

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

ALTERAÇÕES DO SONO E PROCESSOS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL EM ADULTOS

ANA CRISTINA PEREIRA NEVES

Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2015



Alterações do Sono e Processos de Regulação Emocional em Adultos

ANA CRISTINA PEREIRA NEVES

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Ana Galhardo

Coimbra, setembro de 2015

Agradecimentos

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes nesta caminhada e que direta ou indiretamente tornaram possível a realização deste trabalho.

Um obrigado especial aos meus filhos, nora e ao meu querido e amado neto por todo carinho e paciência.

A todos os meus amigos, porque sem eles nada teria sido possível.

Ao Dr. Humberto Vitorino por todas as palavras de apoio e incentivo ao longo dos anos.

Ao grupo Aquinos, empresa de excelência e referência do concelho de Tábua e do país, pela possibilidade que me proporcionaram de poder concretizar este trabalho, principalmente ao administrador Sr. Jorge Aquinos, ao Sr. Jorge Alexandre e à engenheira Suzana Serrano com quem trabalhei mais próximo, a minha gratidão.

Aos meus professores pelos conhecimentos que tão sabiamente me transmitiram.

Ao Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), casa que me acolheu e acarinhou durante 5 anos, que muito contribuiu para a minha formação.

Um agradecimento especial ao Sr. Serafim Alexandre por todo o carinho, apoio, compreensão e paciência manifestado ao longo de todo este percurso. Obrigado por estar sempre presente, por ouvir os meus desabafos e frustrações. Obrigado pelo ânimo e palavras de encorajamento nas alturas de menor resistência.

Por fim, mas não menos importante, gostaria de agradecer há minha orientadora, Professora Doutora Ana Galhardo, por todo o carinho, apoio e conhecimento que me transmitiu.

A todos,

O meu Profundo e Eterno agradecimento.

*“Para anunciar o começo de algo, fala-se sempre do dia primeiro,
quando a primeira noite é que deveria contar, ela é que é a condição do dia”*

(José Saramago, 1997, p.28, Todos os Nomes)

Resumo

O sono é um processo fisiológico vital com um papel restaurador importante. A reduzida qualidade do sono pode afetar significativamente a qualidade de vida das pessoas e influenciar a sua capacidade de regulação emocional. Dada a pertinência do tema, o presente estudo tem como principal objetivo analisar a relação entre aspetos associados com o sono e processos de autorregulação emocional como a autocompaixão, o autojulgamento, o autocrítico e a autotranquilização.

A amostra desta investigação é constituída por 210 participantes, 163 mulheres e 47 homens, com idades compreendidas entre os 19 anos e os 59 anos ($M = 35,82$; $DP = 9,81$), recolhida na empresa Aquinos, em Tábua. Para a recolha de dados, utilizou-se o seguinte protocolo de investigação: Questionário Sociodemográfico, Questionário de Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono (PSQI), Escala da Autocompaixão (SCS) e Escala das Formas do Autocrítico e Autotranquilização (FSCRS).

Os principais resultados sugerem que são as mulheres que têm uma pior qualidade subjetiva do sono, maior latência do sono e maior perturbação do sono. Relativamente ao uso de medicamentos, são os participantes mais velhos que mais recorrerem aos fármacos para dormir. Já os participantes mais novos apresentam uma atitude mais positiva, através da forma Eu tranquilizador. Os participantes casados/união de facto apresentam pior qualidade subjetiva do sono, maior latência do sono, menor duração do sono e maior perturbação do sono. Paralelamente é também este grupo dos participantes casados/união de facto que manifesta valores mais elevados na forma Eu inadequado. De referir ainda que os processos de regulação emocional de autojulgamento e Eu inadequado e Eu detestado revelaram uma associação significativa com a qualidade subjetiva do sono, a latência, a perturbação do sono, o uso de medicação para dormir e a disfunção diurna, isto é, os sujeitos que recorrem a estas estratégias de regulação emocional tendem a apresentar mais modificações nos seus padrões de sono. Por sua vez o Eu tranquilizador associa-se de forma negativa com o recurso a fármacos para dormir. Conclui-se que são as mulheres, os indivíduos mais velhos e os casados/união de facto que apresentam uma qualidade do sono mais pobre. Igualmente relevante é o facto de serem os indivíduos com níveis mais elevados de autojulgamento e autocrítica que tendem a apresentar mais dificuldades relativamente ao sono. Assim, estes elementos deverão ser tidos em consideração pelos profissionais de saúde para efeitos de delimitação de estratégias terapêuticas relacionadas com alterações do sono.

Palavras-chave: sono, autocompaixão, autojulgamento, autocrítico, autotranquilização, adultos

Abstract

Sleep is a vital physiological process with a restorative important role. The reduced quality of sleep can greatly affect quality of life emotional regulation capacity. The aim of the current study was to analyse the relationship between sleep quality in adults and emotional self-regulation processes such as self-compassion, self-judgment, self-criticism and self-reassurance.

The sample is constituted by 210 participants, 163 women and 47 men, aged between 19 and 59 years old ($M = 35,82$, $SD = 9,81$), collected in Aquino enterprise, in Tábua. For data collection we used the following self-report instruments: Sociodemographic Questionnaire, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Self-Compassion Scale (SCS) and Scales of Forms of Self-Criticism and Self-Tranquilization (FSCRS).

Results suggest that women who have a lower subjective sleep quality, higher sleep latency and higher sleep disorders when compared to men. The use of medication is higher in older participants. In turn younger participants show a more positive attitude, with higher scores in Reassuring Self. Married/cohabitation participants present a lower sleep quality, higher sleep latency, lower sleep duration and more sleep disturbance as well as higher scores in Inadequate Self. Emotion regulation processes of Self-judgment, Inadequate Self and Hated Self are associated with subjective sleep quality, sleep latency, and sleep disorders and with the use of medication. Individuals who tend to use these emotion regulation strategies are more prone to negative changes in their sleep patterns. It is also worth of note that those who present higher scores in the Reassurance Self tend to use less sleep medication. Individuals with high levels of self-judgment and self-criticism can effectively have more difficulties regarding sleep.

In conclusion, women, older and married individuals show less sleep quality. Furthermore individuals who show more self-judgment and self-criticism tend to present more sleep

difficulties. These variables should be taken into account by health professionals when designing interventions programs for people dealing with sleep problems.

Key-Words: sleep, self-compassion, self-judgment, self-criticism, self-tranquilization, adults

Introdução

Qualidade do sono

O sono é um processo fisiológico vital com funções de restauração importantes. Um sono normal dá ao indivíduo uma sensação de bem-estar e descanso físico/mental, com recuperação de energias, possibilitando-lhe executar em boas condições as atividades do dia seguinte. A privação do sono por norma leva a um aumento da fadiga e estado de humor negativo, lapsos de atenção e dificuldades de concentração, irritabilidade, diminuição do desempenho psicomotor, diminuição da memória e tempos de reação prolongados (Rente & Pimentel, 2004), tendo demonstrado efeitos prejudiciais sobre o funcionamento comportamental, fisiológico e psicológico das pessoas (Thorburn & Riha, 2010).

Os ritmos circadianos, ou seja, os ritmos de aproximadamente 24 horas estão presentes em todos os fenómenos fisiológicos e comportamentais, tais como o sono-vigília, a temperatura do corpo e os níveis hormonais. Alguns estudos têm mostrado que os ritmos circadianos se alteram com a idade. Por exemplo, o estudo de Huang e colaboradores (2002) demonstra que o sono circadiano e os ritmos de descanso são enfraquecidos e fragmentados durante o envelhecimento.

Com o avançar da idade surgem mudanças e o sono deteriora-se (Wouw & Ehteld, 2012). O mais comum é existirem alterações na qualidade, quantidade e arquitetura do sono com o envelhecimento, podendo haver um comprometimento da saúde física e mental (Quinhones & Gomes, 2011). Além disso, a prevalência de diversas perturbações do sono aumenta com a idade (Quinhones e Gomes, 2011; Wolkove, Elkholy, Baltzan e Palayew, 2007), bem como a disfunção diurna, que são comumente relatadas em adultos mais velhos (Foley, Monjan, Brown & Simonsick, 1995). Segundo Crowley (2011), estima-se que 50% dos adultos mais velhos se queixam de dificuldades em iniciar ou manter o sono.

As perturbações do sono são um problema clínico relevante e com gravidade. Por isso, é fundamental compreender as características do ciclo vigília-sono e as suas manifestações. Os principais problemas relacionados com o sono são os seguintes: insónia, sonolência diurna, movimentos ou comportamentos anormais durante o sono, e incapacidade de dormir na hora desejada. Relativamente aos tratamentos, estes dependem da causa da perturbação do sono e/ou da sua comorbilidade. Importa também verificar se a pessoa segue as regras básicas de higiene do sono e, depois, caso seja necessário, é importante considerar o tratamento farmacológico ou

não farmacológico, dependendo das especificidades de cada caso (Neves, Giorelli, Florido & Gomes, 2013).

