sono,

afetam processos metabólicos e inflamatórios que impactam negativamente a saúde (Colten et al., 2006).

O sono é considerado uma condição fisiológica e periódica da atividade cerebral. Este é fundamental pois, tem como função restaurar a energia do indivíduo e fazer com que este possua energia para viver no seu dia a dia. O sono contribui para o aumento e para a eficácia dos processos de aprendizagem, para a conservação da memória e também para o desenvolvimento do cérebro (Saraiva & Cerejeira, 2018).

Existem dois tipos de sono. O NREM (não REM), onde não se observam movimentos oculares e onde se dá o restabelecimento de processos biológicos que foram degradados durante o dia. Já no sono REM, observa-se movimentos oculares onde é notório o movimento dos olhos dentro da pálpebra e, é onde acontece a revitalização de processos cerebrais (Rasch & Born, 2013).

O sono é um dos mais importantes ritmos biológicos do indivíduo. É produzido pela ação integrada de várias estruturas do sistema nervoso e, por sua vez, é influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos do sujeito (Danda, et al., 2005).

Os intrínsecos, dizem respeito a uma visão funcional. O sono envolve três subsistemas primários, um sistema homeostático que regula a duração, a quantidade e profundidade do sono (Carrillo-Mora et al., 2013). A seguir, um sistema responsável pela alternância cíclica entre o sono REM, que se manifesta pelo movimento rápido dos olhos, e o sono NREM que é caracterizado pela ausência de movimentos oculares rápidos e apresenta-se dividido em quatro estágios, estruturados de forma crescente, em relação à profundidade do sono, e por último, um sistema circadiano que regula o momento em que o sono se dá e o estado de alerta (Carrillo-Mora et al., 2013). Os extrínsecos, dizem respeito aos

horários, tanto de trabalho como de lazer e/ou outras atividades, importantes para o sono (Danda, et al., 2005). Ou seja, reconhece-se que, atualmente, o sono é um agente restaurador e homeostático, onde exerce a função de recuperação global do organismo (Klerman et al., 2005), que influencia o estado de vigília dos sujeitos (Danda, et al., 2005). Portanto, o sono é um dos fenômenos mais observados em organismos multicelulares (Savage et al., 2007) e é identificado por executar uma função reguladora crucial, quer a nível fisiológico quer psicológico (Berk, et al 2013).

Neste sentido, o sono define-se como um estado comportamental complicado e dinâmico que tem grandes efeitos nas horas de vigília contribuindo de modo considerável, para o restabelecimento, tanto físico como mental do Homem (Akerstedt et al., 2003).

São identificados seis categorias de perturbações do sono: insónia, hipersónia, narcolepsia, distúrbios respiratórios do sono, distúrbios do ritmo circadiano sono-vigília e parassónias. No que diz respeito às parassónias existem cinco tipos: perturbação de despertar do sono não REM, perturbação de pesadelos, perturbação de comportamento do sono REM, síndrome de pernas inquietas, perturbação do sono induzida por substância/medicamento, outra perturbação do sono especificada e perturbação do sono não especificada (APA, 2014).

A Insónia pode ser caracterizada como uma síndrome ou um sintoma. É considerada primária se se manifestar como uma síndrome, e se tiver sido excluída uma possível causa médica, psiquiátrica ou até mesmo ambiental, pode ser considerada secundária se ocorrer como um sintoma de algum tipo de doença que o indivíduo possa ter, como a nível psiquiátrico ou até mesmo o uso de substâncias. A insónia tem maior tendência para surgir no sexo feminino, em adultos, idosos e indivíduos que trabalham

em turnos ou que tenham perturbações psiquiátricas (Saraiva e Cerejeira, 2018). Para se poder considerar insónia, tem de haver dificuldade em conseguir adormecer ou manter o sono, isto é, não acordar várias vezes. Tem de haver impacto no que diz respeito às atividades diurnas, ou seja, o indivíduo tem de sentir fadiga, falta de atenção, irritabilidade e alterações do humor. A prevalência da insónia, na população geral, varia entre os 6% a 33% dependendo da definição de insónia, se forem considerados os tipos específicos de insónia a sua prevalência varia entre 5% a 10% (Saraiva e Cerejeira, 2018).

A hipersónia caracteriza-se por uma queixa de sono noturno prolongado ou por episódios repetidos de sono durante o dia, pelo menos 1 mês (OMS, 1994). Esta perturbação corresponde a uma forma de hipersónia, que tem origem central e se caracteriza pela ocorrência de episódios irresistíveis de sono ao longo do dia.

As Perturbações do sono relacionadas com a respiração caracterizam-se pela modificação da respiração durante o período de sono do indivíduo. A Apneia obstrutiva do sono, costuma ser a causa mais frequente da perturbação do sono relacionada com a respiração (Saraiva e Cerejeira, 2018).

A Narcolepsia é também definida como sendo um ataque de sono (Coelho et al., 2007). A Narcolepsia, é uma doença que é crónica, sendo esta caracterizada pela sonolência abundante durante o dia. Os sintomas tendem a agravar ao longo dos anos de vida do indivíduo (Saraiva e Cerejeira, 2018). Atualmente é definida por sonolência diurna excessiva e cataplexia, podendo mesmo associar-se a alucinações hipnagógicas, paralisia do sono bem como fragmentação do sono (ICSD-2, 2005).

A Hipersónia Idiopática, caracteriza-se pela dificuldade que o indivíduo sente ao acordar de manhã. Estes sentem uma grande necessidade de voltar a dormir e sentem

sonolência ao longo do dia. Estes doentes apresentam um humor deprimido. Por fim as Hipersónias Periódicas, caracterizam-se por afetar com maior frequência os adolescentes, com maior incidência no sexo masculino. Os indivíduos costumam sentir fadiga excessiva durante o dia (Saraiva e Cerejeira, 2018).

Os pesadelos são sequências longas que podem ser comparadas com uma narrativa real. Podem criar ansiedade, medo ou outras emoções (APA, 2014). Quando o indivíduo acorda, estes são bastante bem lembrados e descritos detalhadamente (APA, 2014). Os pesadelos ocorrem mais frequentemente a meio ou na segunda metade da noite (Saraiva e Cerejeira, 2018).

O critério diagnóstico da perturbação do pesadelo caracteriza-se por ocorrências repetidas de sonhos prolongados, disfóricos e bem lembrados. Ao acordar, os seres humanos tendem rapidamente a orientar-se e a estar alerta. Estas perturbações trazem consequências a nível profissional, social e comportamental dos indivíduos. Estes sintomas não são atribuíveis a efeitos fisiológicos de substâncias e a existência de perturbações médicas e mentais não explicam as queixas que predominam nestes sonhos disfóricos. Indivíduos com pesadelos mais frequentes aumentam o risco de ideação suicida e tentativas para o efeito (APA, 2014).

A dificuldade em adormecer, o despertar sobressaltado, ou simplesmente o sono tendem a ser observadas como um mal-estar não especificado, associado a incertezas acerca da vida e do mundo atual (Pereira, 2003). Estes sintomas, como o despertar sobressaltado ou a dificuldade na indução do sono, são sintomas que estão presentes na perturbação de Stress Pós-Traumático. Normalmente, os sujeitos estão conscientes acerca da importância do sono e do impacto que a falta do mesmo pode causar no dia-a-dia. No

entanto, não as consideram uma patologia, pondo em causa a sua saúde e bem-estar (Bracke & Straat, 2015). Fatores psicossociais, como o stress, estão desta forma associados a um aumento das alterações do sono (Knutson, 2014).

Stress e Trauma

O Stress é definido como sendo um “processo psicofisiológico complexo” que abrange três elementos distintos: A percepção ou avaliação da ameaça, os Stressores e, por fim, as respostas emocionais. Ou seja, trata-se de um processo iniciado por situações (Stressores), que são interpretadas ou percecionadas (percepção ou avaliação da ameaça), como sendo frustrantes ou perigosas (respostas emocionais). Assim sendo, o stress é um processo que pode percursor, quer de doenças físicas quer psicológicas, tendo em conta a sua intensidade bem como frequência (Castanho et al., 2009).

Os Stressores diários, originam tensão emocional e efeitos fisiológicos, estando ligados a diversas doenças físicas e psicológicas (Castanho et al., 2009). De acordo com Kessler (1997), os Stressores diários estão ligados a fatores psicológicos que envolvem a Depressão e a Ansiedade. A exposição a eventos traumáticos produz um padrão de sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático, englobando a revivência do trauma por meio de pesadelos, *flashbacks* e hipervigilância.

De acordo com a *American Psychiatric Association*, na 4ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR), o evento traumático consiste em dois aspetos distintos. Primeiramente, descreve as características do evento traumático por si só, descrevendo de seguida, as respostas emocionais subjetivas do determinado indivíduo, que experiencia o evento:

1. “A pessoa experiencia, testemunha, ou é confrontada com um evento atual que ameaça seriamente a sua vida, integridade física, ou de terceiros.”;
2. “O sujeito responde a este evento com medo intenso, horror ou desespero.”.

O impacto psicológico de um determinado acontecimento traumático, varia tendo em conta, o indivíduo e o determinado acontecimento. Ou seja, diferentes sujeitos, expostos ao mesmo evento traumático, podem experienciar diferentes reações a esse mesmo acontecimento. Todavia, existe um conjunto de reações típicas após experienciar um evento traumático (Castanho et al., 2009). Diversos estudos, com indivíduos expostos a eventos traumáticos, indicam que a maioria destes indivíduos, experienciará algumas reações comuns, como por exemplo, elevados sentimentos de medo, hipervigilância e medo, sentimentos de vergonha e culpa. Estes resultados indicam também que, pouco tempo após o evento traumático, os indivíduos revivem, com frequência, o seu evento traumático mentalmente (Benyamini & Solomon, 2005). Foi possível verificar-se que, o Stress associado às memórias traumáticas, conduz, maior parte das vezes, a situações de evitamento de situações ou determinadas pessoas, que façam o indivíduo lembrar-se do acontecimento traumático.

Perturbação de Stress Pós-Traumático

A Perturbação de Stress Pós-Traumático é uma perturbação psicológica comum que surge após experienciar algum episódio stressor traumático, dando origem a pensamentos intrusivos, pesadelos e flashbacks do episódio stressor traumático, estado de hipervigilância e alterações do sono (Keane et al., 2006).

