



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

O papel da resiliência na perturbação subjetiva do sono em estudantes universitários

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Sara Elisabete Ferreira Pereira

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

OUTUBRO DE 2017



CATÓLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

O papel da resiliência na perturbação subjetiva do sono em estudantes universitários

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Sara Elisabete Ferreira Pereira

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Berta Maria Marinho
Rodrigues Maia**

Índice

Agradecimentos	4
Resumo/Abstract	5
1.Introdução.....	7
2. Enquadramento Teórico	8
2.1 Perturbação Subjetiva do sono.....	8
2.2 Resiliência.....	10
2.3 Perturbação Subjetiva do sono e Resiliência	12
3. Metodologia.....	17
3.1.Objetivos.....	17
3.2 Procedimento de recolha de dados.....	17
3.3 Participantes.....	17
3.4 Instrumentos e Medidas	18
3.4.1 Questionário Sociodemográfico	18
3.4.2 Questionário de Resiliência.....	19
3.4.3 Perturbação Subjetiva do sono	19
3.5 Análise estatística	20
4. Resultados.....	20
5. Conclusões e Discussão.....	24
6. Limitações e Sugestões futuras	29
7. Referências Bibliográficas.....	30

Agradecimentos

Neste espaço gostaria de agradecer a todos aqueles que fizeram parte do caminho para a realização deste trabalho e que foram uma fonte de inspiração e ânimo para a concretização do mesmo. Todos fizeram desta experiência algo único que não vou esquecer.

Em primeiro, gostaria de agradecer à minha Orientadora, Prof. Doutora Berta Rodrigues Maia, pelo seu profissionalismo, dedicação, disponibilidade e, em momentos de maior dificuldade, pela sua compreensão, apoio e encorajamento. A sua orientação foi crucial para um enriquecimento profissional mas também pessoal.

Gostaria de agradecer também a todos aqueles que participaram nesta investigação, professores e alunos, bem como as colegas investigadoras que colaboraram neste estudo.

De forma carinhosa, quero agradecer à minha família mas, principalmente, aos meus pais pela paciência e pela experiência que estes me deram a possibilidade de desfrutar, mesmo a muito custo.

Aos meus avós pela força e apoio que sempre me transmitiram para a concretização do meu sonho.

Também quero agradecer aos meus primos, Joana e Belarmino, que mesmo estando longe me apoiaram nos momentos de maior dificuldade.

Agradeço ao meu namorado Filipe, pela compreensão, apoio, horas perdidas, por me acompanhar em todos os momentos e fazer-me sorrir.

Às minhas amigas Ana Gonçalves, Carla Soares e Ana Sousa, pelo seu companheirismo, amizade, apoio, lágrimas e sorrisos.

Gostaria, por fim, de dedicar este trabalho ao meu avô Teixeira.

Resumo:

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo geral explorar se as dimensões da resiliência (Competência pessoal, Autodisciplina, Autonomia, Resolução de problemas e Otimismo) são preditores de perturbação subjetiva do sono.

Método: Participaram neste estudo 270 estudantes universitários (193 mulheres, 71,5%; 77 homens, 28,5%), com idades entre os 17 e os 53 anos ($M=21,69$, $DP=5,263$). Para a recolha de dados foi aplicado o Questionário de Resiliência (Oliveira, M. & Machado, T. S., 2009) e as medidas de Perturbação Subjetiva do sono (Azevedo *et al.*, 2010).

Resultados: Mais de metade dos estudantes apresentaram perturbação subjetiva de sono expressa em insónia inicial, intermédia, terminal e prejuízo subjetivo. Os fatores Competência Pessoal e Autodisciplina estão correlacionados negativa e significativamente com as perturbações subjetivas de sono. O primeiro com todos os itens do sono (Insónia inicial -,355; Insónia intermédia -,164; Insónia terminal -,236; Total de horas de sono -,129 e Prejuízo percebido -,289) e o segundo com três dos itens do sono (sono 1 – Insónia inicial -,163; sono 3 – Insónia terminal -,152 e sono 5 – Prejuízo percebido -,183). Apenas a Competência Pessoal se mostrou um preditor negativo de perturbações subjetivas de sono. Também foram analisadas as diferenças de género ao nível da resiliência e do sono e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Conclusões: Os fatores de Competência Pessoal e Autodisciplina terão um papel importante para a prevenção de problemas de sono.

Palavras-Chave: Resiliência, Perturbação Subjetiva do sono, Estudantes Universitários.

Abstract:

Objective: The present study aimed to explore if the dimensions of resilience (Personal competence, Self-discipline, Autonomy, Problem solving and Optimism) are predictors of subjective sleep disturbance.

Method: In this study participated 270 university students (193 women, 71.5%, 77 men, 28.5%), aged between 17 and 53 years ($M = 21.69$, $SD = 5.263$). For the data collection, were applied the Resilience Questionnaire (Oliveira, M. & Machado, T. S., 2009) and the Subjective Sleep Disorder measures (Azevedo *et al.*, 2010).

Results: More than half of the students presented subjective sleep disturbance expressed in initial, intermediate, terminal, and subjective insomnia. The Personal Competence

factor and the Self-Discipline factor are significantly correlated with subjective sleep disturbances. The first with all items of sleep (initial insomnia - 355, intermediate insomnia - 164, terminal insomnia - 236, total hours of sleep -, 129 and perceived loss -, 289) and the second with three of the items of sleep (sleep 1 - initial insomnia - 163, sleep 3 - terminal insomnia -, 152 and sleep 5 - Perceived loss -, 183). Only Personal Competence proved to be a negative predictor of subjective sleep disturbances. Gender differences in resilience and sleep were also analyzed and no statistically significant differences were found.

Conclusions: The Personal Competence and Self-Discipline factors will play an important role in the prevention of sleep problems.

Keywords: Resilience, Subjective Disrupted Sleep, College students.

1.Introdução

O ser humano passa um terço da sua vida a dormir (Ban & Lee, 2001). Através da sua componente, tanto reparadora como protetora, dormir é uma atividade fundamental para que a pessoa consiga manter-se acordada no seu quotidiano mas também para viver uma vida saudável e com qualidade. De facto, a qualidade do sono é uma construção clínica importante, uma vez que as queixas em relação ao sono são um fenómeno comum e o sono disfuncional é um elemento central em várias condições mentais (Müller & Guimarães, 2007; Neves, Giorelli, Florido & Gomes, 2013; Zhang & Wing, 2006). Deste modo, um bom desempenho físico e mental, em qualquer indivíduo, está dependente de uma boa noite de sono.

O conceito da resiliência consiste na capacidade para lidar com o *stress* e a adversidade (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004; Poletto & Koller, 2008; Taboada, Legal & Machado, 2006). Nem todo o indivíduo que enfrenta situações de dificuldade sofre consequências psicológicas negativas, uma vez que muitos superam e adaptam-se de forma positiva (Pinheiro, 2004; Ripar, Evangelista & Paula, 2008).

Não existe muita investigação dedicada a explorar a relação entre a perturbação subjetiva do sono e a resiliência. Contudo, tendo em atenção a informação já existente, o sono com qualidade é referido, por diversas vezes, como preditor de resiliência e a resiliência referida como um fator protetor de perturbações do sono, dando assim a ideia de um círculo vicioso (Chatburn, Coussens & Kohel, 2014; Dissel *et al.*, 2015; McGillivray & Pidgeon, 2015; Poulin, Kim & Germain, 2011).

Neste sentido, um estudo nesta área parece ser pertinente, uma vez que há pouca investigação, num formato ainda incipiente e superficial e sem consenso sobre a natureza da direção da relação destas variáveis. Pretende-se então contribuir para uma melhor compreensão da relação explorando a perturbação subjetiva do sono e a resiliência numa amostra de estudantes universitários.

Assim sendo, este trabalho organiza-se em quatro partes. A primeira é dedicada à introdução teórica do tema, a segunda à metodologia, a terceira aos resultados e a quarta incide na discussão dos resultados, limitações e pontos fortes deste estudo.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Perturbação Subjetiva do sono

O sono pode definir-se por um conjunto de modificações comportamentais e fisiológicas que ocorrem em associação com atividades elétricas cerebrais que particularizam este processo, sendo que o sono detém uma utilidade restaurativa, de manutenção de energia e de proteção (Neves, Giorelli, Florido & Gomes, 2013). Durante o sono, os sujeitos apresentam-se imóveis ou com movimentos limitados de natureza involuntária, automática e sem intenção definida. A apresentação de reações a estímulos externos auditivos, visuais, táteis e dolorosos é, por sua vez, diminuída ou suprimida em inverso ao estado de vigília, especialmente em fases em que o sono é profundo (Fernandes, 2006).

Deste modo, o sono contempla dois padrões essenciais que consistem no sono Sem Movimentos Oculares Rápidos (NREM-75% do sono) e Com Movimentos Oculares Rápidos (REM-25% do sono). Estes dois padrões integram vários estágios, sendo que estes variam no seu número na literatura, mas na sua essência constituem-se em sono NREM composto por quatro estágios que são descritos em grau crescente de ocorrência e profundidade. O estágio I (E1) consiste numa espécie de sonolência superficial, o estágio II (E2) consiste num sono leve, o estágio III (E3) e IV (E4) consistem num sono profundo. Neste ponto entra-se no sono REM que é caracterizado pelo aparecimento dos sonhos, evidenciando como o próprio nome indica, movimentos oculares, sendo que continua a ser um estágio profundo em que é difícil despertar o indivíduo e este apresenta respiração e batimento cardíaco irregular. Assim sendo, o ciclo apresenta-se na seguinte ordem: Vigília ao E1 ao E2 ao E3 e E4 e, por fim, ao sono REM (Fernandes, 2006; Neves, Giorelli, Florido & Gomes, 2013). Uma vez completo, o ciclo do sono dura, aproximadamente, noventa minutos ocorrendo cerca de cinco a seis ciclos de sono NREM-REM durante uma noite de oito horas de sono (Caballo, 2007; Fernandes, 2006).