A literatura revela que cerca de um terço da população geral sofre de pelo menos uma forma de perturbação do sono (Doghramji, 2004). As perturbações do sono mais comuns compreendem insónia, hipersónia, narcolepsia, problemas respiratórios relacionados com o sono, e perturbação do ritmo circadiano (que incluem as perturbações provocadas pelo trabalho por turnos). A insónia é a perturbação mais frequente a nível mundial (Doghramji, 2004), sendo também a mais prevalente em Portugal (Mateus, 2006). A sociedade portuguesa alterou os seus hábitos de vida e, conseqüentemente, os seus hábitos de sono. De acordo com Paiva (2006), os portugueses são os piores a nível mundial no que diz respeito às horas de deitar, mais de 70% deitam-se depois da meia-noite.

Uma das conseqüências das perturbações de sono está relacionada com as perturbações de humor. Neste âmbito, Paunio e colaboradores (2014) analisaram a associação da qualidade do sono em indivíduos adultos com sintomas de depressão. Os resultados indicaram que dormir poucas horas está na origem da depressão. O que enfatiza a importância da deteção e tratamento precoce das perturbações do sono.

Alguns estudos epidemiológicos têm demonstrado que as queixas relacionadas com o sono e a sonolência diurna são mais comuns entre homens mais velhos e mulheres, comparativamente aos mais jovens (Soldatos, Allaert, Ohta & Dikeos, 2005). Em contrapartida, verificou-se no estudo de Hayashino, Yamazaki, Takegami, Nakayama, Sokejima e Fukuhara, (2010) que tanto homens como mulheres idosas relatam maior satisfação com o sono, em comparação com adultos mais jovens. Estes resultados sugerem que a idade está relacionada com diferenças nas características internas que os indivíduos utilizam para avaliar a qualidade do sono. Doenças médicas e comorbilidades, como as perturbações de humor (sobretudo depressão), também influenciam de modo significativo a prevalência de sintomas de insónia.

Park e colaboradores (2010) realizaram uma investigação cujo objetivo visava relacionar a duração do sono com fatores sócio-demográficos e de saúde, perturbações psiquiátricas e perturbações do sono. Um total de 6510 indivíduos com idades entre 18-64 anos participaram neste estudo. Os resultados sugerem que baixos níveis de educação, desemprego e doença física foram associados ao sono de menos 5 horas ou 9 horas ou mais. Os indivíduos mais velhos e os viúvos/separados ou divorciados foram associados ao sono de 5 horas ou menos. Já as mulheres, os indivíduos mais jovens e com baixo peso associam-se ao sono de 9 horas ou mais. A dependência do álcool, perturbação de ansiedade e fobia social foram

significativamente associadas ao sono de 5 horas ou menos ou de 9 horas ou mais. Além disso, os indivíduos que dormiam 5 horas ou menos relataram mais perturbação do sono do que os indivíduos que dormiam 7 horas. Concluíram que o sono de curta ou longa duração está associado a perturbações psiquiátricas e/ou perturbações do sono.

Brand e colaboradores (2015) testaram se o perfeccionismo estava diretamente associado com o sono de má qualidade. O perfeccionismo faz parte de um conjunto de traços de personalidade, bem como os padrões rígidos de desempenho, o medo do fracasso e a autocrítica excessiva. Os referidos autores comprovaram que os traços de perfeccionismo estão associados a uma má qualidade do sono e ao funcionamento psicológico. Todavia, quando o stresse e a regulação emocional pobre foram inseridas na equação, os traços de perfeccionismo não contribuíram substancialmente para a explicação da falta de sono.

Ao analisarem métodos de avaliação e tratamento de perturbações do sono em adultos mais velhos, Stepanski, Rybarczyk, Lopez e Stevens (2003), compreenderam que os psicólogos são os especialistas indicados para aplicar determinadas técnicas em pacientes adultos mais velhos no contexto da reabilitação, sobretudo na implementação de tratamentos comportamentais para a insónia geriátrica. Os autores mencionam que, embora as técnicas cognitivo-comportamentais sejam recomendadas para a maioria dos pacientes com insónia crónica, existem situações em que o tratamento farmacológico é mais adequado e eficaz. Em casos de insónia transitória causada por dor aguda, falecimento ou algum outro esforço a curto prazo pode ser necessário um acompanhamento hospitalar. Nestas situações, a medicação proporciona um alívio imediato dos sintomas, que não é possível através do tratamento comportamental. Além disso, os pacientes com insónia crónica que não aderem às exigências da terapia comportamental podem tomar medicamentos hipnóticos através de prescrição médica. Alguns pacientes respondem bem aos soníferos, promovendo efeitos benéficos na sua qualidade do sono e função diurna.

Autorregulação emocional: autocompaixão e autocríticismo

A compaixão tem vindo a surgir como um construto importante em investigações sobre saúde mental. Importa realçar que a compaixão é uma importante variável explicativa para a compreensão da saúde mental e da resiliência (MacBeth & Gumley, 2012; Neff, 2011).

De acordo com Neff (2003), a autocompaixão implica ser compreensivo para si mesmo em casos de dor ou fracasso, em vez de existir uma dura autocrítica. Importa perceber que determinadas experiências fazem parte das vivências humanas, ao invés de optar pelo isolamento ou manter pensamentos e sentimentos dolorosos. A autora refere que a

autocompaixão se associa significativamente a resultados positivos para a saúde mental, designadamente menos tendência para desenvolver depressão e ansiedade e, por outro lado, maior satisfação com a vida.

A autocompaixão representa uma atitude calorosa e de aceitação pelos aspetos negativos do eu ou da vida, sendo composta por três componentes básicos: (a) calor/compreensão, isto é, a capacidade para ser amável e compreensível para consigo próprio, em vez de ser demasiado crítico e punitivo; (b) condição humana, que significa entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior; e (c) *mindfulness*, a consciência equilibrada e aceitação dos próprios sentimentos e sentimentos dolorosos, sem uma excessiva sobre identificação com os mesmos. Estes componentes são conceptualmente e fenomenologicamente distintos apesar de serem interativos e interdependentes. Assim, ter uma verdadeira atitude autocompassiva pressupõe desejar bem-estar ao eu, encorajá-lo a mudar de forma calorosa quando necessário e a retificar padrões de comportamento disfuncionais e dolorosos (Neff, 2003a).

Pode ainda ser vista como uma estratégia de regulação emocional extremamente útil em que os sentimentos e pensamentos negativos não são evitados, mas sim encarados com uma consciência clara, cuidada e compreensiva e com um sentido de partilha comum da experiência. As emoções negativas são transformadas em estados emocionais positivos, permitindo uma apreensão mais clara da situação e a adoção de ações para com o eu ou o meio mais apropriadas e eficazes (Folkman & Moskowitz, 2000; Isen, 2000; Neff, 2003a).

Cinco estudos investigaram os processos cognitivos e emocionais através dos quais as pessoas com autocompaixão lidam quando expostas a eventos de vida desagradáveis. Nos vários estudos, os participantes relataram os acontecimentos negativos que ocorreram no seu quotidiano, respondendo a cenários hipotéticos e avaliando as suas ou outras *performances* filmadas em situações incómodas, refletindo igualmente sobre experiências pessoais negativas. Os resultados do estudo 1 mostraram que a autocompaixão foi preditora de reações emocionais e cognitivas a eventos negativos da vida quotidiana. O estudo 2 descobriu que a autocompaixão funcionou como amortecedor contra autosenhimentos negativos nos participantes que estiveram sujeitos a eventos sociais angustiantes por imaginação. No estudo 3, a autocompaixão foi moderada por emoções negativas após os participantes receberem um parecer ambivalente, sobretudo os que tinham baixa autoestima. No estudo 4 descobriram que as pessoas com baixa autocompaixão desvalorizaram as suas *performances* filmadas em relação aos observadores. Por fim, o estudo 5, ao introduzir uma perspetiva experimental da autocompaixão, evidenciou que a autocompaixão leva as pessoas a reconhecer a sua

importância em eventos negativos, aliviando a sobrecarga das emoções negativas. Em geral, estes estudos sugerem que a autocompaixão atenua as reações das pessoas quando sujeitas a eventos negativos de formas distintas e, em alguns casos, é mais benéfica do que a autoestima (Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock, 2007).

Neff (2011) centrou-se na construção do conceito autocompaixão e como ela difere da autoestima. Explica que a autoestima está relacionada com o bem-estar psicológico, e que a procura de uma autoestima elevada pode ser problemática. Enquanto a autocompaixão requer um tratamento gentil, estando igualmente atento a aspetos negativos sobre si mesmo. A autora salienta ainda que a autocompaixão pode oferecer benefícios relacionados com a saúde mental idênticos à autoestima, mas com menos desvantagens. A pesquisa realizada indica que a autocompaixão proporciona maior resistência e estabilidade emocional, mas envolve menos autoavaliação, ego defensiva e autovalorização, comparativamente à autoestima. Considerando que a autoestima implica avaliar a si mesmo de forma positiva, a autocompaixão não implica autoavaliação e comparações com os outros. Pelo contrário, é uma espécie de relacionamento com nós mesmos, mesmo em casos de falha, inadequação e imperfeição.