Esta perturbação é definida por um conjunto de sintomas, desenvolvidos por um sujeito, após experienciar um episódio stressor traumático (Apa, 2002). Os critérios diagnósticos seguintes devem estar presentes: “a pessoa experienciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte, sério ferimento ou outra ameaça à integridade física, própria ou de outros (critério A1) e cuja reação envolveu intenso medo, impotência ou horror (critério A2). A partir disso, o indivíduo apresenta uma resposta sintomática envolvendo revivência contínua do evento traumático (critério B), evitação e entorpecimento (critério C) e excitabilidade aumentada (critério D), sendo que a duração desses sintomas é superior a um mês (critério E) e causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas importantes da vida do indivíduo (critério F). Entre os sintomas de revivência, incluem-se: pensamentos intrusivos que invadem a consciência sem o consentimento do indivíduo, sonhos aflitivos e recorrentes relacionados à experiência traumática vivenciada, sensação de que o evento está ocorrendo novamente, sofrimento psicológico intenso e/ou reatividade fisiológica quando exposto a estímulos que lembrem algum aspeto do trauma. No critério de esquiva e entorpecimento, as respostas mais comuns dizem respeito a tentativas de evitar pensamentos, atitudes, sentimentos, locais e/ou pessoas relacionadas ao trauma, incapacidade de lembrar algum aspeto importante do evento traumático, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, sensação de distanciamento das outras pessoas e/ou de um futuro abreviado. Por último, entre a manifestação sintomática incluída no critério de excitabilidade aumentada, é comum a presença de irritabilidade, dificuldades de concentração, hipervigilância (estar em alerta constante), reação de sobressalto exagerada e dificuldades em conciliar ou manter o sono” (APA, 2002).

Esta perturbação acarreta consigo uma série de alterações na vida das pessoas afetadas, levando-as a reviver constantemente o evento *stressor* traumático e a experimentar reações de ansiedade intensa, como se o evento traumático estivesse constantemente a ocorrer (MacDonald et al., 2003).

Os sintomas desta perturbação podem igualmente interferir significativamente nas atividades profissionais e restantes relacionamentos (Matthew et al., 2009; Taylor, 2006). O isolamento social bem como a evitação, agressividade e irritabilidade conduzem a um distanciamento da família bem como dos amigos. O entorpecimento afeta a comunicação destes indivíduos enquanto o aumento da excitabilidade causa fadiga e dificuldades de concentração (Kessler, 2000; Taylor, 2006).

De acordo com o *National Comorbidity Survey*, a Perturbação de Stress Pós-Traumático, foi classificada como a quinta perturbação mental com maior prevalência nos últimos 12 meses, apresentando uma estimativa de prevalência ao longo da vida de 6,8% (Kessler, Berglund et al., 2005, Kessler et al., 2005). Num estudo realizado por Albuquerque et al., (2003), foi verificado que existe uma predominância da perturbação no sexo feminino, com taxas de predominância de 11,4% no sexo feminino e 9,8% no sexo masculino.

A quarta edição revisada do Manual Diagnóstico L.S. Schaefer, B.O.M. Lobo & C.H. Kristensen 331 e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR; APA, 2002) identifica os diversos eventos *stressores* que podem desencadear esta perturbação, tais como assaltos à mão armada, rapto/sequestro, acidentes de viação, tortura, agressão física ou sexual, desastres naturais ou provocados pelo Homem, entre outras.

Estes tipos de situações tendem a ocorrer com certa frequência, uma vez que estudos epidemiológicos sugerem que, mais de metade da população geral experienciará pelo menos um evento traumático ao longo da vida (Kessler et al., 1995). Por exemplo, um estudo conduzido por Sher (2004) estimou que entre 40% a 90% das pessoas passarão por algum tipo de evento stressor traumático. Vários autores têm verificado que, de facto, a probabilidade de um determinado indivíduo lidar com um acontecimento traumático, ao longo da sua vida, é de cerca de 70% (Norris, 1992; Resnick et al., 1993; Kubany et al., 2000).

De acordo com as estatísticas disponibilizadas pela Direção Geral de Viação até 1999, em Portugal, ocorrem cerca de 48.000 acidentes com vítimas por ano, das quais resultam cerca de 1.800 mortos, 58.000 feridos ligeiros e 7.700 feridos graves. Marinheiro e Dionísio verificaram que 45.000 crianças foram vítimas de maus-tratos violentos, das quais 353 foram registados pelas autoridades como abusos sexuais de menores (Marinheiro e Dionísio, 1992, citado por Azevedo & Maia, 2006). Em 2020, segundo o instituto nacional de estatística, foram registados 26.501 acidentes de viação, dos quais originou 32.535 feridos e 390 mortos (INE citado por PORDATA, 2021).

Segundo a Associação Portuguesa de Apoio à vítima (2021), relativamente às estatísticas de crimes contra as pessoas, o número de mulheres que foram vítimas de violência doméstica subiu para 14.854 (72,60%), foram registados 836 casos de abuso sexual de crianças (idade inferior a 14 anos) e 144 casos de violações. Foram registados 724 crimes de ameaça/coação, 27 vítimas de sequestros e 239 vítimas de perseguição, tendo sido registado, em 2020, um total de 66.408 atendimentos.

Muitos outros acontecimentos, como os incêndios, sejam eles, florestais ou urbanos (Segundo os dados do Sistema de Gestão de Informação dos Incêndios Florestais (SGIF), em 2021 registaram-se 6.672 incêndios rurais) e catástrofes naturais, como as cheias, furacões e desabamentos, que ocorreram nos últimos anos provocaram diversas vítimas e danos significativos na vida de muitas pessoas. Para além das vítimas diretas destes acontecimentos traumáticos, existem outras vítimas que também podem vir a desenvolver esta perturbação, tais como os bombeiros, indivíduos que trabalhem nas emergências médicas e brigadas de trânsito, entre outros. Estes indivíduos são continuamente confrontados com situações maioritariamente chocantes e traumáticas, constituindo um desafio inerente à capacidade de aceitação da morte e sofrimento. O carácter imprevisível e recorrente destas diversas situações traumáticas, faz com que estes indivíduos estejam também vulneráveis ao desenvolvimento da Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Todos os acontecimentos supramencionados, integram o leque de eventos que podem desencadear a Perturbação de Stress Pós-Traumático, o que, torna esta perturbação a primeira perturbação onde é possível o estabelecimento de um elo entre os acontecimentos causais e os sintomas. Como referiu Caruth “É sem dúvida a verdade da experiência traumática que constitui o centro desta psicopatologia. Não é a patologia da falsidade ou deslocamento de significado, mas da própria história” (Caruth, 1995, p. 5).

Kessler e os seus colaboradores (1995), realizaram um estudo onde verificaram que, pelo menos 80% das pessoas com Perturbação de Stress Pós-Traumático, preenchiam critérios diagnósticos para outras perturbações. A vasta literatura indica elevada comorbidade entre a Perturbação de Stress Pós-Traumático e outras perturbações, tais como perturbações de ansiedade, como, a Perturbação Obsessivo-Compulsivo,

Pânico, Fobia Social e Fobias Específicas, Perturbações de Humor, como a perturbação Depressivo Maior, além do elevado risco de risco de suicídio bem como a utilização de substâncias químicas, como as drogas e álcool (Cacciola, et al., 2009; Kessler, 2000; Kessler et al., 2008; Kristensen et al., 2005; Nock et al., 2009; Ouimette et al., 2010).

Foi realizado um estudo em Portugal, onde foi constatado que a prevalência da Perturbação de Stress Pós-Traumático é de 7,78% durante a vida, o que equivale a um total de 650.000 casos em indivíduos com mais de 18 anos de idade (Albuquerque et al., 2003). Cerca de 75% da população portuguesa foi exposta a pelo menos um evento stressor traumático e 43,5% foi exposta a mais do que um evento (Albuquerque et al., 2003). Na parte dois de um inquérito realizado aos participantes deste estudo, foi verificado que 39,1% evitava recordar-se da experiência, afastando-se de certos locais, pessoas e atividades, 41,9% notou mais dificuldades em adormecer ou manter o sono após a experiência traumática e, 48,4% tornou-se mais nervoso ou facilmente assustado por movimentos ou barulhos, diminuindo desta forma, a qualidade de sono dos participantes bem como a sua qualidade de vida, 80% dos eventos traumáticos reportados pelos participantes, tiveram uma interferência significativa nas suas atividades diárias (Albuquerque et al., 2003). Num outro estudo realizado por Ramos (2017), numa amostra universitária constituída por 303 estudantes, foram verificadas mudanças negativas no desenvolvimento da perturbação de Stress Pós-Traumático, tendo o grupo das mulheres, reportado sentimentos de insegurança bem como diminuição da autoestima e de autoeficácia associados ao desenvolvimento da perturbação em questão (Ramos, 2017). A autoestima está desta forma, relacionada com a avaliação cognitiva, com as perceções de ameaça e com as determinadas alterações no estado de ansiedade (Castanho et al., 2009).

Foi também realizado um outro estudo que indicou que, em indivíduos com perturbação de Stress Pós-Traumático, as queixas de alterações do sono acontecem essencialmente no sono REM, traduzindo-se no aumento da latência do sono bem como a diminuição da sua eficiência, do seu tempo e aumento dos pesadelos. Foram também verificadas alterações no sono NREM, traduzindo-se na diminuição da fase N2 e do aumento da fase N1. O reconhecimento das alterações do sono observadas após a experiência de um evento traumático deve ser considerada uma prioridade terapêutica, pois poderá prevenir a ocorrência dos sintomas da perturbação e, caso se venha a desenvolver a perturbação, poderá prevenir o seu grau de gravidade, diminuindo o impacto negativo da perturbação na qualidade do sono e qualidade de vida (Pessoa, 2015).

Relação da Perturbação de Stress Pós-Traumático com a Qualidade do sono e Qualidade de vida

Assim como o stress, o sono é também um fenómeno que engloba o sistema nervoso central (SNC). A Perturbação de Stress Pós-Traumático acarreta consigo mudanças significativas nos padrões de comportamento, nomeadamente mudanças com influência no sono, tais como a dificuldade em adormecer, um sono não reparador, despertar precoce e aumento do tempo em vigília, terror noturno, fadiga, paralisia do sono, um aumento do tempo em vigília bem como constantes lembranças intrusivas do evento traumático. Sintomas estes que podem comprometer a qualidade de vida do indivíduo (Costa, 2015).

Aproximadamente de 70% a 91% dos indivíduos afetados pela Perturbação de Stress Pós-Traumático, manifestam perturbações do sono (Figueria et al., 2014; Maher et al., 2006). A dificuldade em adormecer ou manter o sono está presente em cerca de 50% das

pessoas com esta perturbação, podendo até mesmo ocorrer em 71% destas pessoas, terrores noturnos, dependendo da gravidade da perturbação bem como da exposição ao trauma (Mohsenin & Mohsenin, 2014).