O funcionamento do sono está dependente de diversos fatores comportamentais e também fisiológicos, desta forma, não é difícil compreender que aspetos orgânicos e ambientais perturbem o sono (Caballo, 2007). O sono revela então uma função biológica essencial (Reimão, 1996 *cit. in* Müller & Guimarães, 2007). É uma parte fundamental da nossa vida, porém, é tão natural que quando dormimos bem nem nos questionamos acerca de como dormimos e nem o valorizamos embora, muitas pessoas, não consigam ter uma noite de sono saudável (Davies, 2003).

A maioria da população universitária define-se por ser jovem, pressupondo assim que serão saudáveis, no entanto, a vida académica, muitas vezes, é acompanhada por comportamentos de sono pouco saudáveis. Segundo Ban e Lee (2001) a duração do sono revela-se, frequentemente, inferior em comparação com outras populações adultas (e.g., médias e medianas menores a sete horas de sono por noite durante a semana). Resultados do estudo de Gomes, Tavares e Azevedo (2009) acerca dos padrões de sono em estudantes universitários portugueses revelam que as mulheres possuem horários de sono-vigília mais matinais e regulares que os homens, menos “diretas” e sextas, embora apresentem maior dificuldade em iniciar e manter o sono, bem como a utilização mais frequente de comprimidos para dormir.

Perturbações subjetivas do sono podem conduzir a mudanças consideráveis no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social dos indivíduos (Müller & Guimarães, 2007), ou seja, a privação de sono pode levar a prejuízo a curto ou longo prazo em tarefas do quotidiano, provocando adversidades sociais, somáticas, psicológicas, bem como a um nível intelectual (Neves, Giorelli, Florido & Gomes, 2013).

A insónia é um dos distúrbios do sono que se encontra de forma mais frequente na população em geral. Esta define-se por uma insatisfação quanto à qualidade e quantidade relativamente ao sono, sendo que está ligada a queixas de dificuldade em iniciar e manter o sono. Desta forma, é frequente que as pessoas que sofrem de insónia experienciem um sono denominado de “não reparador”, uma vez que relatam má qualidade do sono. Estas queixas têm que ser acompanhadas, obviamente, por um défice no funcionamento social, ou ocupacional, ou noutros domínios que são essenciais para o bom funcionamento do indivíduo (A.P.A., 2014).

Segundo o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (A.P.A., 2014) podem ocorrer sintomas de insónia em três fases diferentes do nosso: insónia inicial (dificuldade em iniciar sono), insónia intermédia (dificuldade na manutenção do sono) e, por fim, insónia terminal (acordar mais cedo do que precisavam).

Lacks (1987 *cit. in* Caballo, 2007) defende cinco perspetivas teóricas sobre as causas de Insónia: a ativação somática (ativação fisiológica e uma tensão muscular elevadas), a ativação emocional (provém de um padrão de personalidade ansioso e perfeccionista, disposta a internalizar reações perante acontecimentos de vida e a somatizar conflitos não resolvidos, isto é, respostas inadequadas de enfrentamento), a ansiedade diante da atuação (tentativa para apressar o começo do sono pode ter o efeito oposto e desembocar num círculo vicioso – conduzindo o esforço para dormir à ansiedade e à

tensão), o controlo do estímulo (características da situação de início do sono que não são adequadas e podem estar mais associadas com a ativação e o estado de vigília), e, por fim, a ativação cognitiva (incapazes de controlar as suas cognições, os indivíduos têm preocupações, planejam o que vão fazer e têm dificuldade em controlar os pensamentos).

Assumindo os conhecimentos até aqui descritos relativamente ao sono, pode-se afirmar que há fatores de risco que aumentam a vulnerabilidade para a insónia, como os temperamentais (e.g., personalidade ou estilos propensos à preocupação, tendência para reprimir emoções, etc.), ambientais (e.g., ruído, luz, etc.), fisiológicos e genéticos (e.g., género, idade, etc.) e também modificadores de curso (e.g., consumo excessivo de cafeína, horários de sono irregulares, etc.).

2.2 Resiliência

Adaptações saudáveis são um recurso importante e essencial para a promoção e manutenção da saúde psicológica, sendo que esta capacidade de o indivíduo adaptar-se e recuperar com sucesso de condições adversas, nomeadamente, experiências traumáticas denomina-se de resiliência (Liu *et al.*, 2015; Poulin, Kim & Germain, 2011).

Compreender o papel da resiliência no sono pode ser essencial, uma vez que este construto, muitas vezes, é estabelecido como um fator protetor com influência positiva nos indivíduos, sendo que ao ser trabalhado, pode ajudar em processos de intervenção e prevenção.

A resiliência consiste no resultado de processos sociais e também intrapsíquicos, ou seja, revela-se como uma adaptação que é produto da dinâmica entre o ser humano e o seu contexto (Costa & Bigras, 2007). Consiste na capacidade do indivíduo, na presença de certos eventos negativos, lidar com a adversidade, sendo que pode-se falar assim de “superação” perante circunstâncias potencialmente *stressoras* através de padrões de adaptação positivos (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004; Reppold, Mayer, Almeida & Hutz, 2012). Refere-se, deste modo, a ações e atitudes que o indivíduo tem para adaptar-se a experiências desafiadoras e alcançar um novo nível de funcionalidade, bem como um “steeling effect”, ou seja, uma espécie de força interior contra a adversidade e que promove o crescimento.

A resiliência apresenta uma combinação de atributos pessoais, familiares, sociais, culturais que possibilita ao indivíduo uma vida sadia diante a adversidade. Desta forma, não é estática e é universal para diferentes e variadas culturas, etnias e comunidades, sendo que o indivíduo pode estar mais suscetível a um determinado evento e ser resiliente

perante outro, tendo em conta os fatores de risco e protetores que apresenta (Costa & Bigras, 2007).

O evento de risco é compreendido como uma oportunidade de superar limites próprios, levando a uma identidade fortalecida. A definição base da resiliência envolve a questão da experiência de *stress*. Desta forma, indivíduos resilientes teriam maior capacidade para lidar com estes eventos tornando-se mais permeáveis a situações de *stress* (Taboada, Legal & Machado, 2006), sendo que a perspectiva subjetiva do indivíduo é que classificará o número limite de eventos e se consiste num evento *stressor* para si ou não (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004).

A resiliência psicológica pode ser promovida ao reduzir-se os fatores de risco e ao aumentar ou reforçar os fatores protetores em quadros psicológicos negativos que são produto de experiências traumáticas (Poulin, Kim & Germain, 2011).

Há eventos de vida que podem ser vistos então como fatores de risco pois aumentam a vulnerabilidade do indivíduo. A vulnerabilidade consiste numa suscetibilidade individual para desenvolver psicopatologias ou comportamentos não eficazes que têm consequências negativas no desenvolvimento (Pesce, Assis, Santos & Oliveira). Assim sendo, a vulnerabilidade associa-se a autoestima baixa, depressão e determinados traços de personalidade que podem enfatizar o lado negativo de situações de risco. No entanto, as condições do meio também devem ser ponderadas para o aumento de vulnerabilidade (Taboada, Legal & Machado, 2006), como a falta de responsabilidade, de diálogo, o uso de drogas, a ausência dos pais, a violência doméstica e na comunidade, a ausência das redes de apoio, entre outros (Pinheiro, 2004).

Por outro lado, há fatores de proteção que a pessoa contém em si de forma inata ou que colhe do meio em que vive, sendo igualmente essenciais e são denominados frequentemente por *buffers* (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004). Alguns dos fatores positivos são a expectativa de sucesso no futuro, humor positivo, autonomia, tolerância ao sofrimento, assertividade, estabilidade emocional, engajamento nas atividades, comportamento com o intuito de atingir metas, capacidade para solucionar problemas, avaliar experiências como desafios (não ameaças), elevada autoestima, qualidade das interações, estabilidade, pais amorosos e competentes, boa comunicação, coesão, estabilidade, consistência, contexto tolerante aos conflitos que revele reconhecimento e aceitação e apresente limites claros e realistas, entre outros (Pinheiro, 2004; Poletto & Koller, 2008).

Também o gênero é uma variável importante que se deve ter em conta para a compreensão da resiliência, uma vez que, nas mais variadíssimas culturas, apresenta-se como um demarcador da forma como cada cultura prepara as condições em que o indivíduo aprende a ser, estar e relacionar-se com o seu meio. Os indivíduos, no seu processo de evolução vão-se diferenciando em termos de maturação orgânica, mas também nas capacidades sociais, cognitivas, nas atitudes, comportamento e na forma como experienciam os afetos, em resultado das aprendizagens adquiridas através dos papéis de gênero da cultura em que se inserem (Ripar, Evangelista & Paula, 2008).

Um estudo sobre a resiliência e gênero de Ripar, Evangelista e Paula (2008) concluiu que certos fatores da resiliência são independentes do fator gênero, embora na sua maioria, os indivíduos adotem estratégias de acordo com o seu gênero ao encarar e resolver problemas. Neste sentido, as diferenças de gênero podem influenciar a forma como a resiliência é manifestada perante os diversos desafios (Rutter, 2003).