A autocompaixão tem sido uma temática alvo de inúmeras investigações. A literatura foca de um modo consistente que uma maior autocompaixão parece estar associada a menos psicopatologia (Barnard & Curry, 2011). Também se encontra positivamente associada com as variáveis: satisfação com a vida, inteligência emocional, felicidade, conetividade social, sabedoria, iniciativa pessoal, otimismo, agradabilidade, extroversão, curiosidade e exploração, consciencialização e afetividade positiva no geral (Neff, Kirkpatrick & Rude 2007). Na mesma linha de pensamento, os investigadores Leary et al. (2007) constataram que a autocompaixão modera as reações das pessoas face a situações que envolvem rejeição, embaraço e outros acontecimentos negativos, estando associada a menos emoções negativas. Portanto, a autocompaixão está inversamente associada à psicopatologia (Longe et al., 2010). Já o autocriticismo remete para a forma como as pessoas se relacionam consigo mesmas perante situações de falha e desapontamento pessoal, adotando uma postura crítica, intolerante, punitiva e de autoavaliação negativa para com a sua própria condição. Trata-se, portanto, de um modo de relação eu-eu (Castilho & Pinto Gouveia, 2011; Gilbert, 2000, 2007; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004) em que uma parte do eu descobre falhas e defeitos e a outra parte se submete, o que sugere que existe uma interação entre os diferentes aspetos do eu. Esta ocorrência interna de ataque-submissão fortifica o sentimento de inferioridade e submissão (Castilho & Pinto Gouveia, 2011). Neste sentido, Castilho (2011) refere que o

autocriticismo e autoataque estão entre as dificuldades mais negativas nas sociedades ocidentais, prejudicando a felicidade e o bem-estar dos indivíduos.

Esta visão multidimensional remete para a existência de diferentes formas e funções para o autocriticismo, associadas a diferentes tipos de emoções negativas, ou seja, criticamos de maneiras diferentes para diferentes objetivos. Relativamente às formas do autocriticismo, Gilbert e colaboradores (2004) associam o eu-inadequado a uma sensação de inadequação perante fracassos e um sentimento de merecimento de críticas. A forma eu-detestado remete para sentimentos de ódio e repugnância pelo eu, traduzidos pelo desejo agressivo de maltratar e insultar o eu. Em oposição, a forma eu-tranquilizador foca-se nos aspetos positivos do eu, na compreensão pela própria condição e no encorajamento para o futuro. O que significa que o eu tem a capacidade de se tranquilizar, reconfortar e ter autocompaixão em situações de insucesso ou fracasso (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004).

A literatura também aponta o autocriticismo como um importante preditor de sofrimento, associado à psicopatologia, ou seja, fala-se em autocriticismo quando assumimos, face ao próprio sofrimento, uma postura intolerante, dura e de autoavaliação negativa. Por exemplo, em situações de fracasso, as pessoas podem adotar o estilo de pensamento ruminativo que, por ser marcadamente repetitivo e negativo, se associa a sintomas psicopatológicos (Amaral, Castilho & Pinto Gouveia, 2010).

Assim, tal como já foi referido, o autocriticismo está relacionado com diversas perturbações psicopatológicas (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982; Longe et al., 2010; Blatt & Zuroff, 1992; Zuroff et al., 1994; Zuroff, Moskowitz & Cote, 1999), nomeadamente a depressão (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Dunkley & Grilo, 2007; Longe et al., 2010; Zuroff, Koestner & Power, 1994), mas também ansiedade (Longe et al., 2010), perturbação de pós stressse traumático (Cox, MacPherson, Enns & McWilliams, 2004) e perturbações do comportamento alimentar (Longe et al., 2010; Piló, 2013). De igual forma também é um indicador de desajustamento emocional e ajustamento interpessoal pobre (Zuroff & colaboradores, 1994; Zuroff et al., 1999). O estudo de Mongrain, Vettese, Shuster e Kendal (1998) vem corroborar esta teoria, salientando que o autocriticismo está relacionado com sentimentos de subordinação e de inferioridade, o que reduz a capacidade do indivíduo em estabelecer relações de pertença com os outros.

A autocrítica tem sido proposta como um importante fator de risco para a perturbação depressiva *major*. Em oposição, a autocompaixão tem sido sugerida como um fator de resiliência que protege o indivíduo contra o desenvolvimento e manutenção de episódios

depressivos. Baseando-se na literatura, Ehret, Joormann e Berking (2014) testaram a hipótese de que a autocrítica e baixa autocompaixão estão relacionadas com a depressão e vulnerabilidade para desenvolver a mesma. Tal como era esperado, os indivíduos deprimidos relataram níveis mais elevados de autocrítica e baixa autocompaixão, mostrando um risco elevado para desenvolver depressão repetida ou cronicamente ao longo da vida.

Assim sendo, é importante em contexto clínico haver uma intervenção direta sobre as dimensões do autocriticismo, dado que poderá dar um contributo essencial no tratamento de indivíduos autocríticos e com perturbações de humor. Esta intervenção deverá incidir no desenvolvimento da capacidade dos indivíduos se autotranquilizarem, em situações que à partida ativaram o autocriticismo, focando-se em sentimentos de calor e compreensão pelo eu, recorrendo a estratégias de *coping* mais adaptativas (Amaral, Castilho & Pinto Gouveia, 2010).

Ao concluir a revisão da literatura, constata-se que a má qualidade e privação do sono, bem como os demais problemas associados ao sono afetam a autorregulação emocional das pessoas (Corsi-Cabrera & Poe, 2014), sobretudo com o avançar da idade. Os problemas de sono podem ter um impacto negativo, principalmente na vida dos indivíduos mais autocríticos, dado que estes se sentem derrotados pelo seu próprio estilo de processamento, e se este existir de uma forma excessivamente marcada, poderá constituir um fator preditor de problemas psicológicos futuros. Por outro lado, a autocompaixão aparece negativamente associada ao autocriticismo (Neff et al., 2007). Os indivíduos mais autocompassivos quando confrontados com situações de fracasso ou inadequação, conseguem ter uma atitude compreensiva, calorosa e tolerante, corrigindo padrões de comportamentos disfuncionais e dolorosos.

Objetivos

A presente investigação tem como objetivo geral analisar a relação entre a qualidade do sono em adultos e processos de autorregulação emocional como a autocompaixão, o autojulgamento, o autocriticismo e a autotranquilização.

Como objetivos específicos pretende-se: 1) Analisar as diferenças na qualidade do sono em função das variáveis sociodemográficas sexo, idade e estado civil dos participantes; 2) Analisar as diferenças nos processos de autorregulação emocional em função das variáveis sociodemográficas sexo, idade e estado civil dos participantes; e 3) Testar as relações entre a qualidade do sono, autocompaixão, autojulgamento, autocriticismo/autotranquilização.

Material e Métodos

Participantes

Os participantes do estudo são funcionários do grupo Aquinos, situada em Tábua. Trata-se de uma empresa ligada ao sector do mobiliário que desenvolve a sua atividade por turnos que funcionam das 6h às 14h, das 8h às 17h, das 14h às 24h e das 24h às 6h. Estes trabalhadores exercem funções diversificadas que vão desde quadros superiores, quadros técnicos, administrativos e operários fabris. Num regime voluntário participaram no estudo 210 indivíduos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 19 e os 59 anos e com níveis de escolaridade desde o ensino básico ao ensino superior. De modo a obter uma amostra diversificada, não foram definidos critérios específicos de inclusão, à exceção da idade igual ou superior a 18 anos e consentimento informado para a respetiva participação.

Na Tabela 1, que mais à frente se apresenta, constam os dados sociodemográficos da amostra.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Para o estudo foi elaborado um breve questionário sociodemográfico, contendo as seguintes questões: sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão e tempo de trabalho.

Questionário de Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono (PSQI)

Para analisar a qualidade do sono utilizou-se o Questionário Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono – versão portuguesa para Portugal (Buysse et al., 1989). Este é um questionário de autorresposta que visa avaliar as características dos padrões de sono e quantificar a qualidade do sono do indivíduo durante o último mês, abrangendo a qualidade subjetiva do sono e a ocorrência de perturbações do mesmo, com um intervalo anterior à data do seu preenchimento.

O PSQI é constituído por dez questões, sendo que contém ainda cinco questões adicionais caso o indivíduo tenha um parceiro de cama habitual e/ou uma pessoa com quem partilhe o mesmo espaço onde dorme. As pontuações baseiam-se numa escala de Likert de 0-3, não sendo considerados os itens respeitantes ao companheiro(a) de quarto ou parceiro(a) de cama.

Através das pontuações dos diferentes itens obtêm-se os vários componentes que permitem efetuar o cálculo do PSQI: 1) qualidade subjetiva do sono; 2) latência do sono; 3) duração do sono; 4) eficiência habitual do sono; 5) perturbações do sono; 6) uso de medicamentos; e 7) disfunção diurna. A fórmula de cálculo de cada componente do PSQI é a seguinte:

- Componente 1: Pontuação do item 9.
- Componente 2: Resulta da soma da pontuação do item 2 com a pontuação do item 5.a. Quando a soma destes dois itens é igual a zero o valor é zero (0); entre 1 e 2 o valor é um (1); entre 3 e 4 o valor é dois (2); e entre 5 e 6 o valor é três (3).
- Componente 3: *Pontuação* do item 4.
- Componente 4: Obtém-se pela divisão do total de horas que dormidas pelo total de horas na cama, multiplicado por 100. Se o resultado obtido é superior a 85% o valor é zero, se é situado entre os 84 e os 75 %, é um (1), se oscila entre os 74 e os 65%, é dois (2), e para resultados inferiores a 65% é três (3).
- Componente 5: Resulta da soma das pontuações dos itens de 5.b até 5.j. Quando essa soma for zero, o valor é zero (0). Entre 1 e 9, o seu valor é um (1), se entre 10 e 18 é dois (2), e entre os 19 e os 27, o valor assumido é três (3).
- Componente 6: Corresponde à pontuação de item 6.
- Componente 7: Resulta da soma das pontuações dos itens 7 e 8. Se esse valor for zero, o seu valor é zero (0). Entre 1 e 2, é um (1), entre 3 e 4 é dois (2) e entre 5 e 6 é três (3).