Para além disso, tanto a paralisia do sono, como os comportamentos violentos durante o sono, alucinações hipnagógicas/hipnopômnicas e sonambulismo possuem um elevado grau de prevalência nesta perturbação (Maher et al., 2006).

Em clínica, as queixas sobre as alterações do sono são as queixas mais frequentes, sendo as alterações do sono a segunda causa do encaminhamento de indivíduos com Perturbação de Stress Pós-Traumático. A grande maioria destes indivíduos menciona ter pesadelos, dificuldades em adormecer e, em alguns casos, paralisia do sono (Schoenfeld et al., 2012).

Estas alterações do sono, caso não sejam devidamente tratadas, podem persistir durante anos, podendo até mesmo agravar os sintomas da Perturbação de Stress Pós-Traumático. Este agravamento dá-se porque o sono apresenta uma função restauradora, dessa forma, afeta a regulação emocional (Germain et al., 2008; Horne, 1993). As alterações do sono podem afetar negativamente o processamento emocional dos eventos traumáticos, contribuindo dessa forma para um mau prognóstico da perturbação (Schoenfeld et al., 2012). No caso desta perturbação, as insónias são um dos sintomas frequentes, sintoma este que interfere negativamente na qualidade de vida dos indivíduos com esta perturbação (Krystal et al., 2008).

O tratamento das alterações do sono associadas à perturbação de Stress Pós-Traumático, deve ser considerado uma prioridade terapêutica. Visto que, o tratamento, previne a repetição de sintomas da perturbação e, o ajuste do ritmo sono-vigília, pode

efetivamente, ter um papel facilitador na integração social de forma a proporcionar uma reabilitação e melhoria da qualidade de vida destes indivíduos, com sucesso (Harvey et al., 2003).

Estudos realizados indicam que, após o terramoto de Hanshin no Japão em 1995, das 143 pessoas entrevistadas, 63% indicaram perturbação do sono após 3 semanas do trauma e 46% indicaram perturbação do sono após 8 semanas do trauma (Goldstein et al., 1987; Kato, et al., 1996). Também em outros estudos indicaram que, prisioneiros de guerra japoneses da Segunda Guerra Mundial e sobreviventes do Holocausto experienciaram perturbações do sono (97% dos prisioneiros por 95% dos sobreviventes) e pesadelos (94% dos prisioneiros e 83% dos sobreviventes) (Kuch & Cox, 1992). Um outro estudo verificou que mais de 50% dos sobreviventes dos sobreviventes dos bombardeamentos de Oklahoma tiveram pesadelos e 70% sofreram perturbações do sono, 6 meses depois do evento traumático (North et al., 1999). Tendo em conta estes resultados, é evidente que as perturbações do sono e pesadelos façam parte de uma resposta típica e normal ao trauma (Pillar et al., 2000).

Pertinência do Estudo

Foi verificado, em indivíduos diagnosticados com perturbação de Stress Pós-Traumático, uma diminuição da qualidade do Sono bem como a qualidade de vida. Aproximadamente de 70% a 91% dos indivíduos afetados pela Perturbação de Stress Pós-Traumático, manifestam perturbações do sono (Figueira et al., 2014; Maher et al., 2006). Esta perturbação detém um impacto significativo nos padrões de comportamento, nomeadamente, mudanças com influência no sono. Estas mudanças acabam por comprometer a qualidade de vida do indivíduo (Costa, 2015). Assim sendo, torna-se pertinente a identificação das implicações psicológicas que, a perturbação de stress pós-traumático, apresenta na qualidade do sono e na qualidade de vida. Através da identificação dos sintomas predominantes da perturbação, da análise da influência da mesma na qualidade do Sono, bem como, a compreensão e caracterização da relação destas três variáveis.

Objetivos

Objetivo geral:

- Avaliar a relação que a perturbação de stress pós-traumático tem na qualidade de vida e na qualidade do sono na população adulta

Objetivos específicos:

- Analisar a perceção de Perturbação de Stress Pós-Traumático;
- Investigar a influência da perturbação de stress pós-traumático na qualidade do sono;
- Compreender e caracterizar a relação entre a qualidade do sono e Perturbação de Stress Pós-traumático e Qualidade de vida;
- Analisar a relação entre a gravidade da Perturbação de Stress Pós-Traumático e os domínios específicos da Qualidade de Vida.
- Investigar a relação entre a Perturbação de Stress Pós-Traumático e os diferentes componentes da Qualidade do Sono.

Método

Design do projeto

O estudo é transversal, o que significa que a recolha de dados foi feita apenas num único momento, tratando-se de um estudo onde são utilizados instrumentos quantitativos. Relativamente aos critérios de exclusão, para ambos os grupos, não foram aceites participantes não residentes em Portugal, sem português fluente falado e escrito e com idade inferior a 18 anos de idade.

Participantes

Esta investigação trata-se de um estudo com 134 participantes, cujas idades foram distribuídas em intervalos. A faixa etária mais representada foi entre 51 anos e 59 anos (25.4%), compreendendo assim a maior parte da amostra. A faixa etária com menor representação foi de 60 anos ou mais (4.5%). Importa referir que a diversidade da faixa etária na amostra proporciona uma abrangência significativa no que se refere a experiências e características individuais, permitindo desta forma, uma análise mais abrangente dos resultados e das relações entre as variáveis estudadas.

Dos 134 participantes, 84 participantes pertencem ao sexo feminino (62.7%) e 50 participantes ao sexo masculino (37.3%). Esta diferença poderá dever-se à maior prevalência da Perturbação de Stress Pós-Traumático no sexo feminino. A tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas dos participantes. O apêndice A apresenta as restantes características sociodemográficas dos participantes.

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica da amostra*

		n (%)
Idade	Entre 18 e 22 anos	21 (15.7%)
	Entre 23 e 28 anos	22 (16.4%)
	Entre 29 e 33 anos	8 (6%)
	Entre 34 e 40 anos	7 (5.2%)
	Entre 41 e 45 anos	21 (15.7%)
	Entre 46 e 50 anos	15 (11.2%)
	Entre 51 e 59 anos	34 (25.4%)
	60 anos ou mais	6 (4.5%)
Sexo	Feminino	84 (62.7%)
	Masculino	50 (37.3%)
Estado Civil	Solteiro	61 (45.5%)
	Casado	53 (39.6%)
	Divorciado	19 (14.2%)
	Viúvo	1 (0.7%)
Situação Profissional	Estudante	31 (23.1%)
	Desempregado	2 (1.5%)
	Empregado	99 (73.9%)
	Reformado	2 (1.5%)
Existência de doença física	Não	109 (81.3%)
	Sim	25 (18.7%)
Existência de Perturbação de Stress Pós-Traumático	Não	99 (73.9%)
	Sim	35 (26.1%)
Existência de outra Perturbação Mental	Não	107 (79.9%)
	Sim	27 (20.1%)

(n=134)

A seleção da amostra, regeu-se pelo critério de conveniência, tendo o grupo de controlo como condições de inclusão: idade mínima de 18 anos, sem diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-Traumático, com residência em Portugal, e com domínio da língua portuguesa. O grupo experimental teve como condições de inclusão: idade mínima

de 18 anos, com diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-traumático, com residência em Portugal e com domínio da língua portuguesa.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Foi realizado um questionário sociodemográfico, com perguntas como: idade, sexo, estado civil, local de residência, habilitações literárias completas, situação profissional e profissão atual, doenças físicas, diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-Traumático e existências de outras doenças mentais. Este questionário foi criado especialmente para este estudo com base na literatura existente, focando-se em variáveis consideradas fatores de risco no desenvolvimento da Perturbação de Stress Pós-Traumático, como o estado civil, situação profissional, doenças físicas e doenças mentais.

Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version

De forma a avaliar os sintomas da Perturbação de Stress Pós-Traumático, foi utilizado o *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* (PCL-C). Este instrumento foi desenvolvido por Weathers et al., (1991) de forma a fornecer uma medida padronizada de sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático, e contém dezassete questões que correspondem aos principais sintomas da Perturbação de Stress Pós-traumático, onde os participantes, com base nos 17 itens, indicam a presença ou não dos respetivos sintomas. Existem duas versões deste instrumento, a versão PCL-M, específica para eventos traumáticos causados por experiências militares e a versão PCL-C, que pode

ser aplicada a qualquer evento traumático, sendo esta a versão que irá ser utilizada. Esta versão pode ser alterada de forma a adaptar-se a diferentes períodos ou eventos específicos.

Neste instrumento é utilizada uma escala de 5 pontos (1-5), sendo a resposta 1 “de modo nenhum”, 2 “um pouco”, 3 “moderado”, 4 “muito” e 5 “extremamente”, tendo sido estabelecido um ponto de corte de 50 pontos (Weathers et al., 2991). (consultar anexo A)

O PCL-C fornece 4 resultados, calculados através da soma dos resultados dos 17 itens, podendo, portanto, ter um resultado compreendido entre 17 e 85, estando apresentada a interpretação da pontuação total da escala na tabela 1. A escala também pode ser avaliada através da utilização dos critérios do DSM 5.

As medidas psicométricas deste instrumento são apropriadas a diferentes amostras, desde refugiados, veteranos de guerra e sujeitos que foram expostos a algum trauma. Assim sendo, de acordo com um estudo realizado em 2020, a escala total apresenta uma boa consistência interna, com um *alpha* de Cronbach de .94 (Carvalho et al., 2020).

Tabela 2

Valores de referência do PCL-C (17 itens)

	Sem sintomas	Sintomas Ligeiros	Sintomas Moderados	Sintomas Graves
Pontuação total	17-27	28-29	30-44	45-85

Índice de Qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI-PT)

Para avaliar a qualidade do sono foi utilizado o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, este é um instrumento que avalia a qualidade do sono referente ao último mês. Este instrumento engloba dez questões referentes a hábitos normais do sono de uma determinada pessoa, tais como, o horário de deitar bem como o horário de acordar, quanto tempo leva a adormecer, a quantidade de horas de sono por noite, medicação para dormir, problemas para não conseguir adormecer bem como as causas dos problemas em adormecer e, a classificação subjetiva sobre a qualidade de sono (Buysse et al., 1989). (consultar anexo B)

No final do PSQI, foi perguntado aos participantes duas questões “Sentiu que o seu sono foi afetado após o (os) acontecimento(s) traumático(s)? Se sim, de que forma?” e “Como era a sua qualidade de sono antes do(s) acontecimento(s) traumático(s)?”, de forma a compreender melhor a relação entre o acontecimento traumático e a qualidade do sono.