Tendo em conta a pesquisa de literatura realizada é fácil constatar que as diferenças quanto ao gênero na resiliência têm sido mais estudadas na população jovem, nomeadamente, em crianças e adolescentes, abarcando assim o ensino básico ao ensino secundário, sendo pouco abordados no âmbito do ensino superior. No entanto, dos estudos já realizados com estudantes universitários não há consenso acerca de qual dos gêneros, feminino ou o masculino, apresenta maior resiliência. Investigações indicam que as mulheres revelam níveis mais elevados de *stress* e níveis mais baixos de resiliência em comparação com os homens (Li, 2008; McLafferty, Mallett & McCauley, 2012). Outros estudos reportam que, no geral, são as mulheres que têm maior tendência para serem mais resilientes (DuMont, Widom, & Czaja, 2007 *cit. in* McLafferty, Mallett & McCauley, 2012). Embora outras pesquisas revelem que não existem diferenças quanto ao gênero na resiliência (González-Torres & Artuch-Garde, 2014; Leary & DeRosier, 2012).

2.3 Perturbação Subjetiva do sono e Resiliência

São reconhecidas as evidências de que a qualidade e duração do sono estão implicados na resiliência e bem-estar. Estudos dedicados a estudar a relação entre resiliência, bem-estar e sono sugerem uma relação bidirecional virtuosa (Morin & Espie, 2012), mas ainda pouco se sabe acerca da relação entre a resiliência e as perturbações subjetivas do sono, especialmente entre os estudantes universitários.

Que seja do nosso conhecimento, apenas dois estudos se dedicaram a estudar o papel da resiliência nas perturbações do sono em estudantes universitários: 1) O

Resilience attributes among university students: A comparative study of psychological distress, sleep disturbances and mindfulness (McGillivray & Pidgeon, 2015). Neste estudo recente, os próprios autores apontam para a inexistência de estudos que explorem esta temática em estudantes universitários. O estudo compreendeu uma amostra de 89 universitários entre os 18 e os 57 anos, e comparou os estudantes que apresentavam altos níveis de resiliência com os que exibiam baixos níveis de resiliência nas suas dinâmicas do sono. Os resultados deste estudo não revelaram diferenças significativas entre elevados níveis de resiliência e a perturbação subjetiva do sono. 2) A segunda investigação, também esta muito recente, surgiu depois do estudo referido anteriormente e tem por título *The Relationship Between Resilience and Sleep Quality* (McCuistion, 2016). A amostra compreendeu 167 universitários entre os 17 e os 30 anos e o objetivo do estudo definiu-se pela procura de uma relação entre a resiliência e a qualidade do sono. Os resultados revelaram que a resiliência estava diretamente correlacionada com a qualidade do sono, isto é, maior nível de resiliência foi correlacionado com melhor qualidade subjetiva do sono.

Reconhece-se assim que os conhecimentos relativos à relação entre a resiliência e o sono são ainda muito escassos sendo que poucos estudos foram realizados. Dos estudos que incidem nesta temática não há consenso de que estas duas variáveis estão relacionadas e não existe um acordo acerca da natureza do sentido da relação ou se as duas se relacionam mutuamente. Deste modo, o conhecimento acerca da relação entre a resiliência e o sono é ainda muito intuitivo e de senso comum.

Do que se sabe, um estudo de Chatburn, Coussens e Kohler (2014) com uma amostra de crianças e adolescentes entre os 7 e os 18 anos de idade, revelou uma relação entre a qualidade do sono e a resiliência, sendo que os resultados indicaram que perturbações subjetivas do sono inibem a atividade cerebral pré-frontal necessária para desenvolver a resiliência, ou seja, as perturbações subjetivas do sono podem levar a uma baixa resiliência. Alguns estudos que sugerem também que a resiliência é um fator essencial na redução de distúrbios psicológicos (Chatburn, Coussens & Kohel, 2014; McGillivray & Pidgeon, 2015).

As consequências de perturbações subjetivas do sono e a baixa resiliência no funcionamento emocional do indivíduo indica que os conceitos devem estar associados, tanto na fisiologia do sistema nervoso como nos comportamentos, sendo que há indícios de que a perda de sono inibe o funcionamento de áreas cerebrais cruciais para a resiliência, como já referido. Desta forma é exequível questionar sobre o motivo da

possível associação entre a capacidade do indivíduo se adaptar a eventos de adversidade relacionada com a capacidade de ter qualidade do sono. Uma das respostas dadas é que a resiliência contribui para o desenvolvimento neuronal, funcionando como um “escudo” face a danos possíveis em resultado de eventos de adversidade, sendo que desta forma o indivíduo resiliente resiste e previne psicopatologias como as perturbações do sono (Chatburn, Coussens & Kohel, 2014).

A maioria dos estudos sobre resiliência e que abordam fatores de risco e de proteção, apenas têm investigado fatores numa vertente psicológica. No entanto, fatores numa vertente mais biológica, como o sono, também merecem ser ponderados como um importante fator que tem um papel de influência na resiliência. Portanto, a deteção de perturbações subjetivas do sono antes ou após uma situação traumática pode levar a um aumento da resiliência e, conseqüentemente, a uma recuperação mais rápida de reações a situações traumáticas (Poulin, Kim & Germain, 2011). Parece pois admissível considerar que a interrupção do sono pode aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos face a um evento ameaçador ou desafiador a que estejam expostos. Infelizmente, estes estudos de associação numa abordagem mais biológica sobre os mecanismos da resiliência/vulnerabilidade associados a perturbações subjetivas do sono são ainda largamente incipientes (Dissel *et al.*, 2015).

Um campo de investigação que tem abordado o tema da resiliência e perturbação subjetiva do sono é o estudo das Perturbações *Stress* Pós-traumáticos (PSPT), em especial nas forças militares. Estudos revelam que dos indivíduos que desenvolvem PSPT, ou seja, que não conseguem adaptar-se e superar o *stress* depois de uma experiência traumática, 94% sofrem de insónia (Kobayashi, Lavela, Bell & Mellman, 2016; Poulin, Kim & Germain, 2011). Um estudo longitudinal de 37 anos revelou que em prisioneiros repatriados do Vietnam que apresentavam-se como resilientes reportaram menos sintomas de perturbação do sono em comparação com indivíduos não-resilientes (Segovia, Moore, Linnville, Hoyt, & Hain, 2013). De um modo mais geral, um sono adequado é essencial não só para a otimização da resiliência e disponibilidade, mas também para o desempenho operacional e funcional (Germain, 2015).

Os indivíduos que conservam um estado psicológico positivo após um acontecimento traumático, parecem ser também aqueles indivíduos que já dormiam melhor antes, durante, e após um acontecimento traumático em comparação com os indivíduos não resilientes. Também é perceptível que durante períodos de *stress* extremo, estes exibem de forma semelhante, perturbações subjetivas do sono embora a

sintomatologia seja menor que a dos indivíduos menos resilientes e, após o trauma, são também aqueles que são menos propensos a relatá-los. Por outras palavras, os indivíduos resilientes também sucumbem ao *stress* que sentem após a experiência ameaçadora, sendo que as suas reações ao nível do sono em circunstâncias anormais são semelhantes aos indivíduos não resilientes, no entanto, os padrões são menos exacerbados (Segovia *et al.*, 2013).

Seguindo o racional teórico das autoras Oliveira e Machado (2009), de facto, a resiliência engloba muitas características que são apontadas como predisponentes do bom funcionamento do sono por diversos autores, nomeadamente, o exemplo do otimismo, da capacidade de resolução de problemas, competências pessoais, autonomia e autodisciplina.

Na verdade, quando o indivíduo é competente, apesar da existência de eventos adversos, é denominado de invulnerável, forte e capaz de os enfrentar. Competências pessoais consistem na capacidade de solucionar conflitos, de se abstrair na procura por soluções novas para conflitos cognitivos e sociais; na capacidade para comunicar, ser empático e ter resposta positiva ao contato; capacidade para delinear um projeto de vida, ter autonomia, motivação, sentido de antecipação e coerência positiva de resultados, bem como expressões tipo “eu tenho”, “eu estou”, “eu posso”. Assim sendo, ser competente prepara a pessoa para encarar os problemas e revela-se um preditor de resiliência (Costa & Bigras, 2007).

Quando isto não acontece e o indivíduo não se sente competente, a própria preocupação com a dificuldade em dormir pode dar sequência a processos cognitivos e também comportamentais que intervêm no aumento da severidade da insónia. De facto, quando o indivíduo se deita com o intuito de dormir e surgem pensamentos intrusivos associados à resolução de problemas, a revivência de experiências que perturbam o indivíduo e o planeamento dos momentos do dia-a-dia, no sentido de terem maior probabilidade de encontrar algo que julguem que esteja errado ou que seja um problema, apresentando assim um aumento da vigilância. É possível então afirmar que pensamentos intrusivos associados à resolução de problemas revelam-se como preditores do atraso do início do sono (Margis, 2015).