A pontuação do PSQI global é obtida pela soma dos sete componentes. Quanto maior for a pontuação pior será a qualidade do sono. Uma pontuação entre 0 e 5 indica que o indivíduo apresenta uma boa qualidade de sono, uma pontuação entre 5 e 7 qualidade *borderline*, pontuação superior a 7 indica má qualidade de sono.

Escala da Autocompaixão (SCS)

A SCS foi desenvolvida por Neff (2003a) com o objetivo de medir a atitude compassiva em relação ao próprio, segundo a filosofia budista adaptada à psicologia ocidental (Castilho, 2011).

Trata-se de uma escala de autorresposta constituída por seis subescalas: (i) calor/compreensão (itens 5, 12, 19, 23, 26); (ii) autocrítica (itens 1, 8, 11, 16, 21); (iii) condição humana (itens 3, 7, 10, 15); (iv) isolamento (itens 4, 13, 18, 25); (v) mindfulness (itens 9, 14, 17, 22); e (vi) sobreidentificação (itens 2, 6, 20, 24), perfazendo um total de 26 itens. As

respostas são do tipo Likert, com cinco pontos de resposta: (1) Quase nunca; (2) Raramente; (3) Algumas vezes; (4) Muitas vezes; e (5) Quase sempre. Foi concebida para mensurar três grandes componentes da autocompaixão, em subescalas dicotômicas equitativas: calor/compreensão vs autocrítica, condição humana vs. Isolamento e *mindfulness* vs sobreidentificação (Neff, 2003a; Castilho, 2011).

No estudo de validação da versão portuguesa, na amostra não clínica, foi obtido um excelente valor de consistência interna, medida através do alfa de Cronbach (0,94), confirmando os valores de 0,92 obtidos nos estudos da versão original (Castilho, 2011). Os resultados da validação portuguesa estão em linha com a literatura do constructo, reforçando a importância da autocompaixão para a ligação e proximidade social, bem como para o funcionamento psicológico adaptativo, sendo a SCS um instrumento de medida válido e útil na avaliação da autocompaixão (Castilho, 2011). Neff (2006; 2009b) também refere que para uma interpretação mais prática, deve-se utilizar a média da escala total. No nosso estudo também foi avaliada a consistência interna das subescalas do SCS, medida através do alfa de Cronbach. O valor de alfa de Cronbach encontrado para a escala total é de 0,77. Na subescala calor/compreensão é de 0,52; na subescala autocrítica o valor situa-se no 0,72; na subescala condição humana o valor é de 0,65; na subescala isolamento é de 0,72; na subescala *mindfulness* o valor é de 0,70; e na subescala sobreidentificação o valor é de 0,71. De modo geral, os valores encontrados consideram-se bons (Pestana & Gageiro, 2008), à exceção dos valores de alfa das subescalas calor/compreensão e condição humana que são mais baixos. Ainda assim, de acordo de (Vellis, 1991), no âmbito das ciências sociais e humanas poderão ser aceitáveis valores de alfa de Cronbach mais baixos.

Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS)

A FSCRS foi desenvolvida com o objetivo de avaliar como as pessoas se relacionam consigo próprias – autocriticam ou autotranquilizam - face a situações de fracasso, falhas e ineficácia pessoal (Gilbert et al., 2004; Castilho & Pinto Gouveia, 2011a).

A FSCRS é uma medida de autorrelato composta por 22 itens, divididos por três subescalas: (i) *eu inadequado*, que avalia as sensações de inadequação e de inferioridade do eu perante o fracasso, obstáculos e erros (e.g., “penso que mereço o meu autocriticismo”); (ii) *eu detestado*, que avalia uma resposta mais destrutiva, baseada em sentimentos aversivos, num desejo agressivo e persecutório ao eu (e.g., “fico tão zangado comigo mesmo que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo”); e (iii) *eu tranquilizador*, que remete para um

comportamento mais positivo e caloroso, de conforto, compaixão e de tranquilização pelo eu, face ao erro/falha (e.g., “continuo a gostar de quem sou”) Castilho e Pinto Gouveia, 2011a).

Quanto à distribuição de itens por subescala, à subescala eu inadequado correspondem nove itens (1, 2, 4, 6, 7, 14, 17, 18, 20), à subescala eu detestado cinco itens (9, 10, 12, 15, 22) e à subescala eu tranquilizador oito itens (3, 5, 8, 11, 13, 16, 19, 21). Os itens são respondidos numa escala tipo Likert, de cinco pontos: 0 - Não sou assim; 1 - Sou um pouco assim; 2 - Sou moderadamente assim; 3 - Sou bastante assim; e 4 - Sou extremamente assim (Castilho, & Pinto Gouveia, 2011a).

A versão original da FSCRS demonstrou uma boa consistência interna, com coeficientes alfa de Cronbach de 0,89 na dimensão eu inadequado, 0,72 na dimensão eu detestado e 0,87 na dimensão eu tranquilizador (Castilho e Pinto Gouveia, 2011a; Gilbert et al., 2004). Os estudos de validação para a população portuguesa, numa amostra não clínica, obtiveram valores de consistência interna de 0,89 na subescala eu inadequado; de 0,72 na subescala eu detestado; de 0,87 na subescala eu tranquilizador, confirmando a validade do modelo multidimensional, sendo um instrumento válido para utilização na prática clínica ou em investigação (Castilho, 2011). No presente estudo também calculámos o alfa de Cronbach para analisar a consistência interna das subescalas, tendo verificado que na subescala eu inadequado o valor é de 0,87; na subescala eu detestado é de 0,74; e por fim, na subescala eu tranquilizador é de 0,87. Segundo Pestana e Gageiro (2008), os valores de alfa encontrados são considerados bons, revelando assim uma consistência interna satisfatória.

Procedimentos

Após elaboração do projeto de investigação, contactámos os autores dos instrumentos de autorresposta selecionados, no sentido de obter a autorização para aplicação desses mesmos instrumentos.

Paralelamente, foi enviado um pedido de autorização ao Conselho de Administração da empresa Aquinos, em Tábua, de forma a poder realizar-se a recolha de dados para a investigação junto dos seus trabalhadores. Esta empresa foi definida como local para realização do estudo dado o trabalho nela desenvolvido se efetua por turnos, o que poderá ter um maior impacto ao nível do sono. O pedido de colaboração foi deferido e a empresa considerou oportuna a divulgação do estudo, tendo incentivado os seus funcionários a participarem. Previamente à recolha de dados propriamente dita, a investigadora entregou por escrito o consentimento informado, onde constavam os objetivos do estudo e os termos da participação (voluntária, anónima, confidencial, sendo também mencionado que os participantes poderiam,

a qualquer momento, desistir da sua participação, se assim o entendessem). Importa realçar que todo o procedimento de recolha de dados foi orientado segundo o Código Deontológico dos Psicólogos (Diário da República, 2011).

Seguidamente, estabeleceram-se os dias mais convenientes para iniciar a recolha de dados. O protocolo de investigação incluiu os instrumentos de autorresposta anteriormente referidos.

O protocolo de investigação foi distribuído aos trabalhadores que se disponibilizaram a participar, sendo o seu preenchimento realizado em casa e, após o mesmo, devolvidos na empresa Aquinos, sendo colocados em caixas especificamente disponibilizadas para este fim. A recolha dos dados decorreu durante o mês de maio em toda a estrutura orgânica da empresa Aquinos, em Tábua.

Análise estatística

Para a realização da análise de dados utilizou-se o programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 para Windows.

Para efeitos de inserção dos dados foram excluídos os protocolos cujo preenchimento não se encontrava completo. Sempre que existiram valores em falta, mas estes não comprometiam a inclusão do sujeito na amostra, esses valores foram substituídos pela média da variável em causa.

Iniciámos as análises com estatísticas descritivas dos instrumentos utilizados, incluindo frequências, médias e desvios-padrão. Para efeitos de caracterização da amostra e resultados nas diferentes variáveis, sempre que se pretendeu comparar pares de médias recorreu-se ao Teste t-Student para amostras independentes. Na comparação de valores médios das variáveis entre três ou mais grupos procedemos ao cálculo da análise da variância, através da ANOVA com teste Post-Hoc de Tukey para localização das diferenças.

Por fim, e com o intuito de explorar a existência de correlações entre as variáveis em estudo foi utilizado o coeficiente de correlação de r de Pearson. Na avaliação da magnitude das correlações optou-se pelos critérios recomendados por Pestana e Gageiro (2008): correlações entre 0,20 e 0,39 baixas; moderadas entre 0,40 e 0,69; altas entre 0,70 e 0,89; e muito altas acima de 0,90.