Este instrumento possui dezanove questões autoadministradas e cinco questões respondidas pelos seus companheiros do quarto, sendo que estas nove são utilizadas para informações clínicas. As dezanove questões autoadministradas estão agrupadas em sete diferentes componentes (componente 1= qualidade subjetiva do sono; componente 2=latência do sono; componente 3= duração do sono; componente 4= eficiência do sono; componente 5= distúrbios do sono; componente 6= uso de medicação para dormir; componente 7= sonolência e disfunção diurna), utilizando uma escala de zero a três. A cotação deste instrumento varia de zero a vinte e um pontos, classificado em: zero a quatro pontos (Qualidade de sono boa), cinco a dez pontos (Qualidade de sono má), e mais de 10 pontos (Presença de uma perturbação do sono), ou seja, quanto maior for a pontuação,

pior será a qualidade de sono (Bertolazi, 2008; Bertolazi et al., 2011). O *alpha* de Cronbach é de .82 o que indica uma boa consistência interna (Bertolazi et al., 2011).

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)

Para avaliar a percepção da qualidade de vida, foi utilizado o WHOQOL-bref, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde. Este é um instrumento composto por vinte e quatro questões representando quatro domínios diferentes, sendo estes o físico, o psicológico, o ambiente e as relações sociais e, composto também por duas questões sobre a autoavaliação da saúde e qualidade de vida (WHOQOL GROUP et al., 1998). De acordo com Fleck et al., (2000), trata-se de um instrumento prático, com bom desempenho psicométrico e com grande utilidade na avaliação da qualidade de vida. Este instrumento detém um bom valor de consistência interna, apresentando um valor *alpha* de Cronbach para as sete componentes de .70 (João et al., 2016). (consultar anexo C)

No final do WHOQOL-bref, foi perguntado aos participantes duas questões: “Sente que o(s) acontecimento(s) traumático(s)? afetaram negativamente a sua vida? Explique porquê?” e “Como sentia a sua qualidade de vida antes do(s) acontecimento(s) traumático(s)?”, de forma a perceber melhor a relação entre o acontecimento traumático e a qualidade de vida.

Procedimento

O presente estudo foi realizado com a devida aprovação da comissão de ética da Universidade Lusíada de Lisboa e é baseado numa recolha de informação científica pertinente ao tópico.

Para operacionalizar este estudo recorreu-se à aplicação de um Acordo de Consentimento Informado (consultar apêndice A) seguindo-se de três instrumentos de avaliação (consultar anexo A, B e C) e um questionário sociodemográfico. (consultar apêndice B)

Os questionários foram divulgados através de redes sociais, por efeito bola de neve e partilhados com associações de apoio a vítimas de Perturbação de Stress Pós-traumático.

No que concerne à amostra, antes do início do preenchimento dos questionários, foi preenchido o consentimento informado. Não foi pedido qualquer dado relativo à identificação pessoal dos participantes, tendo sido assegurada a confidencialidade dos dados através do anonimato dos mesmos. Foi utilizada a plataforma Google Forms para a introdução dos questionários bem como a recolha dos dados.

Após a recolha dos questionários, os resultados foram exportados, diretamente, da plataforma Google Forms para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27, onde foi realizada uma análise de estatísticas descritivas e de frequências. Procedeu-se de seguida à análise das variáveis, Perturbação de Stress Pós-Traumático, Qualidade de vida e Qualidade do sono, correlações e testes de diferenças de médias.

Resultados

Na recolha de dados, foi realizada uma pergunta sobre a existência da Perturbação de Stress Pós-Traumático, à qual 99 participantes (73.9%) respondeu não e 35 (26.1%) respondeu sim. Contudo, foi aplicado o Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C) no qual foi verificado que 69 participantes apresentam

sintomas compatíveis com a Perturbação de Stress Pós-Traumático, constituindo o grupo 1. Por outro lado, 65 participantes não apresentam sintomas compatíveis com a Perturbação de Stress Pós-Traumático, formando o grupo 2.

Para caracterizar melhor ambos os grupos, foi realizada uma análise *crosstab* para investigar a distribuição do sexo nos grupos com e sem Perturbação de Stress Pós-Traumático. Os resultados serão apresentados na tabela seguinte.

Tabela 3

Distribuição de sexo nos Grupos 1 e 2

	Feminino	Masculino	N
Grupo 1	44 (63.8%)	25 (36.2%)	69 (51.5%)
Grupo 2	40 (61.5%)	25 (38.5%)	65 (48.5%)

Os resultados indicam que o Grupo 1 é composto por 44 participantes do sexo feminino e 25 participantes do sexo masculino. Por outro lado, o Grupo 2 é composto por 40 participantes do sexo feminino e 25 participantes do sexo masculino.

Foi também realizada uma análise *crosstab*, para investigar a percepção da existência de Perturbação de Stress Pós-Traumático na amostra. Os resultados encontram-se descritos na tabela seguinte.

Tabela 4

Percepção de Perturbação de Stress Pós-Traumático

		Grupo 1	Grupo 2
“Sofre de Perturbação de Stress Pós-Traumático?”	Sim	59 (90.8%)	6 (9.2%)

	Grupo 1	Grupo 2
Não	40 (58%)	29 (42%)
N	69 (51.5%)	65 (48.5%)

Os resultados descritos indicam que, dos 65 participantes sem Perturbação de Stress Pós-Traumático, 59 responderam que não sofriam de Perturbação de Stress Pós-Traumático e dos 69 participantes com Perturbação de Stress Pós-Traumático, 59 participantes responderam que sofriam desta perturbação.

De forma a analisar a influência da perturbação de stress pós-traumático na qualidade do sono, foi utilizado o Teste t de *Student* para amostras independentes. Os resultados do Teste t Student, revelam uma diferença significativa na qualidade do sono entre o grupo com indivíduos com Perturbação de Stress Pós-Traumático (Grupo 1) e o grupo com indivíduos sem Perturbação de Stress Pós-Traumático (Grupo 2).

Tabela 5

Influência da Perturbação de Stress Pós-Traumático na Qualidade do sono

	Grupos	N	Média	Erro padrão da média
Pontuação Total do PSQI-PT	Grupo 1	69	9.348	.5446
	Grupo 2	65	4.508	.322

Tabela 6

Teste de amostras Independentes para a pontuação total da Qualidade do Sono

		Teste de Levene		Teste-t			
		z	Sig.	t	df	Diferença média	Erro padrão de diferença
Pontuação Total do PSQI-PT	Variâncias iguais assumidas	20.971	.000	7.533	132	4.84	.643

	Teste de Levene		Teste-t			
	z	Sig.	t	df	Diferença média	Erro padrão de diferença
Variâncias iguais não assumidas			7.648	110	4.84	.633

Na escala PSQI-PT, o grupo 1 (N=69) apresentou uma pontuação média de 9.348 (desvio padrão de 4.524) e o grupo 2 (N=65), apresentou uma pontuação média de 4.5077 (desvio padrão de 2.599). O Teste de Levene para igualdade de variâncias indicou que as variâncias entre os grupos não são iguais ($z=20.971$, $sig=0$). Para as variações iguais assumidas, o Teste t de *Student* mostrou uma diferença significativa entre as médias dos grupos ($t=7.533$, $df=132$, $p<.05$), apresentando o grupo 1 uma média significativamente mais alta de Qualidade do Sono. O mesmo resultado foi observado nas variações iguais não assumidas ($t=7.648$, $df=110$, $p<.05$) Este resultado reforça a diferença significativa na Qualidade do sono entre os grupos, mesmo quando as variâncias não são consideradas iguais.

De forma a compreender e caracterizar a relação entre a qualidade do sono e Perturbação de Stress Pós-Traumático e Qualidade de vida, foi feita uma análise de Correlação onde foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (r), com o objetivo de identificar as correlações entre a gravidade da Perturbação de Stress Pós-Traumático, a qualidade do Sono e a Qualidade de vida.

Tabela 7*Correlações entre as variáveis*

		Gravidade da Sintomatologia	da	Pontuação PSQI	Pontuação WHOQOL
Gravidade da Sintomatologia	Correlação de Pearson	1		-.785	-.808
Pontuação PSQI	Correlação de Pearson	-.785		1	.808
Pontuação WHOQOL	Correlação de Pearson	-.808		.808	1

O coeficiente de correlação de Pearson (r) entre a gravidade da Perturbação de Stress Pós-Traumático e a Qualidade do Sono é de .785 ($r=-.785$, $p<.05$) o que indica uma correlação negativa. A análise da correlação entre a gravidade da Perturbação de Stress Pós-Traumático e a Qualidade de vida, revelou uma correlação negativa ($r=-.808$, $p<.05$). Por último, a análise da correlação entre a qualidade de vida e a qualidade do sono ($r=.808$, $p<.05$) revela uma correlação positiva.

De forma a investigar a relação entre a gravidade da sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-Traumático e os diferentes domínios específicos da Qualidade de Vida (domínio físico, domínio psicológico, domínio relações sociais e domínio meio ambiente), avaliados pelo WHOQOL-bref, foi realizada uma análise de Correlação, onde foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (r). Os resultados indicam que a gravidade da sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-Traumático apresenta correlações negativas em todos os domínios do WHOQOL-bref.

Tabela 8*Correlações entre a Gravidade da sintomatologia e os domínios da Qualidade de vida*

		Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
Gravidade da sintomatologia	Correlação de Pearson	-.806	-.818	-.616	-.620

Para investigar a relação entre a Perturbação de Stress Pós-Traumático e os diferentes componentes da Qualidade do Sono, foi realizado o Teste t de *Student* para amostras independentes.