Também a quantidade suficiente de sono e a boa qualidade são importantes e parecem estar associadas com níveis mais elevados de otimismo. De facto, a duração e a qualidade do sono mostram-se relacionadas com características positivas dos indivíduos, por exemplo, a curta duração do sono (menos de seis horas) está relacionada a menor

otimismo em comparação aos indivíduos que dormem sete a oito horas. As pessoas otimistas apresentam estratégias mais adaptativas contra a adversidade, sendo portanto mais resilientes (Lemola, Räikkönen, Gomez & Allemand, 2013). Desta forma, um mecanismo que poderá explicar este resultado consiste na tendência dos indivíduos pessimistas em envolver-se em padrões de pensamento negativo, bem como a sua falta de expectativa positiva para o futuro (Conway, Springer, Magai & Jones, 2008). Isto leva a dificuldades relativamente ao sono e conseqüentemente a preocupação e ruminação sobre as conseqüências negativas do sono insuficiente, que tem por resultado o aumento dos problemas do sono e o agravamento de sintomas depressivos (Giltay *et al.*, 2006 *cit. in* Sing & Wong, 2011).

Segundo Schmidt, Gay, Ghisletta e Linden (2010) outra característica que está associada ao sono saudável é a autodisciplina, sendo que quando a pessoa externaliza, isto é, quando é incapaz de reter comportamento impulsivo, pode constituir-se como um fator de risco potencial para a insónia. Prevê-se que nas mulheres, uma maior impulsividade resultará numa maior dificuldade em iniciar o sono e que este terá um efeito não reparador.

Reconhecendo que há diferenças quanto ao género, vários estudos relevam que, de facto, o género feminino tem uma predominância em problemas de perturbações subjetivas do sono comparativamente ao género masculino (Bixler *et al.*, 2009; Li, Wing, Ho & Fong, 2002; Zhang & Wing, 2006). A diferença entre os géneros pode estar relacionada com a maior consciência e vigilância corporal entre as mulheres, bem como uma mentalidade cultural e social que encoraja a mulher a expressar mais facilmente o sofrimento emocional e sintomas somáticos. Existe uma tendência progressiva, relativa à idade, do sexo feminino ter um maior risco de desenvolver insónia, sendo que a suscetibilidade que as mulheres apresentam para perturbações psicológicas é tida em conta (Zhang & Wing, 2006). Neste sentido, componentes hormonais e psicopatológicas têm sido postuladas como sendo os principais fatores que são como um “gatilho” para que o género feminino corra o risco de apresentar insónia (Bixler *et al.*, 2009).

Existem muitos elementos que têm um papel ativo no processo da resiliência, sendo que esta é importante para se viver a vida sem se deixar abater pelas desventuras de eventos difíceis e revelam um papel fundamental no bom funcionamento do sono. Aquando da falha destas características resilientes no sujeito, podem existir perturbações subjetivas do sono, sendo portanto visível a relação entre elementos que dotam a pessoa

da capacidade de enfrentar as situações (resiliência) e a ausência de sintomatologia de perturbação do sono.

3. Metodologia

3.1. Objetivos

O presente estudo teve como objetivo analisar se as dimensões de resiliência eram preditores de perturbação subjetiva do sono. Neste sentido, adicionalmente foram descritas as pontuações médias da resiliência e do sono, foram analisadas as diferenças de género ao nível da resiliência e sono, bem como a relação entre os dois construtos.

3.2 Procedimento de recolha de dados

Antes de iniciar a recolha de dados, foram obtidas as autorizações necessárias. Depois de obtidas as autorizações, no período decidido pela docente orientadora realizou-se a recolha de dados. A esmagadora maioria dos participantes são oriundos da Universidade Católica Portuguesa (UCP), ainda que tenha sido possível integrar dados obtidos informalmente em outras universidades nacionais. Para a realização desta recolha, os estudantes investigadores estabeleceram duplas e recorreram aos serviços escolares da instituição de ensino superior para ter conhecimento sobre os horários de cada turma, de cada curso. De seguida, foi solicitada a autorização a cada docente de cada turma para deixar aplicar os respetivos instrumentos e foi apresentado aos estudantes um convite para participarem, sendo que foi, tanto aos docentes como aos alunos da UCP e das outras instituições de ensino superior, dado a conhecer a natureza, o objetivo do estudo quantitativo e a duração média do preenchimento, garantindo ainda através de um consentimento informado o anonimato, a confidencialidade dos dados, sendo a participação estritamente pessoal e voluntária. Por fim, foram recolhidos os instrumentos, estes foram divididos pelos estudantes investigadores e depois então foram inseridos no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

3.3 Participantes

A amostra é constituída por 270 sujeitos (193 mulheres, 71,5%; 77 homens, 28,5%), com idades entre os 17 e os 53 anos ($M=21,69$, $DP=5,263$).

A grande maioria possui nacionalidade portuguesa ($n=214$, 79,3%), são solteiros ($n=260$, 96,3%), frequentam o curso de Psicologia ($n=112$, 41,3%) e encontram-se no 1º ano do ensino superior ($n=163$, 60,1%).

Quadro I. Caracterização da Amostra

		N	Máximo	Mínimo	%	Média	Desvio Padrão
Idade		268	53	17		21,69	5,263
Género	Masculino	77			28,5		
	Feminino	193			71,5		
Estado Civil	Solteiro	260			96,3		
	Casado	6			2,2		
	União de facto	2			7,3		
	Divorciado	2			0,7		
Nacionalidade	Portugal	214			79,3		
	Outros países europeus	3			0,12		
	Países africanos	112			14,8		
	Países sul-americanos	6			2,3		
	Países asiáticos	7			2,6		
Curso	Psicologia	112			41,3		
	Serviço Social	39			14,4		
	Ciências da Comunicação	23			8,5		
	Turismo	43			15,9		
	TIC	13			4,8		
	Direito	14			5,2		
	Estudos Portugueses e Espanhóis	9			3,3		
	Engenharia Informática	4			1,5		
	Ciências da Nutrição	1			0,4		
	Biologia	1			0,4		
	Ciências da Computação	1			0,4		
Ano de Escolaridade	1º ano ensino superior	163			60,1		
	2º ano ensino superior	75			27,7		
	3º ano ensino superior	27			10,0		
	Mestrado	6			2,2		

3.4 Instrumentos e Medidas

3.4.1 Questionário Sociodemográfico contempla questões como o género, a idade, nacionalidade, ano de escolaridade, curso e estado civil.

3.4.2 Questionário de Resiliência (Oliveira, M. & Machado, T. S., 2009; versão portuguesa da *Resilience Scale* de Wagnild & Young, 1993) avalia a percepção que o indivíduo tem de si mesmo enquanto um ser com capacidade ou não de enfrentar fortuitos eventos custosos e/ou impensados. Este instrumento é de autorrelato sendo composto por 25 itens, estruturados numa escala tipo *Likert* de 7 pontos (varia de 1.“discordo totalmente” a 4.“não concordo nem concordo” até 7.“concorda totalmente”), sendo que pontuações mais elevadas correspondem a níveis mais elevados de resiliência. Os itens são agrupados e dão lugar a 5 fatores: **Competência pessoal** (fator 1; e.g., item 8 “Estou bem comigo mesmo(a)”), **Autodisciplina** (fator 2; e.g., item 1 “Quando faço planos, levo-os até ao fim”), **Autonomia** (Fator 3; e.g., item 2 “Costumo resolver o que preciso, de uma forma ou de outra”), **Resolução de problemas** (Fator 4; e.g., item 18 “Em situações de emergência, sou alguém em quem se pode confiar”) e **Otimismo** (Fator 5; e.g., item 11 “Raramente me questiono sobre o sentido das coisas”). O coeficiente do Alfa de Cronbach encontrado no estudo da validação Portuguesa foi igual a .89, o que indica a existência de uma boa consistência interna da escala. A determinação dos coeficientes Alfa de Cronbach para cada um dos fatores revelou valores de $\alpha_{(9 \text{ itens})} = .86$ para o fator 1; $\alpha_{(6 \text{ itens})} = .78$ para o fator 2; $\alpha_{(4 \text{ itens})} = .64$ para o fator 3; $\alpha_{(3 \text{ itens})} = .59$ para o fator 4 e $\alpha_{(3 \text{ itens})} = .48$ para o fator 5.

3.4.3 Perturbação Subjetiva do sono (Azevedo *et al.*, 2010) foi avaliada recorrendo a 5 itens. Estes itens consistem em perguntas relativas ao sono dos sujeitos durante o último mês, nomeadamente, **1.** Teve dificuldade em começar a dormir; **2.** Acordou muitas vezes durante a noite; **3.** Acordou de manhã espontaneamente antes da hora desejada e não conseguiu voltar a adormecer; **4.** Habitualmente, quantas horas dorme por noite; e, por fim, **5.** Sente que o seu problema em dormir tem afetado a sua vida, as atividades ou o seu comportamento/humor (estudo, desempenho académico, sentir-se cansado, sonolento(a), dificuldades de concentração, atenção, em memorizar, irritável, excitado(a), nervoso(a) ou deprimido(a). Os itens 1, 2 e 3 são pontuados numa escala que varia de Nunca, Raramente, Algumas vezes, 3-4 noites por semana, até Quase todas as noites. O item 4 é pontuado numa escala que varia de menos de 5 horas, 5-6 horas, 6-7 horas, 7-8 horas, 8-9 horas, 9-10 horas, 10-11 horas e 11 ou mais horas. Relativamente ao item 5 a escala varia de Nada, a Muito pouco, Um pouco, Muito e Muitíssimo. Além das dificuldades em iniciar o sono (DIS) e das dificuldades em manter o sono (DMS) será também calculado um índice de pontuação de perturbação subjetiva do sono em geral

(SDI) que corresponde à soma das pontuações dos itens individuais, sendo que resultados mais altos indicam uma maior perturbação subjetiva. Com base nestes itens os seguintes grupos serão formados: **“Good sleepers”** - indivíduos que referem que (nunca / raramente) tiveram DIS ou DMS; **Insónia persistente** - indivíduos que relatam ter (algumas vezes / 3-4 noites por semana / Quase todas as noites) DIS ou DMS.