Resultados

Como se pode constatar na Tabela 1 e relativamente às características sociodemográficas da amostra, observa-se que esta é constituída por 210 participantes, maioritariamente do sexo feminino ($n = 163$; 77,6%), comparativamente com o sexo masculino ($n = 47$; 22,4%). As idades são compreendidas entre os 19 anos e os 59 anos ($M = 35,82$; $DP = 9,81$), sendo mais frequente idades entre os 29 e os 32 anos ($n = 88$; 41,9%). Relativamente ao estado civil, a maior percentagem dos participantes estão casados ($n = 106$; 50,5%), seguindo-se os participantes solteiros ($n = 52$; 24,8%), os que se encontram em união de facto ($n = 30$; 14,3%), e, por fim, os divorciados/viúvos ($n = 22$; 10,5). Quanto aos anos de escolaridade, 100 sujeitos possuem o ensino secundário e curso técnico-profissional (47,6%), 63 (30,0%) o ensino básico, e 16 (7,6%) indivíduos o ensino superior. Sobre o tempo de serviço, o mais frequente é os participantes trabalharem à 21-96 meses ($n = 98$; 46,7%), seguindo-se os trabalhadores com 1-10 meses ($n = 91$; 41,3%) e os trabalhadores com 108-312 meses de serviço ($n = 21$; 10,0%).

Tabela 1

Caraterização sociodemográfica da amostra

	<i>n = 210</i>	%	<i>Medidas descritivas</i>
Sexo			
Masculino	47	22,4	<i>Mo: Feminino</i>
Feminino	163	77,6	
Total	210	100	
Idade			
19-32 anos	88	41,9	<i>M = 35,82</i> <i>DP = 9,81</i>
33-45 anos	83	39,5	
46-59 anos	38	18,1	
Não respondeu	1	0,5	
Total	210	100	
Estado civil			
Solteiro	52	24,8	<i>Mo: Casados/união de facto</i>
Casados//união de facto	136	64,8	
Divorciados/viúvos	22	10,5	
Total	210	100	
Escolaridade			
Ensino básico	16	7,6	<i>Mo: Ensino secundário e curso técnico-profissional</i>
Ensino secundário e curso técnico-profissional	100	47,6	
Ensino superior	63	30,0	
Total	179	85,2	
Não respondeu	31	14,8	
Total+ Não respondeu	210	100	
Tempo de serviço			
1-10 meses	91	43,3	<i>Mo: 21-96 meses</i>
21-96 meses	98	46,7	
108-312 meses	21	10,0	

Mo: moda; *M* = média; *DP* = desvio-padrão

Na Tabela 2 encontra-se o estudo descritivo correspondente à qualidade do sono, autocompaixão e autocriticismo/autotranquilização dos participantes.

Ao nível da qualidade do sono, verificou-se que a perturbação do sono é o componente que mais se destaca, também por ter um intervalo maior (min = 0; máx = 26), apresentando um valor médio superior ($M = 9,67$; $DP = 6,01$), segue-se a latência do sono, ($M = 1,86$; $DP = 1,67$), disfunção diurna ($M = 1,78$; $DP = 1,59$), qualidade subjetiva do sono ($M = 1,20$; $DP = 0,74$), duração do sono ($M = 1,14$; $DP = 0,77$), uso de medicamentos ($M = 0,58$; $DP = 1,11$) e eficiência habitual do sono ($M = 0,34$; $DP = 0,92$). Relativamente à escala de autocompaixão, constata-se que as pontuações médias mais elevadas encontram-se no índice composto de autocompaixão ($M = 40,33$; $DP = 9,02$). Ainda no que respeita ao autocriticismo/autotranquilização, realça-se que os participantes têm pontuações médias superiores recaem na subescala eu tranquilizador ($M = 18,45$; $DP = 7,10$), seguindo-se a subescala eu inadequado ($M = 11,78$; $DP = 7,72$) e, por fim, a subescala eu detestado ($M = 2,74$; $DP = 3,68$).

Tabela 2

Análise descritiva dos instrumentos PSQI, SCS e FSCRS

	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Qualidade do Sono (PSQI)					
Qualidade subjetiva do sono	210	0	3	1,20	0,74
Latência do sono	204	0	6	1,86	1,67
Duração do sono	207	0	3	1,14	0,77
Eficiência habitual do sono	83	0	3	0,34	0,92
Perturbações do sono	156	0	26	9,67	6,01
Uso de medicamentos	209	0	3	0,58	1,11
Disfunção diurna	209	0	6	1,78	1,59
PSQI – Global	65	5	38	19,94	8,80
Autocompaixão (SCS)					
Índice de autocompaixão	205	13	84	40,33	9,02
Índice de autojulgamento	207	13	61	36,04	9,55
Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS)					
Eu inadequado	204	0	34	11,78	7,72
Eu detestado	207	0	20	2,74	3,68
Eu tranquilizador	203	0	32	18,45	7,10

Min: mínimo; *Max*: máximo

De seguida, analisou-se se existiam diferenças na qualidade sono, autocompaixão e autocriticismo/autotranquilização nos participantes, dependendo do sexo, utilizando para o efeito o teste t de Student para amostras independentes (Tabela 3).

Os resultados revelaram que na qualidade do sono, o componente qualidade subjetiva do sono revela um valor estatisticamente significativo ($p = 0,02$), no qual as mulheres apresentam uma média mais elevada ($M = 1,26$; $DP = 0,79$), comparando com os homens ($M = 0,98$; $DP = 0,48$). O mesmo acontece com o componente latência do sono que também tem um valor significativo ($p = 0,01$), onde as mulheres revelam novamente pontuações mais elevadas ($M = 2,01$; $DP = 1,68$), comparativamente aos homens ($M = 1,35$; $DP = 1,52$). Ainda temos a perturbação do sono a apresentar um valor estatisticamente significativo ($p = 0,01$), onde a tendência é a mesma, ou seja, as mulheres têm uma média claramente superior ($M = 10,30$; $DP = 6,18$), quando comparadas com os homens ($M = 7,25$; $DP = 4,64$).

Tabela 3

Análise de diferenças no PSQI e autorregulação emocional em função do sexo

	Sexo				<i>t</i>	<i>p</i>
	Masculino (<i>n</i> = 47)		Feminino (<i>n</i> = 161)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
PSQI						
Qualidade subjetiva do sono	0,98	0,48	1,26	0,79	-2,34	0,02*
Latência do sono	1,35	1,52	2,01	1,68	-2,40	0,01*
Duração do sono	1,02	0,60	1,18	0,81	-1,24	0,21
Eficiência habitual do sono	0,57	1,15	0,29	0,87	1,03	0,30
Perturbações do sono	7,25	4,64	10,30	6,18	-2,60	0,01*
Uso de medicamentos	0,43	0,95	0,62	1,15	-1,07	0,28
Disfunção diurna	1,43	1,39	1,88	1,64	-1,71	0,08
PSQI – Global	14,29	3,03	20,62	9,04	-1,83	0,07
SCS						
Índice de autocompaixão	39,28	9,20	40,65	8,97	-0,91	0,36
Índice de autojulgamento	35,70	9,96	36,14	9,45	-0,27	0,78
FSCRS						
Eu inadequado	11,76	8,14	11,79	7,62	-0,02	0,47
Eu detestado	2,04	2,89	2,94	3,86	-1,44	0,98
Eu tranquilizador	19,09	7,53	18,27	6,99	0,68	0,15

* $p \leq 0,05$

Na Tabela 4 procedeu-se ao cálculo da ANOVA para analisar se existiam diferenças na qualidade sono, autocompaixão e autocriticismo/autotranquilização nos participantes em função da idade.

Em relação à qualidade do sono, verifica-se que o uso de medicamentos influencia o sono dos participantes, verificando-se um resultado significativo ($F = 7,08$; $p < 0,01$). Tal como era esperado, são os participantes mais velhos (46-51 anos) que recorrem mais à utilização de fármacos ($M = 1,08$; $DP = 1,40$), comparativamente com os participantes com idades

compreendidas entre os 33-45 anos ($M = 0,65$; $DP = 1,15$) e com os participantes mais novos com idades entre os 19-32 anos ($M = 0,30$; $DP = 0,83$). Os testes *Post-Hoc* de Tukey indicam que, ao nível do uso de medicamentos, as diferenças situam-se concretamente entre o grupo de participantes com 19-32 anos e o grupo com 46-59 anos ($F = 7,08$; $p < 0,01$).

Observa-se igualmente um resultado significativo no autocrismo/autotranquilização ($F = 4,79$; $p < 0,01$), em específico na subescala eu tranquilizador ($p = 0,00$), na qual os participantes mais novos revelam as médias mais elevadas ($M = 20,15$; $DP = 6,66$), comparando com os participantes com idades entre os 46-59 anos ($M = 18,35$; $DP = 6,40$) e com os participantes com idades compreendidas entre os 33-45 anos ($M = 16,79$; $DP = 7,52$). Na subescala eu tranquilizador, as diferenças encontram-se em grupos diferentes, ou seja, entre o grupo de participantes com 19-32 anos e o grupo com 22-45 anos ($F = 4,79$; $p < 0,01$).