Tabela 9*Resultados das componentes da Qualidade do Sono nos grupos 1 e 2*

	Grupos	N	Média	Desvio Padrão
Componente 1	Grupo 1	69	1.783	.745
	Grupo 2	65	1.031	.529
Componente 2	Grupo 1	69	1.971	1.014
	Grupo 2	65	1.092	.98
Componente 3	Grupo 1	69	1.159	.885
	Grupo 2	65	.739	.644
Componente 4	Grupo 1	69	.696	.944
	Grupo 2	65	.385	.7
Componente 5	Grupo 1	69	1.087	.588
	Grupo 2	65	.708	.491
Componente 6	Grupo 1	69	1.159	1.29
	Grupo 2	65	.154	.592
Componente 7	Grupo 1	69	1.493	.901
	Grupo 2	65	.4	.553

Tabela 10*Teste de amostras independentes para as componentes da Qualidade do Sono*

		Teste de Levene		Teste-t			
		z	Sig.	t	df	dm	epd
Componente 1	VIA	25.566	.000	6.697	132	.752	.112
	VINA			6.764	122.919	.752	.111

		Teste de Levene		Teste-t			
		z	Sig.	t	df	dm	epd
Componente 2	VIA	.589	.444	5.095	132	.879	.173
	VINA			5.101	131.913	.879	.172
Componente 3	VIA	2.881	.092	3.132	132	.421	.134
	VINA			3.161	124.245	.421	.133
Componente 4	VIA	8.012	.005	2.156	132	.311	.144
	VINA			2.174	125.236	.311	.143
Componente 5	VIA	.417	.520	4.041	132	.379	.094
	VINA			4.062	130.192	.379	.093
Componente 6	VIA	118.574	.000	5.738	132	1.006	.175
	VINA			5.851	96.686	1.006	.172
Componente 7	VIA	19.179	.000	8.396	132	1.093	.130
	VINA			8.511	113.926	1.093	.128

Nota. Abreviaturas: VIA=Variâncias iguais assumidas; VINA= Variâncias iguais não assumidas; dm= Diferença média; epd= Erro padrão de diferença

Os resultados indicam que, para a Qualidade subjetiva do sono (Componente 1), o grupo 1 apresentou uma média de 1.783 (desvio padrão=0.745), enquanto o grupo 2 obteve uma média de 1.031 (desvio padrão=0.529). O teste t de *student* revelou uma diferença significativa nas médias dos grupos ($t=6.697$), evidenciando que os participantes com Perturbação de Stress Pós-Traumático apresentam uma pontuação média mais elevada nesta componente, comparativamente ao grupo sem Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Para a Latência do sono (Componente 2), o grupo 1 apresentou uma média de 1.971 (desvio padrão=1,014), enquanto o grupo 2 obteve uma média de 1.092 (desvio padrão=.98). O teste t de *student* revelou uma diferença significativa nas médias dos grupos ($t=5.095$), indicando que os participantes com Perturbação de Stress Pós-

Traumático apresentam uma pontuação média mais elevada na Latência do Sono, comparativamente ao grupo sem Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Para a Duração do sono (Componente 3), o grupo 1 apresentou uma média de 1.159 (desvio padrão=.88489), enquanto o grupo 2 obteve uma média de .739 (desvio padrão=.644). O teste t de *student* revelou uma diferença significativa nas médias dos grupos ($t=3.132$), indicando que os participantes com Perturbação de Stress Pós-Traumático apresentam uma pontuação média mais elevada na Duração do Sono, comparativamente ao grupo sem Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Para a Eficiência do sono (Componente 4), o grupo 1 apresentou uma média de 0.696 (desvio padrão=.094), enquanto o grupo 2 obteve uma média de .385 (desvio padrão=.700). O teste t de *student* revelou uma diferença significativa nas médias dos grupos ($t=2.156$), indicando que os participantes com Perturbação de Stress Pós-Traumático apresentam uma pontuação média mais elevada na eficiência do Sono, comparativamente ao grupo sem Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Para os Distúrbios do sono (Componente 5), o grupo 1 apresentou uma média de 1.0870 (desvio padrão=.58760), enquanto o grupo 2 obteve uma média de .708 (desvio padrão=.491). O teste t de *student* revelou uma diferença significativa nas médias dos grupos ($t=4.041$), indicando que os participantes com Perturbação de Stress Pós-Traumático apresentam uma pontuação média mais elevada nos distúrbios do sono, comparativamente ao grupo sem Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Para o uso de medicação para dormir (Componente 6), o grupo 1 apresentou uma média de 1.159 (desvio padrão=.291), enquanto o grupo 2 obteve uma média de .154 (desvio padrão=.592). O teste t de *student* revelou uma diferença significativa nas médias

dos grupos ($t=5.738$), indicando que os participantes com Perturbação de Stress Pós-Traumático apresentam uma pontuação média mais elevada no uso de medicação para dormir, comparativamente ao grupo sem Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Para a sonolência e disfunção diurnas (Componente 7), o grupo 1 apresentou uma média de 1.493 (desvio padrão=.901), enquanto o grupo 2 obteve uma média de .4 (desvio padrão=.553). O teste t de *student* revelou uma diferença significativa nas médias dos grupos ($t=8.396$), indicando que os participantes com Perturbação de Stress Pós-Traumático apresentam uma pontuação média mais elevada na sonolência e disfunção noturnas, comparativamente ao grupo sem Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Discussão

Este estudo teve como objetivo avaliar a relação que a perturbação de stress pós-traumático tem na qualidade de vida e na qualidade do sono. São poucos os estudos desenvolvidos em Portugal sobre a incidência desta perturbação. De acordo com um estudo realizado por Albuquerque et al., (2003), 75% da população portuguesa revela já ter sido exposta a pelo menos um acontecimento traumático e 43.5% refere já ter sido exposta a mais do que um acontecimento traumático.

No presente estudo, verificou-se que em 134 participantes, 69 apresentaram critérios compatíveis com a Perturbação de Stress Pós-Traumático e 65 não apresentaram critérios compatíveis com a Perturbação de Stress Pós-Traumático. Os resultados revelaram diferenças significativas na perceção da Perturbação entre ambos os grupos. No Grupo 1, 42% dos participantes responderam “sim” quando questionados do diagnóstico, enquanto 58% respondeu “não”. Em contraste, no grupo 2, apenas 9.2% dos participantes respondeu “sim” à pergunta, enquanto 90.8% respondeu “não”. Estes resultados indicam que, apesar de 69 participantes terem sido identificados com sintomas desta perturbação, apenas uma pequena proporção deste grupo reconheceu ou admitiu sofrer de Perturbação de Stress Pós-Traumático. Por outro lado, a grande maioria dos participantes no grupo 2, negou sintomas compatíveis com esta perturbação. Os resultados obtidos sugerem a existência de uma subnotificação/sub-reconhecimento de Perturbação de Stress Pós-Traumático entre os sujeitos com sintomas, o que pode ter implicações significativas na deteção precoce desta perturbação e tratamento adequado. Um estudo realizado em 2013, destaca a importância na identificação e tratamento desta perturbação visto que, muitas vezes, esta condição não é reconhecida de forma adequada

ou diagnosticada pelos profissionais de saúde, levando a um subdiagnóstico significativo. O autor enfatiza que esta perturbação pode ter um impacto profundo na saúde física e mental dos indivíduos afetados, e o subdiagnóstico ou subtratamento pode levar a consequências negativas a longo prazo, sendo fundamental a realização de uma avaliação adequada em pacientes que possam ter sido expostos a eventos traumáticos (Wimalawansa, 2013).

Tendo em conta os resultados obtidos, verificou-se uma diferença significativa na qualidade do sono entre o grupo com indivíduos com Perturbação de Stress Pós-Traumático e o grupo sem a perturbação. Tendo em conta que valores superiores a 5 são indicadores de uma má qualidade do sono e valores inferiores a 5 indicam uma boa qualidade do sono e que o grupo 1 apresentou uma pontuação média de 9.35 e o grupo 2 uma pontuação média de 4.51, verifica-se que a existência da Perturbação de Stress Pós-Traumático está associada a uma má qualidade do sono. Um estudo realizado em 2010 mostrou que a presença de Perturbação de Stress Pós-Traumático estava associada a uma maior frequência de pensamentos intrusivos e uma pior qualidade do sono. Os autores concluíram que os pensamentos intrusivos podem desempenhar um papel significativo na relação entre a Perturbação de Stress Pós-Traumático e os problemas do sono, sugerindo que, os pensamentos recorrente e perturbadores relacionados a experiências traumáticas podem afetar de forma negativa a qualidade do sono, aumentando desta forma, a frequência de insónias bem como outros distúrbios do sono (Babson et al., 2010). Estes resultados destacam a importância da sintomatologia da Perturbação e Stress Pós-Traumático na compreensão dos efeitos na qualidade do sono, importância esta que poderá ser relevante para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas direcionadas para a melhoria na qualidade do sono em pessoas que sofrem desta perturbação.

Relativamente à relação entre a Qualidade do sono e a gravidade de Perturbação de Stress Pós-Traumático, os resultados indicam uma correlação negativa, sugerindo que, à medida que a gravidade de Perturbação de Stress Pós-Traumático aumenta, a qualidade do sono tende a diminuir. Estes resultados sugerem que os sujeitos com maior gravidade de sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-Traumático, estão mais propensos a apresentar uma pior qualidade do sono. Relativamente à relação entre a gravidade da Perturbação de Stress Pós-Traumático e a Qualidade de vida, os resultados indicam uma correlação negativa, o que quer dizer que, à medida que a gravidade da Perturbação de Stress Pós-Traumático aumenta, a Qualidade de vida dos sujeitos tende a diminuir. Estes resultados sugerem que os sujeitos com maior gravidade de sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-Traumático, estão mais propensos a apresentar uma pior percepção geral de bem-estar, experienciando uma pior qualidade de vida. Por fim, a análise de correlação entre a Qualidade de vida e Qualidade do sono indicou uma correlação positiva, indicando que, à medida que a qualidade do sono aumenta, a qualidade de vida também tende a melhorar. Por outro lado, à medida que a qualidade do sono piora, a qualidade de vida também tende a piorar. Estes resultados vão de encontro com a média de respostas dadas pelos participantes às duas questões que foram colocadas no final de cada instrumento que avaliou a qualidade de vida e do que avaliou a qualidade do sono. A grande maioria refere que a sua qualidade do sono diminuiu após o(os) acontecimento(os) traumáticos e que antes dos mesmos terem surgido, tinham uma qualidade do sono melhor.

Tendo em conta os resultados obtidos na relação entre a gravidade da sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-Traumático e os diferentes domínios específicos da Qualidade de Vida, foi possível verificar uma correlação forte e negativa

entre a gravidade de Perturbação de Stress Pós-Traumático e o domínio físico, o que sugere que, à medida que a gravidade da sintomatologia aumenta, a perceção de bem-estar físico dos participantes tende a diminuir, afetando aspetos relacionados à saúde física e funcionamento diário. Um estudo realizado em 2012, verificou que os participantes com Perturbação de Stress Pós-Traumático apresentaram maior probabilidade de relatar uma variedade de problemas de saúde física, como doenças cardíacas, dor crónica, problemas respiratórios e diabetes. Estes resultados sugerem que a presença desta perturbação pode estar relacionada a um aumento no risco de desenvolvimento de condições de saúde física em adultos mais velhos (55 anos ou mais) (Pietrzak et al.,2012). Assim sendo, é importante abordar os aspetos de saúde física em programas de cuidados de saúde para esta população.

Em relação à correlação entre a gravidade de Perturbação de Stress Pós-Traumático e o domínio psicológico verificou-se também uma correlação negativa e forte, sugerindo que a gravidade da sintomatologia está associada a uma menor perceção de bem-estar psicológico, incluindo aspetos emocionais, cognitivos e de saúde mental. Um outro estudo apresenta resultados que mostram que a Perturbação de Stress Pós-Traumático está significativamente associada a diversas condições de saúde mental, apontando para uma correlação negativa entre a gravidade da perturbação e a saúde mental percebida (Pietrzal et al., 2012).