3.5 Análise estatística

Os dados da recolha foram analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21. Os dados referentes à caracterização da amostra em estudo foram obtidos a partir da estatística descritiva, análises de distribuição e frequências, como medidas de tendência central e de dispersão e, medidas de assimetria e achatamento. Recorreu-se à estatística e foram calculados, através do teste de Spearman, os coeficientes de correlação para explorar a relação entre as variáveis em estudo e analisar-se a direção das correlações significativas e, finalmente, a magnitude dos coeficientes seguindo os critérios de Cohen (1988 *cit. in* Pallant, 2011, pp.134), segundo os quais um coeficiente entre .10 e .29 é baixo, um coeficiente de .30 a .49 é moderado e um coeficiente de .50 a 1.0 é elevado.

Foram efetuadas algumas análises exploratórias, nomeadamente, teste de diferenças com o intuito de verificar se havia diferenças de género nas variáveis de resiliência e perturbação subjetiva do sono.

Foram realizadas análises de regressão linear múltipla, para analisar quanta da variância nas pontuações dos itens de sono será explicada pelas pontuações das dimensões da resiliência e do género.

4. Resultados

4.1. Pontuações médias da Escala de Resiliência.

Quadro II.1 Pontuação média da Escala de Resiliência

	n	DP	Média	Min e máx teórico
RES – Total	253	13,64061	139,3162	82 – 169

Como ilustrado no Quadro II.1 as pontuações médias encontradas para a Escala de Resiliência são elevadas tendo em conta o limite máximo teórico.

Quadro II.2. Frequência nos itens do Sono.

N =271			
	Insónia Inicial n (%)	Insónia Intermédia n (%)	Insónia Terminal n (%)
Grupo <i>Good Sleepers</i>			
Nunca	126 (46,8)	125 (46,5)	136 (50,5)
Raramente			
Grupo Insones			
Algumas vezes			
3-4 Noites por semana	143 (53,2)	144 (53,5)	133 (49,4)
Quase todas as noites			
	Total de horas de sono n (%)		Prejuízo percebido n (%)
5H ou menos	8 (3,0)	Nada	114 (42,4)
5 – 6H	19 (7,0)	Muito Pouco	
6 – 7H	57 (21,1)		
7 – 8H	88 (32,6)	Um pouco	
8 – 9H	23 (8,5)	Muito	155 (57,6)
9 – 10H	11 (4,1)	Muitíssimo	
10 – 11H	2 (0,7)		
11H ou mais	4 (1,5)		

Tendo em conta a frequência dos itens do sono, mais de metade dos estudantes (53,5%) revela ter insónia inicial e intermédia. Adicionalmente 49,4% revela ter insónia terminal. Relativamente ao número de horas de sono, apenas 32,6% dos estudantes revela dormir 7-8h e apenas 8,5% dorme 8 a 9 horas. Finalmente, mais de metade dos estudantes (57,6%) revela prejuízo percebido.

4.2. Associação entre a Resiliência e os itens do Sono

Quadro III.

Fatores Resiliência	Itens do Sono				
	Insónia inicial	Insónia intermédia	Insónia terminal	Horas de sono	Prejuízo percebido
Competência pessoal	-,355**	-,164**	-,236**	-,129*	-,289**
Autodisciplina	-,163**	NS	-,152*	NS	-,183**
Autonomia	NS	NS	NS	NS	NS
Resolução de problemas	NS	NS	NS	NS	NS
Otimismo	NS	NS	NS	NS	NS

Nota: ** $p \leq 0.01$; NS: não significativo

Foi encontrada uma correlação negativa, significativa e de magnitude moderada entre a Insónia Inicial e a Competência Pessoal. A Competência Pessoal apresentou ainda uma correlação negativa, significativa de baixa magnitude com os restantes itens do sono, a saber: insónia intermédia, terminal, total de horas de sono e prejuízo percebido. A Autonomia mostrou-se correlacionada apenas com a Insónia inicial, a Insónia terminal e com o Prejuízo percebido, sendo esta correlação negativa, significativa e de baixa magnitude. Finalmente, as restantes correlações foram não significativas (ver Quadro 4.2).

4.3. Diferenças de género nos itens do sono e na resiliência

Foi conduzido um Teste de Mann-Whitney para analisar se existiam diferenças de género nos fatores da Escala de Resiliência e nos itens do sono. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas: [Competência Pessoal (masculino: $Md=122,59$ $n=75$) e (feminino: $Md=137,11$, $n=190$), $U=6344.000$, $z= -.392$, $p= .164$, Autodisciplina (masculino: $Md= 121,85$, $n=75$) e (feminino: $Md=136,73$, $n=189$), $U=6288.500$, $z= -1.433$, $p= .152$, Autonomia (masculino: $Md= 131,38$ $n=75$) e (feminino: $Md=133,64$ $n=190$), $U=7003.500$, $z= -.218$, $p= .828$, Resolução de Problemas (masculino: $Md=121,11$ $n=75$) e (feminino: $Md=137,02$ $n=189$), $U=6233.000$, $z= -1.543$, $p= .123$, por último, Otimismo (masculino: $Md=133,26$, $n=76$) e (feminino: $Md=133,60$, $n=190$), $U=7201.500$, $z= -.033$, $p= .974$].

Relativamente ao Sono, também não foram encontradas diferenças significativas [Insónia Inicial (masculino: $Md=126.66$, $n=76$) e (feminino: $Md=137.60$, $n=192$), $U=6700.000$, $z= -1.078$, $p= .281$, Insónia intermédia (masculino: $Md=135.41$, $n=76$) e (feminino: $Md=134.14$, $n=192$), $U=7227.000$, $z= -.126$, $p= .900$, Insónia terminal (masculino: $Md=131.26$, $n=76$) e (feminino: $Md=135.78$, $n=192$), $U=7050.000$, $z= -.045$, $p= .656$, Total de horas de sono (masculino: $Md=134.69$, $n=77$) e (feminino: $Md=135.13$, $n=192$), $U=7368.000$, $z= -.043$, $p= .966$, por último, Prejuízo percebido (masculino: $Md=145.32$, $n=76$) e (feminino: $Md=130.22$, $n=192$), $U=6473.500$, $z= -.1.492$, $p= .136$].

4.4. Regressão Múltipla

As variáveis que apresentaram correlações significativas com a variável critério (Insónia Inicial) nas análises prévias foram inseridas como preditores de uma regressão linear múltipla. O modelo como um todo explicou 3,36% da variância $F(16,391)$, $p<.000$, sendo que apenas o Fator Competência Pessoal revelou ser um preditor significativo (ver Quadro IV).

Quadro IV. Preditores da variável critério – Insónia inicial

Preditores	Beta	T	p
Competência Pessoal	-,376	-5,108	,000
Autodisciplina	-,069	,951	,342

As variáveis que apresentaram correlações significativas com a variável critério (Insónia Intermédia) nas análises prévias foram inseridas nos preditores de uma regressão múltipla. O modelo como um todo explica 1,60% da variância $F(6,876)$, $p<.009$, sendo que apenas o Fator Competência Pessoal revelou ser um preditor significativo (ver Quadro V).

Quadro V. Preditores da variável critério – Insónia intermédia

Preditores	Beta	T	p
Competência Pessoal	-,160	-2,622	,009

As variáveis que apresentam correlações significativas com a variável critério (Insónia Terminal) nas análises prévias foram inseridas nos preditores de uma regressão

múltipla. O modelo como um todo explica 2,45% da variância $F(8,181)$, $p < .000$, sendo que apenas o Fator Competência Pessoal revelou ser um preditor significativo (ver Quadro VI).

Quadro VI. Preditores da variável critério – Insônia terminal

Preditores	Beta	T	p
Competência Pessoal	-,223	-2,970	,003
Autodisciplina	-,034	-,446	,656

Tal como apresentado no Quadro VII. as variáveis que apresentam correlações significativas com a variável critério (Prejuízo percebido) nas análises prévias foram inseridas nos preditores de uma regressão múltipla. O modelo como um todo explica 2,50% da variância $F(8,503)$, $p < .000$, sendo que apenas o Fator Competência Pessoal revelou ser um preditor significativo.

Quadro VII. Preditores da variável critério – Prejuízo percebido

Preditores	Beta	T	p
Competência Pessoal	-,224	-2,989	,003
Autodisciplina	-,039	-,521	,603

5. Conclusões e Discussão

A relação entre a resiliência e o sono é um domínio pouco investigado e, por ser uma área tão incipiente, ainda não foram colocadas muitas hipóteses que relacionem as variáveis de resiliência aplicadas neste estudo e as perturbações subjetivas do sono. Muito menos foram elaboradas e testadas hipóteses para esclarecer uma relação causa-efeito entre fatores da resiliência e o sono. Porém, encontram-se alguns indícios em estudos na área da personalidade e do sono, mesmo que ainda muito superficiais, que nos permitem deduzir e formular algumas associações, que vão de encontro com os resultados encontrados.