Tabela 4

Análise da variância do PSQI e autorregulação emocional em função da idade

	Idade						F	p
	19-32 anos (n = 88)		33-45 anos (n = 83)		46-59 anos (n = 38)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
PSQI								
Qualidade subjetiva do sono	1,08	0,66	1,30	0,74	1,26	0,89	2,07	0,12
Latência do sono	1,82	1,63	1,99	1,70	1,74	1,70	0,34	0,71
Duração do sono	0,99	0,72	1,26	0,81	1,24	0,75	2,97	0,05
Eficiência habitual do sono	0,51	1,14	0,29	0,82	0,00	0,00	1,57	0,21
Perturbações do sono	9,27	5,96	9,08	5,98	11,54	5,98	2,14	0,12
Uso de medicamentos	0,30	0,83	0,65	1,15	1,08	1,40	7,09	0,00*
Disfunção diurna	1,87	1,54	1,78	1,62	1,58	1,67	0,44	0,63
PSQI – Global	20,04	8,43	19,22	9,46	21,23	8,62	0,22	0,79
SCS								
Índice de autocompaixão	40,28	9,58	40,28	8,99	40,75	7,90	0,04	0,96
Índice de autojulgamento	36,62	9,28	35,79	9,68	35,26	10,15	0,31	0,73
FSCRS								
Eu inadequado	12,29	7,62	12,05	8,16	10,19	6,96	1,01	0,36
Eu detestado	2,52	3,85	2,95	3,59	2,84	3,60	0,29	0,74
Eu tranquilizador	20,15	6,66	16,79	7,52	18,35	6,40	4,79	0,00*

F = Anova; Sig = p (valor de significância) ; * $p \leq 0,05$

Seguidamente, realizou-se novamente o cálculo da ANOVA com teste Post-Hoc de Tukey para analisar se existiam diferenças na qualidade sono, autocompaixão e autocriticismo/autotranquilização nos participantes em função do estado civil (Tabela 5).

Verificou-se que existem diversos resultados estatisticamente significativos. Em relação à qualidade subjetiva do sono, constata-se que os três grupos considerados diferem

entre si ($F = 10,72$; $p = 0,00$), sendo o grupo dos casados/união de facto a terem as pontuações médias mais elevadas ($M = 1,37$; $DP = 0,73$). Os testes *Post-Hoc* de Tukey revelam que, ao nível da qualidade subjetiva do sono, as diferenças situam-se concretamente entre os grupos de participantes solteiros ($M = 0,88$; $DP = 0,58$) e casados/união de facto ($M = 1,37$; $DP = 0,73$), bem como entre os grupos casados/união de facto e divorciados/viúvos ($M = 0,91$; $DP = 0,81$).

Também se observam resultados idênticos na latência do sono ($F = 4,76$; $p = 0,00$), onde os participantes casados/união de facto têm um valor médio superior ($M = 2,10$; $DP = 1,72$), comparando com os divorciados/viúvos ($M = 2,10$; $DP = 1,72$) e com os solteiros ($M = 1,86$; $DP = 1,59$). Na duração do sono ocorre o mesmo ($F = 3,05$; $p = 0,04$), na qual os casados/união de facto apresentam novamente um resultado médio mais elevado ($M = 1,23$; $DP = 0,77$), comparando com os divorciados/viúvos ($M = 1,14$; $DP = 0,83$) e com os solteiros ($M = 0,92$; $DP = 0,71$). Observa-se ainda na perturbação do sono um valor significativo ($F = 7,12$; $p = 0,00$), onde os participantes casados/união de facto revelam mais problemas neste sentido ($M = 10,93$; $DP = 5,95$), em comparação com os divorciados/viúvos ($M = 8,07$; $DP = 6,62$) e os solteiros ($M = 7,03$; $DP = 5,03$).

Na latência do sono as diferenças recaem entre os grupos solteiros e casados/união de facto ($p = 0,00$). Na duração do sono as diferenças situam-se novamente entre os grupos solteiros e casados/união de facto ($p = 0,03$). Na perturbação do sono, encontram-se as diferenças entre os grupos solteiros e casados/união de facto ($p = 0,00$).

Relativamente ao autocristismo/autotranquilização, em concreto na subescala eu inadequado ($F = 3,05$; $p = 0,04$), os participantes casados/união de facto revelam novamente as médias mais elevadas ($M = 12,70$; $DP = 8,06$), comparando com os solteiros ($M = 10,65$; $DP = 7,25$) e com divorciados/viúvos ($M = 8,86$; $DP = 5,49$).

Tabela 5
Análise da variância da qualidade do sono e autorregulação emocional em função do estado civil

	Estado civil							F	p
	Solteiros (n = 52)		Casados/união de facto (n = 136)		Divorciados/ viúvos (n = 22)				
	M	DP	M	DP	M	DP			
PSQI									
Qualidade subjetiva do sono	0,88	0,58	1,37	0,73	0,91	0,81	10,72	0,00*	
Latência do sono	1,27	1,41	2,10	1,72	1,86	1,59	4,76	0,00*	
Duração do sono	0,92	0,71	1,23	0,77	1,14	0,83	3,05	0,04*	
Eficiência habitual do sono	0,23	0,83	0,38	0,98	0,22	0,66	0,20	0,81	
Perturbações do sono	7,03	5,03	10,93	5,95	8,07	6,62	7,12	0,00*	
Uso de medicamentos	0,33	0,88	0,69	1,19	0,45	1,10	2,08	0,12	
Disfunção diurna	2,02	1,70	1,76	1,60	1,32	1,17	1,52	0,22	
PSQI – Global	20,90	7,52	20,33	9,07	15,17	8,42	0,98	0,37	
SCS									
Índice de autocompaixão	40,44	11,83	39,83	7,87	43,19	7,53	1,26	0,28	
Índice de autojulgamento	35,63	9,75	36,65	9,46	33,27	9,47	1,24	0,29	
FSCRS									
Eu inadequado	10,65	7,25	12,70	8,06	8,86	5,49	3,05	0,04*	
Eu detestado	2,08	3,40	3,17	3,92	1,67	2,10	2,69	0,07	
Eu tranquilizador	18,80	9,03	18,07	6,44	19,95	5,68	0,71	0,48	

F = Anova; Sig = p (valor de significância) ; * p ≤ 0,05

Na Tabela 6 apresenta-se o estudo das associações entre a qualidade do sono, os índices compósitos de autocompaixão e de autojulgamento e *as formas do autocrítico e autotranquilização*, utilizando-se para o efeito o coeficiente de correlação de r de Pearson.

Relativamente aos resultados da análise correlacional, constata-se que a *qualidade subjetiva do sono* dos participantes tem correlações de magnitudes baixas com o índice compósito de autojulgamento ($r = 0,25, p < 0,001$), com a subescala eu inadequado ($r = 0,22; p = 0,001$) e subescala eu detestado ($r = 0,19; p = 0,005$).

No que respeita à *latência do sono*, esta também apresenta correlações de magnitudes baixas com o índice compósito de autojulgamento ($r = 0,25, p < 0,001$) e a subescala eu inadequado ($r = 0,23; p = 0,001$).

A *duração do sono* não se correlaciona com nenhuma das variáveis em estudo.

Em relação à *perturbação do sono*, encontraram-se correlações com o índice compósito de autojulgamento ($r = 0,32, p = 0,00$), com a subescala eu inadequado ($r = 0,25; p = 0,002$) e subescala eu detestado ($r = 0,24; p = 0,003$).

Sobre o *uso de medicação*, verifica-se que há correlações de magnitudes baixas com o índice compósito de autojulgamento ($r = 0,18, p = 0,00$), com a subescala eu inadequado ($r =$

0,20; $p = 0,003$), subescala eu detestado ($r = 0,26$; $p < 0,001$) e subescala eu tranquilizador ($r = -0,20$; $p = 0,005$).

A *disfunção diurna* surge com correlações de magnitudes baixas com o índice compósito de autojulgamento ($r = 0,15$, $p = 0,006$), subescala eu inadequado ($r = 0,18$; $p = 0,012$) e subescala eu detestado ($r = 0,18$; $p = 0,012$).

O *PSQI-global* surge correlacionado com magnitudes moderadas com o índice compósito de autojulgamento ($r = 0,35$; $p = 0,005$). Já com a subescala eu inadequado estabelece uma correlação baixa de magnitude moderada ($r = 0,30$; $p = 0,015$).