No que se refere à gravidade de Perturbação de Stress Pós-Traumático e o domínio relações sociais, os resultados indicam uma associação negativa e ligeira, sugerindo que a gravidade da sintomatologia pode influenciar a qualidade das interações sociais e relacionamentos dos indivíduos. O que quer dizer que a Perturbação de Stress Pós-Traumático pode levar a dificuldades nas relações interpessoais, isolamento social e

dificuldades na comunicação com os outros. Estes resultados são consistentes com outras pesquisas, que destacaram o impacto do Stress Pós-Traumático nas relações sociais e apoiam a importância de considerar os aspetos sociais no tratamento da mesma. É também importante compreender esta relação para que se desenvolvam intervenções que visam melhorar o funcionamento social bem como a qualidade das interações sociais em sujeitos com Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Por último, os resultados indicaram uma correlação negativa e ligeira entre a gravidade de Perturbação de Stress Pós-Traumático e o domínio meio ambiente, sugerindo que os sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático podem afetar a percepção de satisfação e bem-estar relacionados ao ambiente físico e social em que os participantes vivem. Estes resultados, indicam que indivíduos com sintomatologia mais grave podem ter maior insatisfação com o ambiente que os rodeia, como a vizinhança, o acesso a recursos bem como o suporte social. Estes resultados enfatizam a importância de se considerar o contexto em que os indivíduos vivem no tratamento de pessoas com Perturbação de Stress Pós-Traumático. Uma intervenção que tenha como objetivo a melhoria da adaptação e funcionamento dos sujeitos ao ambiente em que estão inseridos, pode ser benéfica na promoção de uma melhor qualidade de vida.

Relativamente à relação entre a Perturbação de Stress Pós-Traumático e as diferentes componentes da Qualidade do sono, foram verificadas diferenças significativas nas médias dos grupos. Para uma melhor análise dos resultados, importa ter em conta que uma pontuação mais elevada está associada a uma pior qualidade do sono. No que diz respeito à primeira componente, a qualidade subjetiva do sono, os resultados sugerem que o grupo sem Perturbação de Stress Pós-Traumático apresenta uma pontuação mais elevada do que o grupo com a perturbação. Estes resultados vão de encontro a estudos

realizados anteriormente que também encontraram associações significativas entre a Perturbação de Stress Pós-Traumático e problemas de sono que afetam negativamente a qualidade do sono e, portanto, a qualidade subjetiva do sono. Numa das duas perguntas realizadas no final do instrumento que avaliou a qualidade do sono, foi questionado como era a qualidade do sono antes de terem Perturbação de Stress Pós-Traumático e a grande maioria relatou que era melhor do que a atual.

No que se refere à segunda componente, a latência do sono, os resultados sugerem que o grupo com Perturbação de Stress Pós-Traumático apresenta uma pontuação mais elevada do que o outro grupo. Esta relação pode ser explicada pelos sintomas característicos da perturbação, como hipervigilância, pesadelos e *flashbacks*, sintomas estes que podem dificultar o relaxamento e a indução do sono. Além disso, o stress e a ansiedade, associados à Perturbação de Stress Pós-Traumático também podem contribuir para o aumento do tempo de latência. Como indica a literatura, perturbações como a perturbação de stress pós-traumático podem aumentar o período de latência do sono prejudicando assim a qualidade do sono. Relativamente à duração do sono, os resultados indicam que os participantes com Perturbação de Stress Pós-Traumático apresentam uma pontuação média mais elevada na Duração do Sono (indica que dormem em média 5 a 6 horas), comparativamente ao grupo sem Perturbação de Stress Pós-Traumático (indica que dormem em média mais de 7 horas). Importa referir que valores mais elevados estão associados a uma menor duração do sono. Embora não seja uma diferença muito elevada, podemos verificar que os indivíduos com Perturbação de Stress Pós-Traumático apresentam uma menor duração de sono, duração esta que pode ser derivada dos pesadelos, *flashbacks* e pensamentos intrusivos inerentes a esta perturbação. Relativamente à Eficiência do sono, os resultados indicam que os participantes com

Perturbação de Stress Pós-Traumático apresentam uma pontuação média mais elevada na eficiência do Sono, comparativamente ao grupo sem Perturbação de Stress Pós-Traumático. Importa referir que nesta componente, valores mais elevados estão associados a uma menor percentagem de eficiência. No que se refere aos Distúrbios do sono, os resultados indicam que os participantes com Perturbação de Stress Pós-Traumático apresentam uma pontuação média mais elevada nos distúrbios do sono, comparativamente ao grupo sem Perturbação de Stress Pós-Traumático. Estes resultados vão de encontro com a literatura existente. Um estudo realizado em 1996 mostra que indivíduos com Perturbação de Stress Pós-Traumático apresentam problemas significativos do sono, incluindo dificuldades na latência do sono, fragmentação e despertares frequentes. Estes resultados indicam que a Perturbação de Stress Pós-Traumático está associada a problemas do sono bem como uma maior prevalência de pesadelos (Dow et al., 1996).

Relativamente ao uso de medicação para dormir, os resultados obtidos indicam que os participantes com Perturbação de Stress Pós-Traumático apresentam uma pontuação média mais elevada no uso de medicação para dormir, comparativamente ao grupo sem Perturbação de Stress Pós-Traumático, o que sugere que os indivíduos com a perturbação em questão recorrem com maior frequência à utilização de medicação para dormir. A literatura existente refere que esta perturbação está frequentemente associada a problemas do sono, incluindo pesadelos, insónias e perturbações do sono REM. Diversos estudos sobre a eficácia de determinadas medicações para dormir têm demonstrado uma capacidade de reduzir pesadelos assim como outras perturbações do sono relacionadas à perturbação de Stress Pós-Traumático.

Os resultados da última componente, a sonolência e disfunção diurnas, indicam que os participantes com Perturbação de Stress Pós-Traumático apresentam uma pontuação média mais elevada na sonolência e disfunção noturnas, comparativamente ao grupo sem Perturbação de Stress Pós-Traumático, o que indica que o grupo com a perturbação experiência mais sonolência e disfunção noturnas. Estes resultados sugerem estar associados aos sintomas da Perturbação de Stress Pós-Traumático, como por exemplo pesadelos recorrentes e hipervigilância, que por contribuírem para uma maior dificuldade em adormecer e manter um sono ininterrupto, podem perturbar o descanso e desta forma a qualidade do sono destes indivíduos. A sonolência excessiva durante o dia e a disfunção noturna, podem deter um impacto significativo na qualidade de vida destas pessoas, afetando não só a sua capacidade de concentração, como também o seu desempenho no trabalho/escola e interações sociais.

Conclusão

Tendo em consideração os resultados obtidos, parece evidente a relação negativa que a perturbação de Stress Pós-Traumático detém na qualidade do sono e qualidade de vida, não descurando outros fatores, inerente à condição física, que pode também contribuir para este impacto significativo na qualidade de vida e do sono dos participantes. Desta forma, este estudo mostra grande relevância científica, dado que agrega valor à literatura científica. É importante que se dê mais valor às alterações do sono, especialmente, nas pessoas que sofrem de perturbação de stress pós-traumático e até mesmo, em pessoas que tenham passado por algum trauma ou situação stressante recentemente, para que não evolua para uma futura perturbação.

Uma melhor compreensão sobre a qualidade do sono bem como um aumento de investigações sobre esta temática, são importantes de forma que se possa diminuir os números das perturbações do sono por todo o mundo (SNS, 2016). É importante que se dê o devido valor e enfatizar o papel positivo que o sono detém na saúde geral bem como na qualidade de vida das pessoas (SNS, 2016). Dado que, como foi dito no decorrer deste estudo, o sono é efetivamente um comportamento de saúde e com uma importância significativa e preditiva para a saúde, doença e bem-estar geral. Conclui-se assim que a compreensão dos problemas do sono em indivíduos com Perturbação de Stress Pós-Traumático é fundamental para o desenvolvimento de intervenções eficazes que procurem melhorar a qualidade do sono e, conseqüentemente, a qualidade de vida desses indivíduos.

Relativamente às limitações encontradas no decorrer deste trabalho, a perspetiva retrospectiva foi uma delas, tendo em consideração que os instrumentos aplicados

implicam que os participantes se recordem de acontecimentos passados. Duas outras limitações encontradas foram o tamanho da amostra e o desenho do estudo.

Assim sendo, recomenda-se a realização de estudos futuros com amostras mais amplas e que adotem um desenho longitudinal, para que se possa compreender melhor os aspetos da relação entre a Perturbação de Stress Pós-Traumático, Qualidade do Sono e Qualidade de vida. Esta investigação contribui para o estudo e tratamento da Perturbação de Stress Pós-Traumático, será interessante, em futuros estudos, estudar a eficácia da aplicação da técnica de EMDR em indivíduos diagnosticados com esta perturbação.

Assim sendo, é importante que se dê a devida atenção e que se proceda ao devido tratamento das alterações do sono pois são alterações que, não só podem prevalecer durante anos como podem também agravar a sintomatologia da perturbação de stress pós-traumático. Este agravamento surge porque o sono possui uma função restauradora, afetando dessa forma a regulação emocional. Conclui-se assim que, as alterações do sono, podem afetar negativamente a qualidade do sono, que por sua vez afeta o processamento emocional dos eventos stressores traumáticos, contribuindo assim para um mau prognóstico da Perturbação de Stress Pós-Traumático e interferindo negativamente na qualidade de vida destes indivíduos.

Bibliografia

- Akerstedt, T. & Nilsson, P. (2003). Sleep as restitution: an introduction. *Journal of Internal Medicine*, 254(1) 6–12.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD). Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª. Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Lisboa. Artmed Editora.
- Amorim, M. & Coelho, R. (1999). Saúde, Doença e Qualidade de Vida. *Psiquiatria Clínica*, 20, 235-241.
- Associação Portuguesa de Apoio à vítima (APAV). (2021). Estatísticas APAV: Relatório Anual de 2020. Disponível em www.APAV.PT/ESTATISTICAS
- Araujo, P., Daniele, P., Santos, C. E., Ferrão, E., Santos, S., V. A. C., Preto, D. A. G., Gomes, L. A. B., Junior, R. A. L., Correia, F. M. (2015). Avaliação da qualidade de vida e qualidade do sono de indivíduos idosos após programa de reabilitação cardiopulmonar. *Sleep Science*, 8(4), 183. <https://doi.org/10.1016/j.slsci.2016.02.029>
- Azevedo, M. & Maia, A. C. (2006). Maus-tratos à criança. Lisboa: Climepsi Editores.
- Babson, K. A., Feldner, M. T., & Badour, C. L. (2010). Traumatic stress and sleep: the mediating role of intrusive thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(4), 564-572.
- Benyamini, Y. & Solomon, Z. (2005). Combat stress reactions, posttraumatic stress disorder, cumulative life stress, and physical health among Israeli veterans twenty years after exposure to combat. *Social Science and Medicine*, 61, 1267-1277.
- Bertolazi, A. N. (2008). Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de

Pittsburgh, 93. Dissertação (mestrado em medicina) Faculdade de Medicina. Programa de Pós-graduação em medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS). Porto Alegre.