Todavia é necessário iniciar referindo as pontuações médias que se revelam preocupantes nos itens do sono. A maioria dos estudantes não dorme as horas recomendadas e apresenta queixas de insônia. De facto, tendo em conta outras

investigações, a duração do sono em estudantes universitários revela-se frequentemente mais baixa comparativamente a outras populações adultas (e.g., médias/medianas inferiores a 7 horas de sono por noite durante a semana (Ban & Lee, 2001; Yang *et al.*, 2003) e tendem a deitar-se mais tarde, tendo em conta ao horário de início das aulas. Também há indícios de que os estudantes universitários exibem uma qualidade de sono significativamente menor à da população adulta em geral (Brown, Buboltz & Soper, 2006), sendo que segundo Gomes, Tavares e Azevedo (2009) entre os estudantes universitários que defendem ter um problema de sono, a queixa mais frequente define-se pela insónia. Estes resultados vão de encontro com a literatura existente e os problemas de sono parecem estar a agravar-se. Tal facto pode justificar-se pela utilização atual da tecnologia, que prolifera e espalha-se de uma forma explosiva. O seu impacto potencial observado através de uma duração e qualidade do sono menores, em detrimento da produtividade, merece maior estudo (Ban & Lee, 2001). Tendo em atenção ao referido, os resultados apontam para a necessidade de melhor estudar estas variáveis e de atuar preventivamente nesta população.

Quanto à resiliência, os resultados revelam pontuações médias mais altas. Uma explicação plausível e possível que a literatura oferece consiste na mudança de entendimento dos estudantes universitários relativamente aos obstáculos e exigências da vida académica. Agora estes não os encaram como eventos que os desqualificarão e revelarão as suas dificuldades, mas sim como desafios estimulantes e que, quando ultrapassados através de esforço pessoal, os tornarão mais bem-sucedidos e capazes (Yeager & Dweck, 2012).

O objetivo geral deste estudo consistiu em analisar se as dimensões de resiliência são preditores de perturbação subjetiva de sono. Os resultados revelaram que a Competência Pessoal e a Autodisciplina estão correlacionadas de forma negativa com a perturbação subjetiva de sono.

A resiliência, de facto, foi encontrada positivamente correlacionada com a conscienciosidade em uma amostra de estudantes universitários americanos (Shi, Liu, Wang & Wang, 2015). Gray e Watson (2002) obtiveram resultados em que o traço de personalidade de conscienciosidade está, de forma consistente, relacionado com níveis elevados de qualidade no sono, nomeadamente, correlações negativas significativas nas suas facetas de Competência (ser-se capaz, sensível e realizado) e Autodisciplina (persistência como a habilidade de continuar com uma tarefa apesar do tédio ou

distrações) perante a insuficiência subjetiva do sono, embora num menor grau quanto à faceta de Ordem (tendência de manter o ambiente limpo e bem organizado).

Há um estudo na área da personalidade que considera a própria energia do indivíduo para realizar o que tem a fazer como um preditor protetor de insónia. Esta apresenta-se como uma característica da conscienciosidade (economizar energia para ter tempo disponível para fazer coisas) e está ligada ao fator de competência pessoal. No seu estudo, Lundh, Broman, Hetta e Saboonchi (1994) verificaram que os insones apresentam o relato de que têm que gastar mais energia do que outros para fazer tarefas. Essa tensão autoimposta pode estar associada a atitudes perfeccionistas, como altos padrões pessoais, preocupação com os erros, dúvidas acerca da qualidade do seu desempenho e um exagerado ênfase na precisão, ordem e organização (Frost *et al.*, 1990 *cit. in* Vincent & Walker, 2000; Lundh, Broman Hetta & Saboonchi, 1994) que, por sua vez, são aspetos ligadas ao fator de Autodisciplina.

É, de forma geral, reconhecido que estas várias crenças e traços podem ser muito adaptativas nas circunstâncias corretas e também no grau apropriado. O perfeccionismo e a perseverança podem aparecer como estratégias diurnas eficientes que garantam a resolução eficaz de problemas (Vincent & Walker, 2000).

Os indivíduos com falta de perseverança (incapacidade para permanecer focado em uma tarefa, especialmente se esta última é chata ou difícil) são particularmente propensos a responder com preocupação, o que produz atividade mental indesejada durante a noite (Lavie, 2010; Schmidt, Harvey & Linden, 2011; Whiteside & Lynam, 2001). Por outro lado, importa ressaltar que estas características que pressupõem o pensamento repetitivo podem não ser necessariamente destrutivas. Podem assumir-se como fator que agilize o planeamento e a resolução de problemas. Esta suposição está de acordo com a evidência de que a resolução estruturada de problemas à noite pode diminuir a agitação cognitiva pré-sono, facilitando assim o sono (Carney e Waters, 2006; Schmidt, Harvey & Linden, 2011). O autocontrolo (capacidade de escolher metas, as respostas e monitorar o progresso, incluindo a resistência a impulsos prazerosos para melhor atender às metas de longo prazo) pode assim cooperar para a capacidade de se ser flexível e adaptar-se a novas exigências (Pilcher, Morris, Donnelly & Feigl, 2015), sendo que investigações sugerem que indivíduos que relatam bons hábitos de sono têm uma menor tensão psicológica e maior autocontrolo e, por sua vez, o sono suficiente é necessário para reformar a energia autorreguladora (Barber, Grawitch & Munz, 2013).

Os resultados relativamente às horas e sensação reparadora do sono revelaram-se correlacionados com a Competência Pessoal, facto corroborados pela literatura. Um estudo revelou que os indivíduos que dormiam, em média, de sete a oito horas relatam maior satisfação com a vida em comparação com outros que dormiam menos de seis horas por noite (*National Sleep Foundation, 2002*). Uma possível explicação para esse efeito é que os indivíduos com um melhor comportamento de saúde relativamente ao sono são aqueles que apresentam estratégias de enfrentamento mais adaptáveis (Lemola, Rääkkönen, Gomez & Allemand, 2012). Quando o indivíduo tem horas de sono consideradas satisfatórias, a sua capacidade de autoproteção para enfrentar as dificuldades é beneficiada, pois contribui para que o indivíduo se perceciono como tendo valor e com capacidades devido ao reconhecimento de ser um indivíduo satisfeito com a vida. Em oposto, se o sono não é percecionado como suficiente, o indivíduo pode experienciar *stress* ou depressão (Seo, 2009; You & Lee, 2014 *cit. in* Lee & Kim, 2016).

Relativamente aos restantes fatores, nomeadamente, a autonomia, a resolução de problemas e o otimismo, estes não se mostraram correlacionados de forma significativa com os itens do sono. No entanto, na literatura estes vários fatores são considerados como presumíveis *buffers* de perturbações subjetivas no sono.

Vários estudos que investigam estratégias de enfrentamento como mediadores entre a relação do *stress* e sono, revelam que estratégias de enfrentamento adaptativas como a resolução de problemas são frequentemente correlacionadas com não insones (LeBlanc *et al.*, 2007; Jarrin, Chen, Ivers & Morin, 2014; Morin, Rodrigue & Ivers, 2003). Um estudo acerca da satisfação das necessidades psicológicas no sono analisado através da teoria da autodeterminação, refere a autonomia (experiência de tomada de decisão e autoaprovação) como um fator que, quando não satisfeito pelo indivíduo, pode levar à experiência de mais eventos negativos, o que pode elevar a excitação antes do sono através da preocupação e do *stress* e, dessa forma, afetar negativamente o sono (Campbell *et al.*, 2015).

Para além do já reconhecido, o resultado que se desvia mais da literatura existente é a correlação não significativa do otimismo com perturbações subjetivas do sono. Vários autores encontraram resultados significativos relativamente à correlação entre o otimismo e qualidade do sono, uma vez que, defendem que indivíduos otimistas são aqueles que apresentam estratégias de enfrentamento mais adaptativas perante o *stress* e eventos negativos, tendo assim um impacto positivo no sono (Lemola, Rääkkönen, Gomez & Allemand, 2012; Sing & Wong, 2011; Uchino *et al.*, 2016). Supõe-se então que o

indivíduo, quando pessimista, sente dificuldades em dormir, talvez explicado pela sua propensão para se envolver em padrões de pensamento negativo e da falta de expectativa positiva acerca do futuro (Conway, Magai, Springer & Jones, 2008), conduzindo a perturbações subjetivas do sono.

Também foram analisadas as diferenças de género nos níveis da resiliência e de sono e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. De facto a literatura revela uma inconsistência relativamente às diferenças entre o género e resiliência. Vários estudos neste âmbito não revelaram, de forma geral, diferenças estatisticamente significativas (Lam & McBride-Chang, 2007; Leary & DeRosier, 2012). O efeito protetor do género para mitigar o impacto de eventos negativos através de capacidades de adaptação é ainda desconhecido. Neste sentido, mais investigações são necessárias nesta área.

Quanto às diferenças de género relativamente às perturbações subjetivas de sono, a literatura assume que há, de uma forma consistente, maior prevalência de insónia no género feminino, transversal a vários países e culturas (Chen *et al.*, 2004; Doi, Minowa, Okawa & Uchiyama, 1999; Tsai & Li, 2004). Estudos que analisaram padrões de sono em estudantes universitários revelaram estas mesmas evidências, nomeadamente, início e manutenção do sono mais comprometidos no género feminino (Buboltz, Brown & Soper, 2001; Gomes, Tavares & Azevedo, 2009). No entanto, no presente estudo as análises não revelaram diferenças estatisticamente significativas, talvez devido a que as mulheres com idade entre 18 e 24 anos apesar de irem mais cedo para a cama e acordarem mais cedo do que os homens têm, essencialmente, a mesma quantidades de tempo total de sono, número de despertares e sesta durante o dia (Doi, Minowa, Okawa & Uchiyama, 1999, Lindberg *et al.*, 1997; Tsai & Li, 2004) ou também devido ao constrangimento da assimetria da amostra deste estudo que pode ter tido um impacto nestes resultados.