Tabela 6

Correlações entre as dimensões dos instrumentos PSQI, SCS e FSCRS

	SCS_Auto-Comp	SCS_Auto-Julg	Eu inadequado	Eu detestado	Eu tranquilizador
Qual subj do sono	0,06	0,25**	0,21**	0,20**	-0,12
Latência do sono	0,34	0,25**	0,23**	0,11	-0,06
Duração do sono	0,88	0,07	-0,02	0,05	-0,04
Efic hab do sono	0,07	-0,72	-0,06	-0,14	0,06
Perturb do sono	0,41	0,32**	0,25**	0,24**	-0,09
Uso de medicam	0,12	0,23**	0,20**	0,26**	-0,20**
Disfunção diurna	0,66	0,19**	0,17*	0,18*	-0,08
PSQI – Global	1,22	0,35**	0,30*	0,17	-0,19
SCS_Auto-Comp	-	-0,42	-0,13	-0,21**	0,56**
SCS_Auto-Julg	-0,42	-	0,73**	0,47**	-0,16*
Eu inadequado	-0,13	0,73**	-	0,19**	0,28**
Eu detestado	-0,21**	0,47**	-	-	-0,07
Eu tranquilizador	0,56**	-0,16*	-0,08	-0,23**	-

r = coeficiente de correlação de r de Pearson; p (valor de significância) (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$)

Discussão e Conclusão

Como já foi sublinhado, o presente estudo tem como objetivo geral analisar a relação entre a qualidade do sono em adultos e os processos de autorregulação emocional como a autocompaixão, o autojulgamento, o autocriticismo e a autotranquilização. Em específico, procurou-se analisar as diferenças na qualidade do sono e nos processos de autorregulação emocional em função das variáveis sociodemográficas sexo, idade e estado civil dos participantes, bem como testar as relações entre a qualidade do sono, autocompaixão, autojulgamento, autocriticismo/autotranquilização.

Os principais resultados, ao nível da análise descritiva, revelaram que a perturbação do sono é o componente mais sentido pelos participantes. Contudo, é frequente manifestarem mais autocompaixão, demonstrando igualmente uma atitude positiva através da forma eu tranquilizador, ao focar-se na compreensão pela própria condição e no encorajamento para o futuro. Neste âmbito, a literatura apoia os nossos resultados ao referir que as perturbações do sono são comuns, sendo um problema clínico relevante e com gravidade (Neves et al., 2013). Segundo Paiva (2006), mais de 70% dos portugueses deitam-se depois da meia-noite, sendo classificados os piores a nível mundial em relação às horas de deitar. Por outro lado, os estudos de Neff (2003, (2003a, 2011) também corroboram os nossos resultados ao mencionarem que a autocompaixão implica tratar-se com bondade e ser compreensivo para si mesmo em casos de dor ou fracasso, bem como com a capacidade para ser amável consigo próprio, em vez de ser duramente crítico. Gilbert e colaboradores (2004) também dão um contributo importante ao referirem que a forma eu-tranquilizador se foca nos aspetos positivos do eu e na compreensão pela própria condição. Logo, o eu tem a capacidade de se tranquilizar, reconfortar e ter autocompaixão em situações problemáticas, como o caso das perturbações do sono, mas também em outras situações de insucesso ou fracasso.

Neste estudo também se verificou que são as mulheres que têm uma qualidade subjetiva do sono menor, uma maior latência do sono e mais perturbação do sono. Neste sentido, a literatura tem demonstrado que as queixas relacionadas com o sono e a sonolência diurna são mais comuns entre as mulheres (Soldatos, Allaert, Ohta & Dikeos, 2005). Em oposição, Park e colaboradores (2010) salientam no seu estudo que as mulheres estão associadas ao sono de 9 horas ou mais, enquanto os indivíduos que dormiam 5 horas ou menos relataram mais perturbação do sono.

Relativamente à influência da idade, verifica-se que o uso de medicamentos influencia o sono dos participantes, sendo os participantes mais velhos (46-51 anos) a recorrerem mais à utilização de fármacos. Pelo contrário, são os participantes mais novos (19-32 anos) que apresentam uma atitude mais positiva, através da forma eu tranquilizador. Neste âmbito, existem inúmeros estudos que evidenciam que o sono circadiano e os ritmos de descanso são enfraquecidos e fragmentados durante o envelhecimento, aumentando a prevalência de perturbações do sono e disfunção diurna (e.g. Foley, Monjan, Brown & Simonsick, 1995; Huang et al., 2002, Quinhones & Gomes, 2011; Soldatos, Allaert, Ohta & Dikeos, 2005; Wolkove, Elkholy, Baltzan & Palayew, 2007). Crowley (2011) destaca que 50% dos adultos mais velhos queixam-se de dificuldades em iniciar ou manter o sono. Estas alterações e/ou dificuldades associadas ao sono de alguma forma são esperadas, devido às mudanças que ocorrem no cérebro, que estão subjacentes ao envelhecimento, particularmente em termos de perda neuronal (Crowley, 2011).

Os nossos resultados também se direcionam no sentido dos apresentados no estudo de Stepanski e colaboradores (2003) que referem que, apesar das técnicas cognitivo-comportamentais serem recomendadas para a maioria dos pacientes com insónia crónica, existem situações em que o tratamento farmacológico é mais adequado e eficaz (e.g. insónia transitória causada por dor aguda ou falecimento). Além disso, existem adultos mais velhos com insónia crónica que necessitam de tomar medicamentos hipnóticos, sentindo efeitos benéficos na sua qualidade do sono e função diurna. O facto dos participantes mais novos apresentarem com mais frequência a forma eu tranquilizador poderá estar associado à capacidade de reconforto do eu e ter autocompaixão por si mesmo em situações graves, como a má qualidade do sono e a necessidade de recorrer a medicação (Gilbert et al., 2004). O nosso estudo vem comprovar que os mais jovens têm a capacidade de se autotranquilizarem, podendo ser vista como uma estratégia de regulação emocional extremamente útil em situações que poderia ser ativado o autocriticismo, focando-se na compreensão pelo eu, recorrendo assim a estratégias de *coping* mais funcionais e adaptativas (Amaral, Castilho & Pinto Gouveia, 2010).

No que diz respeito ao estado civil, constata-se que são os participantes casados/união de facto que têm uma maior perceção sobre a qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono e perturbação do sono, manifestando mais frequentemente a forma eu inadequado. A literatura tem documentado, através do estudo de Park e colaboradores (2010), a relação entre a duração do sono com fatores sóciodemográficos e de saúde, perturbações psiquiátricas e perturbações do sono. Este estudo não apoia os nossos resultados, uma vez que os autores chegaram à conclusão que os indivíduos mais velhos e os viúvos/separados ou

divorciados são os que tinham um sono de 5 horas ou menos. Neste contexto, concluíram que tanto o sono de curta duração, como o de longa duração, podem estar associados a perturbações do sono.

Quanto à análise correlacional, verifica-se que a qualidade subjetiva do sono se relaciona com o índice compósito de autojulgamento, subescala eu inadequado e subescala eu detestado. A latência do sono está correlacionada com o índice compósito de autojulgamento e a subescala eu inadequado. A duração do sono não se correlaciona com nenhuma variável em estudo. A perturbação do sono tem correlações com o índice compósito de autojulgamento, subescala eu inadequado e subescala eu detestado. Sobre o uso de medicação, constata-se que há correlações com o índice compósito de autojulgamento, subescala eu inadequado e subescala eu tranquilizador. A disfunção diurna surge com correlações com o índice compósito de autojulgamento, subescala eu inadequado e subescala eu detestado. O PSQI-global aparece correlacionado com o índice compósito de autojulgamento e subescala eu inadequado.

A análise efetuada dá resposta ao principal objetivo definido para este estudo, onde se verifica que os participantes mais autocríticos apresentam mais problemas ao nível da qualidade do sono, nomeadamente nos componentes perturbação do sono, uso de medicação e disfunção diurna. Já no componente duração do sono são mais compassivos, demonstrando mais satisfação e compreensão relativamente ao número de horas de sono. Ainda se encontra uma ambivalência nos resultados, ou seja, nos componentes qualidade subjetiva do sono, latência do sono e PSQI global, os sujeitos ora apresentam uma atitude autocrítica ou de autocompaixão.

Sobre estes resultados a literatura refere que a privação do sono conduz a um aumento da fadiga e estado de humor negativo, entre outros sintomas (Rente & Pimentel, 2004), demonstrando de igual forma os efeitos prejudiciais sobre o funcionamento comportamental, fisiológico e psicológico das pessoas (Thorburn & Riha, 2010). Já Paunio e colaboradores (2014) referem que uma das consequências das perturbações de sono está associada com as perturbações de humor (e.g. depressão). A sintomatologia depressiva parece então estar relacionada com a tendência para os participantes serem mais autocríticos.

Importa também referir que, principalmente os componentes qualidade subjetiva do sono, perturbação do sono e disfunção diurna, estão associados à forma eu inadequado e eu detestado. O que significa que os participantes se focam na inadequação e defeitos do eu e em sentimentos de autodesprezo, aversão e repugnância pelo eu (Gilbert & Irons, 2004; Gilbert et al., 2004). Em 2010, Amaral, Castilho e Pinto Gouveia (2010) também publicaram um estudo onde apontam o autocriticismo como um importante preditor de sofrimento, associando-o a

diversas perturbações psicológicas. Neste contexto, existem inúmeros autores que corroboram esta ideia (Blatt et al., 1982; Longe et al., 2010; Blatt & Zuroff, 1992; Zuroff et al., 1994; Zuroff, Moskowitz e Cote, 1999). Assim sendo, é fundamental haver em contexto clínico uma intervenção direta, tratando indivíduos autocríticos (Amaral, Castilho & Pinto Gouveia, 2010).

Em síntese, pode-se concluir neste estudo que são as mulheres, os indivíduos mais velhos e os casados/união de facto que apresentam uma qualidade do sono mais pobre. No mesmo sentido, verifica-se que os indivíduos mais autocríticos também manifestam mais problemas de sono, tendo um sentimento de inadequação e defeitos do eu, de merecimento de críticas e repugnância pelo eu.