- Berk, M., Williams, L., Jacka, F., O'Neil, A., Pasco, J., Moylan, S. & Allen, N. (2013). So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from?. *BMC Medicine*, *11*, 200. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-200>
- Bertolazi, A. N., Fagundes, S.C., Hoff, L.S., Dartora, E.G., Miozzo, I. C. S., Barba, M. E. F. & Barreto, S. S. M. (2011). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh sleep quality index. *Sleep medicine*, *12*(1), 0-75. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, *28*(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Buysse, D. J. (2014). Sleep Health: Can We Define It? Does It Matter?. *SLEEP*, *37*(1), 9-17. <https://doi.org/10.5665/sleep.3298>
- Cacciola, J. S., Koppenhaver, J. M., Alterman, A. I., & McKay, J. R. (2009). Posttraumatic stress disorder and other psychopathology in substance abusing patients. *Drug and Alcohol Dependence*, *101*, 27-33.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*, *3*, 77-100. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carrillo-Mora, P., Ramirez-Peris, J., Magana-Vazquez, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina*, *56*, 5-15. ISSN 0026-1742.
- Caruth, C. (1995). *Trauma and memory*. Baltimore: Johns Hoptkins University Press.
- Carvalho, T., da Motta, C., & Pinto-Gouveia, J. (2020). Portuguese version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Comparison of latent models and other

psychometric analyses. *Journal of clinical psychology*, 76(7), 1267– 1282.

<https://doi.org/10.1002/jclp.22930>

Castanho, A. M. C., Figueiras, D. M. J., Seabra, D. A. P., & Silva, D. M. (2009). *Stress e sintomas de stress pós-traumático: A PSP nas missões internacionais* (Doctoral dissertation, Dissertação de mestrado, Instituto Piaget, Campus Universitário de Almada, Almada).

Chan, M., Ho, S., Tedeschi, R., & Leung, C. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20, 544-552.

Coelho, F. M. S., Elias, R. M., Pradella-Hallinan, M., Bittencourt, L. R. A., & Tufik, S. (2007). Narcolepsia. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 34, 133-138.

Coleman, R. M. (1983). Diagnosis, treatment, and follow-up of about 8,000 sleep/wake disorder patients. In Guilleminault, C., and Lugaresi, E., eds. *Sleep/Wake Disorders: Natural History, Epidemiology, and Long-Term Evolution*, 87-97. New York: Raven Press.

Colten H. R, Altevogt B. M, (2006). *Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet Public Health Problem*. Washington, DC: National Academies Press.

Costa, C.S. (2015). Aplicação de Brainspotting em paciente com transtorno de stress pós-traumático e distúrbio de sono. *Sleep Science*, 8(4), 177.

<https://doi.org/10.1016/j.slsci.2016.02.017>

Danda, G., Ferreira, G., Azenha, M., Souza, K., & Bastos, O. (2005). Sleep-wake Cycle Pattern and Excessive Daytime Sleepiness in Medical Students. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 102-106.

Dow, B. M., Kelsoe Jr, J. R., & Gillin, J. C. (1996). Sleep and dreams in Vietnam PTSD and depression. *Biological Psychiatry*, 39(1), 42-50. [https://doi.org/10.1016/0006-](https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00103-4)

[3223\(95\)00103-4](https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00103-4)

Duarte, S. (2002). *Saberes de Saúde e de Doença*. Coimbra. Quarteto.

- Fagulha, T., Duarte, M. & Miranda, M. (2000). A Qualidade de Vida: Uma Nova dimensão Psicológica. *Psicológica*, 25, 5-17.
- Figueria, M. L., Sampaio, D., Afonso, P. (2014). Manual de Psiquiatria Clínica. *Lidel*.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref.”. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178–183. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102000000200012>
- Foster, R. (2013). Why do we sleep? [Vídeo file]. Recuperado de https://www.ted.com/talks/russell_foster_why_do_we_sleep#t-11604.
- Germain A., Buysse D. J., Nofzinger E. (2008). Sleep-specific mechanisms underlying posttraumatic stress disorder: integrative review and neurobiological hypotheses. *Sleep Med Ver*, 12(3), 185-95.
- Gottlieb, D. J., Punjabi, N. M., Newman, A. B., Resnick, H. E., Redline, S., Baldwin, C. M. & Nieto, F. J. (2005). Association of sleep time with diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. *Archives of Internal Medicine*, 165(8), 863-867. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.8.863>
- Gottlieb D. J., Ellenbogen J. M., Bianchi M. T. & Czeisler C. A. (2018). Sleep deficiency and motor vehicle crash risk in the general population: a prospective cohort study. *BMC Medicine*, 16(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1025-7>
- Harvey A. G, Jones C., Schmidt D. A. (2003). “Sleep and post-traumatic stress disorder: a review”. *Clin Psychol review* 23(3), 77-407.
- Horne, J. A. (1993). Human sleep, sleep loss and behaviour. Implications for the prefrontal cortex and psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*, 162, 413-419.
- Hublin C., Partinen M., Koskenvuo M. & Kaprio J. (2011). Heritability and Mortality Risk of Insomnia-Related Symptoms: A Genetic Epidemiologic Study in a Population-Based Twin Cohort.. *SLEEP*, 34(7), 957-964. <https://doi.org/10.5665/SLEEP.1136>
- International Classification of sleep disorders 2nd ed. (ICSD-2). (2005). Diagnostic and coding manual. *American Academy of Sleep Medicine*.

- Izotton, T. W., Bão, I., Zancanaro, M., & Sachser, R. M. (2020). Efetividade da EMDR no tratamento do transtorno de estresse pós-traumático: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 15852-15871.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161-197.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological medicine*, 27(5), 1101-1119.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to the society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 4-12.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., & Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 1351-1360.
- Klerman, B., & Dijk, J. (2005). Interindividual variation in sleep duration and its association with sleep debt in young adults. *Sleep*, 28(10), 1253–1259.
- Knutson, K. (2013). Sociodemographic and cultural determinants of sleep deficiency: implications for cardiometabolic disease risk. *Social Science & Medicine*, 79, 7-15.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.05.002>
- Kristensen, C. H., Parente, M. A. M. P., & Kaszniak, A. W. (2005). Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos, prevalência e avaliação. In R. M. Caminha (Org.), *Transtornos do estresse pós-traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva*, 15-35. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Krystal, A. D., Thakur M., Roth T. (2008). Sleep disturbance in psychiatric disorders: effects on function and quality of life in mood disorders, alcoholism, and schizophrenia. *Ann Clin Psychiatry*, 20(1), 39-46.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B. & Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure trauma exposure: the *Traumatic Life Events Questionnaire*. *Psychological Assessment*, 12, 210-424.
- Lindstrom, C., Cann, A., Calhoun, L., & Tedeschi, R. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 50-55.
- MacDonald, H. A., Colotla, V., Flamer, S., & Karlinsky, H. (2003). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the workplace: a descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13, 63-77.
- Maher, M. J., Rego S. A. & Asnis G. M. (2006). Sleep disturbances in patients with post-traumatic stress disorder: epidemiology, impact and approaches to management. *CNS Drugs*, 20(7), 567-590.
- Mohsenin, S. & Mohsenin. V. (2014). "Diagnosis and Management of Sleep Disorders in Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature." *The Primary Care Companion for CNS Disorders* ,16(6). doi:10.4088/PCC.14r01663. PMC.
- Moreira, C. A. & Afonso P. (2017). As alterações do sono na perturbação de stress pós traumático. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e saúde mental*.
<https://doi.org/10.51338/rppsm.2017.v1.i2.53>
- National Sleep Foundation. (2016). Sleep in America Poll. *National Sleep Foundation*
- Neves, C. (2000). Qualidade de Vida em Pessoas com Diabetes Tipo I. *Revista de Educação em Enfermagem*, 11, 47-52.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6, 1-17.

- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., Ouimette, P., Read, J. P., Wade, M., & Tirone, V. (2010). Modeling associations between posttraumatic stress symptoms and substance use. *Addictive Behaviors, 35*, 64-67.
- Norris, F. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on *different demographic groups*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 409-418.
- Ohayon, M. M. & Paiva, T. (2005). Global Sleep Dissatisfaction For The Assessment Of Insomnia Severity In The General Population Of Portugal. *Sleep Medicine, 6*(5), 435-441. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2005.03.006>
- Ouimette, P., Read, J. P., Wade, M., & Tirone, V. (2010). Modeling associations between posttraumatic stress symptoms and substance use. *Addictive Behaviors, 35*, 64-67.
- Pessoa, D. C. O. M. (2015). Alterações do sono no stress pós-traumático: mecanismos fisiopatológicos. (Doctoral dissertation). Universidade de Lisboa.
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2012). Physical health conditions associated with posttraumatic stress disorder in U.S. older adults: Results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of the American Geriatrics Society, 60*(2), 296-303.
- PORDATA (2021). INE: Acidentes de viação com vítimas, feridos e mortos – Continente. Disponível em: file:///D:/Users/Hp/Downloads/PORDATA_Acidentes-feridos-e-mortos.pdf Consultado em: 02 de dezembro de 2021.
- Ramos, C., & Leal, I. (2013). Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community & Health, 2*, 42-54.
- Ramos, B. A. (2017). *A voz da violência psicológica na intimidade: exposição traumática e processos identitários* (Doctoral dissertation).
- Rasch, B., & Born, J. (2013). About Sleep's Role in Memory. *Physiological Reviews, 93*(2), 681-766. <https://doi.org/10.1152/physrev.00032.2012>

- Resnick, H., Kilpatrick, D., Dansky, B., Saunders, B. & Best, C. (1993). Prevalence of civilian trauma and *postraumatic stress disorder in a representative national sample of women*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 984-991.
- Sahin, N., Timur, S. (2012). Specific quality of life measures for sleep disorders. In Saddichha Sahoo (ed). *Can't sleep? issues of being an insomniac*, 39-48. Rijeka, Croatia: Intech. <https://doi.org/10.5772/32520>
- Saraiva, C. B. e. Cerejeira J. (2018). *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Savage, V., & West, G. (2007). A quantitative, theoretical framework for understanding mammalian sleep. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *104*(3): 1051–1056. https://doi.org/10.1073_pnas.0610080104
- Serviço Nacional de Saúde (2016). Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/03/18/dia-mundial-do-sono-2016/>. Consultado em: 13 dezembro 2021.
- Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L. H., Abreu, P. B. S., & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *25*(1), 8-11.
- Schoenfeld F. B., DeViva J. C., Manber R. (2012). Treatment of sleep disturbances in posttraumatic stress disorder: A review. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, *49*(5), 729-752.
- Sher, L. (2004). Recognizing post-traumatic stress disorder. *Q J Med*, *97*(1), 1-5.
- Taheri, S., Lin L., Austin, D. & Mignot, E. (2004). Short sleep duration is associated with elevated ghrelin, reduced leptin and increased body mass index. *PLoS Medicine*, *1*(3), 62. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0010062>
- Taylor, S. (2006). *Clinician's guide to PTSD: a cognitive-behavioral approach*. Nova Iorque: Guilford Press.
- The Whoqol Group: The word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization (1995). *Soc. Sci. Med*, *41*(10), 1403-1409.