Reconhecendo os fatores da escala de resiliência, apenas a Competência Pessoal se mostrou um preditor negativo de perturbações subjetivas de sono. De facto, as estratégias de enfrentamento e a competência para a resolução de problemas são fatores estudados no âmbito de preditores de qualidade do sono (Morin, Rodrigues & Ivers, 2003; Sadeh, Keinan & Daon, 2004; Schlarb, Kulesa & Gulewitsch, 2012).

Klomegah (2007 *cit. in* Schlarb, Kulesa & Gulewitsch, 2012) refere que a autoeficácia é a capacidade de gerir o comportamento futuro e a expectativa que o indivíduo tem em relação a ações dominadas pela competência pessoal. Em linha com isso, Bouchard, Bastien e Morin (2003) investigaram a baixa autoeficácia no contexto dos

problemas do sono e os resultados revelaram que a autoeficácia foi menor nos estudantes que sofrem de insônia. Pode-se antecipar que a autoeficácia elevada pode ser um fator protetor para problemas de sono (Schlarb, Kulesa & Gulewitsch, 2012). Apresenta-se assim a hipótese de que os insones podem ter mecanismos de enfrentamento deficitários, pois tendem a internalizar conflitos e a ruminar acerca do que deveriam ter feito ou dito numa dada situação o que levaria, naturalmente, à excitação na hora de dormir. Assim sendo, em contraste, indivíduos que enfrentam de forma mais adaptativa o *stress* quotidiano podem ir para a cama mais serenos e, conseqüentemente, dormir melhor (Morin, Rodrigue & Ivers, 2003).

Muitas características podem ser atribuídas a indivíduos resilientes, nomeadamente, aptidão para a adaptação à mudança, sentido de controlo realista, sentido de humor, autoeficácia, confiança, compaixão e empatia, alta autoestima, elevada energia, orientação para objetivos de vida, enfrentamento ativo e pró-ativo como o planeamento e solução de problemas, entre outros (Connor & Davidson, 2003; Schetter & Dolbier, 2011). Estas características revelam que o indivíduo resiliente tem a capacidade de ser bem-sucedido na gestão da sua vida e na conquista dos seus objetivos. Dessa forma, se as perturbações subjetivas de sono são apontadas como um fator *stressor*, a própria definição do indivíduo resiliente, isto é, indivíduo com capacidade de superar a adversidade, implica que este deva ser capaz de superar as dificuldades perante o sono (McCuistion, 2016).

Tendo em conta os resultados deste estudo, pode-se concluir que estes fatores de Competência Pessoal e Autodisciplina terão um papel importante para a prevenção de problemas do sono e que, por outro lado, as diferenças de género não têm um impacto conclusivo tanto na resiliência como nos problemas subjetivos de sono.

6. Limitações e Sugestões futuras

Foram encontradas algumas limitações ao longo do estudo, nomeadamente a amostra não ser representativa e ser de conveniência. É, maioritariamente, do género feminino e com uma maior incidência de participantes a frequentar o curso de psicologia (41.3%), sendo que estes têm uma maior familiaridade com os construtos, o que pode ter impacto nos resultados.

Existem poucas, bem como muito incipientes investigações acerca da relação entre a resiliência e o sono, principalmente, em estudantes universitários. Este ponto pode ser encarado como positivo, revelando que este estudo é inovador.

Apesar de existir uma ou outra investigação, em diferentes áreas, que encontraram resultados similares aos encontrados neste estudo, nenhuma investigação levantou ou analisou hipóteses causais para estes resultados. Também foi sendo visível a existência de inúmeras pesquisas que analisavam preditores negativos, não existindo muita investigação acerca de preditores positivos de perturbações subjetivas do sono.

Neste sentido, seria pertinente realizar mais investigações nesta área sendo um tema, na sua maioria, por explorar. Em estudos futuros seria interessante realizar um estudo longitudinal que permitisse avaliar fatores de risco e protetores, integrando várias outras variáveis como o *stress*, a personalidade, no sentido de apoiar a base teórica e encontrar razões causais para as correlações encontradas.

Por fim, outro aspeto que não foi realizado neste estudo e seria interessante, consistia na exploração das diferenças de género de uma forma mais aprofundada, nomeadamente, dentro dos grupos *Good sleepers* e *Insónia*.

7. Referências Bibliográficas

- A. P. A. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5 ed.). Climepsi Editores.
- Azevedo, M. H., Bos, S. C., Soares, M. J., Marques, M., Pereira, A. T., Maia, B., Gomes, A. A. & Macedo, A. (2010). Longitudinal study on perfectionism and sleep disturbance. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(2), 476-485. DOI:10.3109/15622970903304467.
- Ban, D. J., & Lee, T. J. (2001). Sleep Duration, Subjective Sleep Disturbances and Associated Factors Among University Students in Korea. *The Korean Academy of Medical Sciences*, 16, 475-480. DOI:10.3346/jkms.2001.16.4.475.
- Barber, L., Grawitch, M. J., & Munz, D. C. (2013). Are Better Sleepers More Engaged Workers? A Self-regulatory Approach to Sleep Hygiene and Work Engagement. *Stress Health*, (29), 307–316. DOI:10.1002/smi.2468.
- Bixler, E. O., Papaliaga, M. N., Vgontzas, A. N., Lin, H.-M., Pejovic, S., Karataraki, M., Vela-Bueno, A. & Chrousos, G. P. (2009). Women sleep objectively better than men and the sleep of young women is more resilient to external stressors: effects of age and menopause. *European Sleep Research Society*, (18), 221–228. DOI:10.1111/j.1365-2869.2008.00713.x.

- Bouchard, S., Bastien, C., & Morin, C. M. (2003). Self-Efficacy and Adherence to Cognitive-Behavioral Treatment of Insomnia. *Behavioral Sleep Medicine, 1*(4), 187-199. DOI:org/10.1207/S15402010BSM0104_2.
- Buboltz, W. C., Brown, F., & Soper, B. (2001). Sleep Habits and Patterns of College Students: A Preliminary Study. *Journal of American College Health, 50*(3), 131-135. DOI:10.1080/07448480109596017.
- Brown, F. C., Buboltz, W. C., & Soper, B. (2006). Development and Evaluation of the Sleep Treatment and Education Program for Students (STEPS). *Journal of American College Health, 54*(4), 231-237. DOI:10.3200/JACH.54.4.231-237.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos da Atualidade*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Campbell, R., Vansteenkiste, M., Delesie, L. M., Mariman, A. N., Soenens, B., Tobbac, E., Kaap-Deeder, J. V. & Vogelaers, D. P. (2015). Examining the role of psychological need satisfaction in sleep: A Self-Determination Theory perspective. *Personality and Individual Differences, 77*, 199–204. DOI:10.1016/j.paid.2015.01.003.
- Carney, C. E., & Waters, W. F. (2006). Effects of a Structured Problem-Solving Procedure on Pre-Sleep Cognitive Arousal in College Students With Insomnia. *Behavioral Sleep Medicine, 4*(1), 13–28. DOI:10.1207/s15402010bsm0401_2.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82. DOI:10.1002/da.10113.
- Conway, F., Springer, C., Magai, C., & Jones, S. C. (2008). Optimism and pessimism as predictors of physical and psychological health among grandmothers raising their grandchildren. *Journal of Research in Personality, 42*, 1352–1357. DOI:10.1016/j.jrp.2008.03.011.
- Costa, M. C., & Bigras, M. (2007). Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva, 12*(5), 1101-1109. Doi:10.1590/S1413-81232007000500002.
- Chatburn, A., Coussens, S., & Kohel, M. J. (2014). Resiliency as a mediator of the impact of sleep on child and adolescent behavior. *Nature and Science of sleep, 1*-9. DOI:org/10.2147/NSS.S54913.
- Chen, Y.-Y., Kawachi, I., Subramanian, S. V., Acevedo-Garcia, D., & Lee, Y.-J. (2005). Can social factors explain sex differences in insomnia? Findings from a National

- Survey in Taiwan. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 488–494. DOI:10.1136/jech.2004.020511.
- Davies, D. (2003). *Insônia: esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Ágora.
- Dissel, S., Seugnet, L., Thimgan, M. S., Silverman, N., Angadi, V., Thacher, P. V., Burnham, M. M., Shaw, P. J. (2015). Differential activation of immune factors in neurons and glia contribute to individual differences in resilience/vulnerability to sleep disruption. *Brain, Behavior, and Immunity*, (47), 75–85. DOI:10.1016/j.bbi.2014.09.019.
- Doi, Y., Minowa, M., Okawa, M., & Uchiyama, M. (1999). Prevalence of Sleep Disturbance and Hypnotic Medication Use in Relation to Sociodemographic Factors in the General Japanese Adult Population. *Journal of Epidemiology*, 10(2), 79-86. DOI:http://doi.org/10.2188/jea.10.79.
- Fernandes, R. M. (2006). O sono normal. *Medicina, Ribeirão Preto*, 39(2), 157-168.
- Germain, A. (2015). Resilience and Readiness through Restorative Sleep. *SLEEP*, 38(2), 173-175. DOI:org/10.5665/sleep.4388.
- Gomes, A. A., Tavares, J., & Azevedo, M. H. (2009). Padrões de Sono em Estudantes Universitários Portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 545-552.
- González-Torres, C., & Artuch-Garde, R. (2014). Resilience and Coping Strategy Profiles at University: Contextual and Demographic Variables. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(3), 621-648. DOI:http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.34.14032.
- Gray, E. K., & Watson, D. (2002). General and specific traits of personality and their relation to sleep and academic performance. *Journal of Personality*, 70(2), 177-206. DOI:10.1111/1467-6494.05002.
- Jarrin, D. C., Chen, I. Y., Ivers, H., & Morin, C. M. (2014). The role of vulnerability in stress-related insomnia, social support and coping styles on incidence and persistence of insomnia. *Journal of Sleep Research*, (23), 681–688. DOI:10.1111/jsr.12172.
- Kobayashi, I., Lavela, J., Bell, K., & Mellman, T. A. (2016). The impact of posttraumatic stress disorder versus resilience on nocturnal autonomic nervous system activity as functions of sleep stage and time of sleep. *Physiology & Behavior*, (164), 11–18. DOI:10.1016/j.physbeh.2016.05.005.