O nosso estudo, tal como outros, forneceu evidências sobre das consequências dos problemas e/ou perturbações de sono e a forma como os indivíduos gerem o processo de autorregulação emocional, especificamente a autocompaixão e autocriticismo. Deste modo, e tendo em conta as características da população em estudo, será importante implementar programas sobre estas temáticas (autocriticismo e autocompaixão) em contextos de saúde, por exemplo ao nível dos cuidados de saúde primários, cujo objetivo se centre em desenvolver a capacidade das pessoas se autotranquilizarem, quando confrontadas com situações ativadoras de autocriticismo, focando-se em sentimentos de calor e compreensão pelo eu.

Algumas limitações podem ser apontadas a este estudo. Um das quais prende-se com a carência de trabalhos empíricos acerca da relação entre os construtos do nosso estudo, sobretudo em adultos, o que dificulta a comparação dos resultados. Contudo, este aspeto denota a pertinência e importância deste estudo. Outra limitação existente está relacionada com o formato de autorresposta dos instrumentos usados na presente investigação, podendo ser realizada uma avaliação mais detalhada destes aspetos através de outro tipo de instrumentos, como por exemplo a entrevista clínica. De mencionar também que o desenho deste estudo e o tipo de análises realizadas não possibilitam o estabelecimento de relações causais pelo que futuramente estudos de carácter longitudinal poderão clarificar a ligação entre os processos de regulação emocional e os diversos elementos relacionados com o sono. Além disso, na nossa amostra estão incluídos participantes que são trabalhadores por turnos, o que pode afetar os resultados ao nível do sono (e.g. Costa, 2009), ainda que não apresentem rotatividade (os turnos são fixos).

Para futuros estudos seria pertinente a replicação deste noutras populações, quer na população geral com diferentes idades, quer na população clínica, com diferentes tipos de doentes. Em relação a este último aspeto, seria importante, no futuro, analisar o desempenho do protocolo de investigação (Questionário de Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono, Escala

da Autocompaixão e Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização) em amostras clínicas específicas (autocríticas), bem como examinar as possíveis associações com outros instrumentos de medida (e.g. Escala da Vergonha Externa – OAS – de Goss, Gilbert & Allan, 1994). A replicação destes resultados em amostras clínicas representativas poderá contribuir para um melhor conhecimento sobre o autocriticismo e a forma como se manifesta. Além disso, o uso de uma Entrevista Estruturada para a avaliação do autocriticismo e da autocompaixão também permitirá uma avaliação mais fidedigna da sua natureza.

Apesar das limitações, este estudo foi fundamental ao explorar as associações entre os construtos de qualidade do sono, autocompaixão, autojulgamento e autocriticismo, oferecendo dados relevantes sobre o impacto da qualidade do sono e os processos de regulação emocional em adultos. Compreendeu-se igualmente a necessidade de existir em contexto clínico, público ou privado, uma intervenção direta focada no tratamento de indivíduos autocríticos, baseando-se no desenvolvimento da capacidade dos indivíduos se autotranquilizarem, em situações que à partida ativaram o autocriticismo, focando-se em sentimentos de calor e compreensão pelo eu.

Referências bibliográficas

Amaral, V., Castilho, P. & Pinto Gouveia, J. (2010). A contribuição do auto-criticismo e da ruminação para o afecto negativo. *Psychologica*, 52, 271-292.

American Psychiatric Association. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5th ed., Texto Revisto). Lisboa: Climepsi Editores.

Barnard, L. K. & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15, 289-303.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C. & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124.

Blatt, S. & Zuroff, D. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition. Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.

Brand, S, Kirov, R., Kalak, N., Gerber, M., Pühse, U., Lemola, S., ... Holsboer-Trachsler, E. (2015). Perfectionism related to self-reported insomnia severity, but not when controlled for stress and emotion regulation. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *11*, 263-271.

Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocriticismo e Autoempatia. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza função e relação com a psicopatologia*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, na área de especialização em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Castilho, P. & Pinto Gouveia, J. (2011). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica, Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, *54*, 63-86.

Corsi-Cabrera, M. & Poe, G. R. (2014). The role of sleep in processing emotional and contextual information: from mechanism to impact on everyday life and emotional health. *Experimental Brain Research*, *232*, 1399-1401. DOI 10.1007/s00221-014-3940-y.

Costa, I. M. A. R. (2009). *Trabalho por Turnos, Saúde e Capacidade para o Trabalho dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Cox, B. J., McWilliams, L. A., Enns, M. W. & Clara, I. P. (2004). Broad and specific personality dimensions associated with major depression in a nationally representative sample. *Comprehensive Psychiatry*, *45*, 246-253.

Crowley, K. (2011). Sleep and Sleep Disorders in Older Adults. *Neuropsychology Review*, *21*, 41-53. DOI 10.1007/s11065-010-9154-6.

Doghramji, P. P. (2004). Recognizing Sleep Disorders in a Primary Care Setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(16), 23-26.

Dunkley, D. M. & Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 139-149.

Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L. & Simonsick, E. M. (1995). Sleep complaints among elderly persons: An epidemiologic study of three communities. *Sleep*, *18*, 425-432.

Gilbert, P. (2000). Social Mentalities: Internal “social” conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert and K. Bailey (Eds), *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy* (118-151). Hove: Brunner-Routledge.

Gilbert, P. & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-516.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.

Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and Counselling for Depression*. London: Brunner-Routledge.
Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.

Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures I. The 'other as shamer scale'. *Personality and Individual Differences*, 17, 713-717.

Hayashino, Y., Yamazaki, S., Takegami, M., Nakayama, T., Sokejima, S. & Fukuhara, S. (2010). Association between number of comorbid conditions, depression, and sleep quality using the Pittsburgh Sleep Quality Index: results from a population-based survey. *Sleep Medicine*, 11, 366-71.

Huang, Y-L., Liu, R-Y., Wang, Q-S., Someren, E., Xu, H. & Zho, J-N. (2002). Age-associated difference in circadian sleep – wake and rest – activity rhythms. *Physiology & Behavior*, 76, 597- 603.

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B. & Hancock, J. (2007). Self-Compassion and Reactions to Unpleasant Self-Relevant Events: The Implications of Treating Oneself Kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904.

Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H. & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49, 1849-1856.

MacBeth, A. & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552.

Mateus, A. (2006). Em sonhos, diurnos pesadelos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 597-8.

Mongrain, M., Vettese, L.C., Shuster, B. & Kendal, N. (1998). Perceptual biases, affect and behavior in relationship of dependents and self-critics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 230-241.

Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.

- Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12. 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Moura, G., Neves, Giorelli, A., Florido, P. & Gomes, M. (2013). Transtornos do sono: visão geral. *Revista Brasileira Neurologia*, 49(2), 57-71.
- Paiva, T. (2006). Sem dormir ficamos uns chatos. *Sábado*, 139, 30-32.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows (Version 15)*. Open University Press. McGraw Hill Education.
- Park, S., Cho, M. J., Chang, S. M., Bae, J. N., Jeon, H. J., Cho, S-J., ... Hong, J. P. (2010). Relationships of sleep duration with sociodemographic and health-related factors, psychiatric disorders and sleep disturbances in a community sample of Korean adults. *Journal of Sleep Research*, 19, 567-577.
- Paunio, T., Korhonen, T., Hublin, C., Partinen, M., Koskenvuo, K., Koskenvuo, M. e Kaprio, J. (2014). Poor sleep predicts symptoms of depression and disability retirement due to depression. *Journal of Affective Disorders*, 172, 381-389.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (5ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Piló, D. (2013). *Autocriticismo, estima corporal e sintomas de perturbação do comportamento alimentar em adolescentes do sexo feminino, praticantes de ballet e andebol*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Rente, P. & Pimentel, T. (2004). *A Patologia do Sono*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Quinhones, M. S. & Gomes, M. M. (2011). Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos. *Revista Brasileira de Neurologia*, 47(1), 31-42.
- Soldatos, C. R., Allaert, F. A., Ohta, T. & Dikeos, D. G. (2005). How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries. *Sleep Medicine*, 6, 5-13.
- Stepanski E., Rybarczyk, B., Lopez, M. & Stevens, S. (2003). Assessment and Treatment of Sleep Disorders in Older Adults: A Review for Rehabilitation Psychologists. *Rehabilitation Psychology*, 48(1), 23-36.
- Thorburn, P. T. & Riha, R. L. (2010). Skin disorders and sleep in adults: Where is the evidence? *Sleep Medicine Reviews*, 14, 351-358.

Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M. & Palayew, M. (2007). Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *Canadian Medical Association or its licensors*, 176(9), 1299-1304.

Wouw, E. van de, Evenhuis, H. M. & Echteld, M. A. (2011). Prevalence, associated factors and treatment of sleep problems in adults with intellectual disability: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1310-1332.

Zuroff, D. C., Koestner, R. & Powers, T. A. (1994). Self-criticism at age 12: A longitudinal study of adjustment. *Cognitive Therapy & Research*, 18, 367-385.

Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S. & Cote, S. (1999). Dependency, self-criticism, interpersonal behaviour and affect: Evolutionary perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 231-250.