- Weathers, F. W., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1991). The PTSD Checklist—Civilian Version (PCL-C). Available from F.W. Weathers, National Center for PTSD, Boston Veterans Affairs Medical Center, 150 South Huntington Avenue, Boston 02130.
- Wimalawansa, S. (2013). Post-traumatic stress disorder: an under-diagnosed and under-treated entity. *Compr Res J Med Med Sci*, 1(1), 1-12.
- Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6, 1-17.
- World Health Organization, (1946). Constitution of the World Health Organization. *American Journal of Public Health*, 36.
- World Health Organisation (1993). Mental Disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the tenth revision of the international classification of diseases. Geneva: WHO.

APÉNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Tabela com variável demográfica

Apêndices

Apêndice A: Tabela com variável demográfica

		n
Filhos	Sim	68
	Não	66
Habilitações literárias	Ensino Básico	2
	Ensino Secundário	36
	Bacharelato	2
	Licenciatura	69
	Pós-graduação	10
	Mestrado	14
	Doutoramento	1
Profissão atual	Estudante	30
	Economista	1
	Enfermeiro	4
	Engenheiro	10
	Fisioterapeuta	1
	Jornalista	1
	Médico	2
	Reformado	1

	n
Piloto	1
Professor	19
Psicólogo	6
Veterinário	1
Profissionais de segurança	5
Desempregado	2
Secretariado	16
Comercial	6
Recursos Humanos	4
Técnico especializado	10
Marketing	3
Esteticista	1
Estafeta	1
Assistente social	1
Advogado	6
Arquiteto	2

(n=134)

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

- Anexo B** - Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C).

- Anexo C** - Escala de Pittsburgh para avaliação da qualidade do sono (PSQI).

- Anexo C** - World Health Organization Quality of Life-bref (WHOQOL-bref).

Anexos

Anexo A: Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)

Por favor, leia cuidadosamente e coloque um “X” na opção que indica o quanto se sentiu incomodado por determinado sintoma, no último mês.

N.	Resposta	De modo algum	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1	Tem memórias, pensamentos ou imagens repetidas e perturbadoras de uma experiência stressante passada?					
2	Tem sonhos repetidos e perturbadores de uma experiência stressante passada?					
3	De repente, sente ou age como se uma experiência stressante estivesse a acontecer novamente (reviver a situação)					
4	Sente-se muito perturbado quando algo o recordava uma experiência stressante passada?					
5	Tem reações físicas (exemplo: dificuldade em respirar, suar, coração a bater mais rapidamente) quando algo lhe lembra uma experiência stressante passada?					
6	Evita pensar ou falar de uma experiência stressante passada ou					

	evita ter sentimentos relacionados com o mesmo?					
7	Evita atividades ou situações que o façam recordar da experiência stressante passada?					
8	Tem problemas em lembrar-se de partes importantes de uma experiência stressante passada?					
9	Perda de interesse em coisas que costumava desfrutar?					
10	Sente-se distante ou isolado de outras pessoas?					
11	Sente-se emocionalmente insensível ou incapaz de ter sentimentos amorosos por aqueles que lhe são próximos?					
12	Sente-se como se o seu futuro fosse de alguma forma abreviado?					
13	Sente problemas em adormecer ou durante o sono?					
14	Sente-se irritável ou com “explosões” de raiva?					
15	Tem dificuldade em concentrar-se?					
16	Sente que tem estado mais vigilante ou “super alerta”?					
17	Sente-se nervoso ou facilmente assustado?					

Anexo B: Escala de Pittsburgh para avaliação da qualidade do sono (PSQI).

As questões seguintes referem-se aos seus hábitos de sono durante o mês passado. Suas respostas devem demonstrar, de forma mais precisa possível, o que aconteceu na maioria dos dias e noites apenas desse mês. Por favor, responda a todas as questões.

- 1) Durante o mês passado, a que horas você geralmente foi para a cama??
Horário habitual deitar:.....

- 2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) habitualmente você levou para adormecer à noite:
Número de minutos.....

- 3) Durante o mês passado, a que horas se levantou de manhã?
Hora usual de levantar:.....

- 4) Durante o mês passado, quantas horas de sono você teve por noite? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)
Horas de sono por noite:.....

Para cada uma das questões abaixo, marque a melhor resposta (uma única resposta). Por favor, responda a todas as questões.

- 5) Durante o mês passado, com que frequência você teve dificuldade em dormir, porque você...
 - a. não conseguia dormir em 30 minutosNenhuma no mês passado ()
uma ou duas vezes por semana ()

menos de uma vez por semana ()

três ou mais vezes por semana ()

b. Despertou no meio da noite ou de madrugada

Nenhuma no mês passado ()

uma ou duas vezes por semana ()

menos de uma vez por semana ()

três ou mais vezes por semana ()

c. Teve que levantar à noite para ir ao banheiro

Nenhuma no mês passado ()

uma ou duas vezes por semana ()

menos de uma vez por semana ()

três ou mais vezes por semana ()

d. Não conseguia respirar de forma satisfatória

Nenhuma no mês passado ()

uma ou duas vezes por semana ()

menos de uma vez por semana ()

três ou mais vezes por semana ()

e. Tossia ou roncava alto

Nenhuma no mês passado ()

uma ou duas vezes por semana ()

menos de uma vez por semana ()

três ou mais vezes por semana ()

f. Sentia muito frio

Nenhuma no mês passado ()

uma ou duas vezes por semana ()

menos de uma vez por semana ()

três ou mais vezes por semana ()

g. Sentia muito calor

- Nenhuma no mês passado ()
uma ou duas vezes por semana ()
menos de uma vez por semana ()
três ou mais vezes por semana ()

h. Tinha sonhos ruins

- Nenhuma no mês passado ()
uma ou duas vezes por semana ()
menos de uma vez por semana ()
três ou mais vezes por semana ()

i. Tinha dor

- Nenhuma no mês passado ()
uma ou duas vezes por semana ()
menos de uma vez por semana ()
três ou mais vezes por semana ()

j. outra razão (por favor, descreva)

Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas com o sono por essa causa acima?

- Nenhuma no mês passado ()
uma ou duas vezes por semana ()
menos de uma vez por semana ()
três ou mais vezes por semana ()

- 6) Durante o mês passado, como você avaliaria a qualidade geral do seu sono? muito bom
()
bom ()
ruim ()
muito ruim ()
- 7) Durante o mês passado, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para ajudar a dormir?
Nenhuma no mês passado ()
uma ou duas vezes por semana ()
menos de uma vez por semana ()
três ou mais vezes por semana ()
- 8) Durante o mês passado, com que frequência você teve dificuldades em permanecer acordado enquanto dirigia, comia, ou participava em atividades sociais (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?
Nenhuma no mês passado ()
uma ou duas vezes por semana ()
menos de uma vez por semana ()
três ou mais vezes por semana ()
- 9) Durante o mês passado, quão problemático foi para você manter-se suficientemente entusiasmado ao realizar as suas atividades habituais?
Nenhuma dificuldade ()
Um problema leve ()
Um problema razoável ()
Um grande problema ()
- 10) Você divide com alguém o mesmo quarto ou a mesma cama?
Não ()
divide a mesma casa mas não o mesmo quarto ()
divide o mesmo quarto, mas não a mesma cama ()

divide a mesma cama ()

Se você divide com alguém o quarto ou a cama, pergunte a ele(a) com qual frequência durante o último mês você tem tido:

a) Ronco alto

nenhuma no último mês ()

uma ou duas vezes por semana ()

menos de uma vez por semana ()

três ou mais vezes por semana ()

b) Longas pausas na respiração enquanto estava dormindo

nenhuma no último mês ()

uma ou duas vezes por semana ()

menos de uma vez por semana ()

três ou mais vezes por semana ()

c) Movimentos de chutar ou sacudir as pernas enquanto estava dormindo

nenhuma no último mês ()

uma ou duas vezes por semana ()

menos de uma vez por semana ()

três ou mais vezes por semana ()

d) Episódios de desorientação ou confusão durante a noite?

nenhuma no último mês ()

uma ou duas vezes por semana ()

menos de uma vez por semana ()

três ou mais vezes por semana ()

e) Outras inquietações durante o sono (por favor, descreva):

Nenhuma no último mês ()

uma ou duas vezes por semana ().

menos de uma vez por semana ()

três ou mais vezes por semana ()

Tendo em conta o que respondeu anteriormente, responda às duas questões seguintes de forma breve:

1. Sentiu que o seu sono foi afetado após o (os) acontecimento(s) traumático(s)? Se sim, de que forma?

2. Como era a sua qualidade de sono antes do(s) acontecimento(s) traumático(s)?

Anexo C: World Health Organization Quality of Life-bref (WHOQOL-bref)

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter de responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de	1	2	3	4	5

	fazer o que precisa de fazer?					
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança na sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nad a	Pouc o	Moderada mente	Basta nte	Completam ente
--	--	------------------	-------------------	---------------------------	----------------------	---------------------------

10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15 (F9.1)	Como avalia a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se segue refere-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algu mas vezes	Frequente mente	Sempr e
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Tendo em conta o que respondeu anteriormente, responda às duas questões seguinte de forma breve:

1. Sente que o(s) acontecimento(s) traumático(s) afetaram negativamente a sua vida?
Explique porquê:

2. Como sentia a sua qualidade de vida antes do(s) acontecimento(s) traumático(s)?