- Lam, C. B., & McBride-Chang, C. A. (2007). Resilience in Young Adulthood: The Moderating Influences of Gender-related Personality Traits and Coping Flexibility. *Sex Roles, 56*, 159–172. DOI:10.1007/s11199-006-9159-z.
- Lavie, P. (2010). Insomnia: more questions need answers. *Journal of Sleep Research, 19*, 1-2. DOI:10.1111/j.1365-2869.2010.00836.x.
- Leary, K. A., & DeRosier, M. E. (2012). Factors Promoting Positive Adaptation and Resilience during the Transition to College. *Scientific Research Corporation, 3*(12), 1215-1222. DOI:org/10.4236/psych.2012.312A180.
- LeBlanc, M., Beaulieu-Bonneau, S., Mérette, C., Savard, J., Ivers, H., & Morin, C. M. (2007). Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *Journal of Psychosomatic Research, (63)*, 157– 166. DOI:10.1016/j.jpsychores.2007.03.004.
- Lee, S.-M., & Kim, J.-H. (2016). Differences of adaptation to school and self-resilience before and after sleep education for adolescent. *Journal of Exercise Rehabilitation, 12*(3), 176-181. DOI:10.12965/jer.1632588.294.
- Lemola, S., Räikkönen, K., Gomez, V., & Allemand, M. (2013). Optimism and Self-Esteem Are Related to Sleep. Results from a Large Community-Based Sample. *International Journal of Behavioral Medicine, 20*(4), 567-571. DOI:10.1007/s12529-012-9272-z.
- Lindberg, E., Janson, C., Gislason, T., Bjornsson, E., Hetta, J., & Boman, G. (1997). Sleep disturbances in a young adult population: Can gender differences be explained by differences in psychological status? *American Sleep Disorders Association and Sleep Research Society, 20*(6), 381-387.
- Li, M.-h. (2008). Helping College Students Cope: Identifying Predictors of Active Coping in Different Stressful Situations. *Journal of Psychiatry, Psychology and Mental Health, 2*(1), 1-15. DOI:http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.558.307.
- Li, R., Wing, Y., Ho, S., & Fong, S. (2002). Gender differences in insomnia — a study in the Hong Kong Chinese population. *Journal of Psychosomatic Research, (53)*, 601–609. DOI:http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00437-3.
- Liu, X., Liu, C., Tian, X., Zou, G., Li, G., Kong, L., & Li, P. (2015). Associations of Perceived Stress, Resilience and Social Support with Sleep Disturbance Among Community dwelling Adults. *Stress and Health*. DOI:10.1002/smi.2664.

- Lundh, L.-G., Broman, J.-E., Hetta, J., & Saboonchi, F. (1994). Perfectionism and Insomnia. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 23(1), 3-18. DOI:org/10.1080/16506079409455949.
- Margis, R. (2015). Terapia Cognitivo-Comportamental na Insônia. *Revista Debates em Psiquiatria*, 22-27.
- McCustion, T. S. (2016). *The Relationship Between Resilience and Sleep Quality*. Abilene Christian University.
- McLafferty, M., Mallett, J., & McCauley, V. (2012). Coping at university: The role of resilience, emotional intelligence, age and gender. *Journal of Quantitative Psychological Research*, 1, 1-6.
- Morin, C. M., & Espie, C. A. (2012). *The Oxford Handbook of Sleep and Sleep Disorders*. Oxford Library of Psychology. https://books.google.pt/books?id=f6p2KGTXSNYC&pg=PA177&lpg=PA177&dq=positive+effects+of+resilience+in+sleep&source=bl&ots=FXWQmO3jWb&sig=e5tPVoR2J7qUHHZqagiR_SWE8Xc&hl=ptPT&sa=X&ved=0ahUKEwilk-fP0TPAhURM8AKHbipC4MQ6AEIbDAJ#v=onepage&q=positive%20effects%20of%20resilience%20in%20sleep&f=false.
- Morin, C. M., Rodrigue, S., & Ivers, H. (2003). Role of Stress, Arousal, and Coping Skills in Primary Insomnia. *Psychosomatic Medicine*, 65, 259–267. DOI:10.1097/01.PSY.0000030391.09558.A3.
- Müller, M. R., & Guimarães, S. S. (2007). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 519-528. DOI:http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400011.
- McCustion, T. S. (2016). *The Relationship Between Resilience and Sleep Quality*. Abilene Christian University.
- McGillivray, C. J., & Pidgeon, A. M. (2015). Resilience Attributes Among University Students: A Comparative Study of Psychological Distress, Sleep Disturbances and Mindfulness. *European Scientific Journal*, 11(5), 1857–7881.
- National Sleep Foundation (2002). Executive summary of the 2002 sleep in America poll. <https://sleepfoundation.org/sites/default/files/2002SleepInAmericaPoll.pdf>.
- Neves, G. S., Giorelli, A. S., Florido, P., & Gomes, M. M. (2013). Transtornos do sono: visão geral. *Revista Brasileira de Neurologia*, 49(2), 57-71.
- Oliveira, M. F., & Machado, T. S. (2011). Tradução e validação da Escala de Resiliência para Estudantes do Ensino Superior. *Análise Psicológica*, 4(29), 579-591.

- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (4 ed.). Australia: Allen & Unwin.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. (2004). Risco e Proteção: Em Busca de um Equilíbrio Promotor de Resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000200006>.
- Pilcher, J. J., Morris, D. M., Donnelly, J., & Feigl, H. B. (2015). Interactions between sleep habits and self-control. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9(284), 1-5. DOI:10.3389/fnhum.2015.00284.
- Pinheiro, D. P. (2004). A Resiliência em Discussão. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 67-75. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722004000100009>.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416. DOI:10.1590/S0103-166X2008000300009.
- Poulin, J., Kim, W. J., & Germain, A. (2011). Resilience through Sleep. *Sleep Disorders & Therapy*, 1(2), 105-106. DOI:10.4172/2167-0277.1000e105.
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2012). Avaliação da Resiliência: Controvérsia em Torno do Uso das Escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 248-255. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000200006>.
- Ripar, A. A., Evangelista, F. S., & Paula, F. V. (2008). Resiliência e gênero. *Psicólogo inFormação*, 12(12), 33-52. DOI:<http://dx.doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v12n12p33-52>.
- Rutter, M. (2003). Genetic Influences on Risk and Protection: Implications for Understanding Resilience. Em S. S. Luthar, *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*, 489-509. Cambridge. DOI:<http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511615788.022>.
- Sadeh, A., Keinan, G., & Daon, K. (2004). Effects of Stress on Sleep: The Moderating Role of Coping Style. *Health Psychology*, 23(5), 542-545. DOI:10.1037/0278-6133.23.5.542.
- Segovia, F., Moore, J. L., Lhnville, S., Hoy, R. E., & Hain, R. E. (2013). Sleep and Resilience: A Longitudinal 37-Year Follow-up Study of Vietnam Repatriated Prisoners of War. *Military Medicine*, 178(2), 196-201. DOI:<https://doi.org/10.7205/MILMED-D-12-00227>.

- Sing, C. Y., & Wong, W. S. (2011). The effect of optimism on depression: The mediating and moderating role of insomnia. *Journal of Health Psychology, 16*(8), 1251-1258. DOI:<https://doi.org/10.1177/1359105311407366>.
- Schetter, C. D., & Dolbier, C. (2011). Resilience in the Context of Chronic Stress and Health in Adults. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(9), 634–652. DOI:10.1111/j.1751-9004.2011.00379.x.
- Schlarb, A. A., Kulesa, D., & Gulewitsch, M. D. (2012). Sleep characteristics, sleep problems, and associations of self-efficacy among German university students. *Nature and Science of Sleep, 4*, 1-7. DOI:<https://doi.org/10.2147/NSS.S27971>.
- Schmidt, R. E., Gay, P., Ghisletta, P., & Linden, M. V. (2010). Linking impulsivity to dysfunctional thought control and insomnia: a structural equation model. *Journal of Sleep Research, 3*–11. DOI:10.1111/j.1365-2869.2009.00741.x.
- Schmidt, R. E., Harvey, A. G., & Linden, M. V. (2011). Cognitive and affective control in insomnia. *Frontiers in Psychology, 2*(349), 1-12. DOI:10.3389/fpsyg.2011.00349
- Shi, M., Liu, L., Wang, Z. Y., & Wang, L. (2015). The Mediating Role of Resilience in the Relationship between Big Five Personality and Anxiety among Chinese Medical Students: A Cross-Sectional Study. *PLoS One, 10*(3), 1-12. DOI:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119916>.
- Taboada, N. G., Legal, E. J., & Machado, N. (2006). Resiliência: Em Busca de um Conceito. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 16*(3), 104-113.
- Uchino, B. N., Cribbet, M., Grey, R. G., Cronan, S., Trettevik, R., & Smith, T. W. (2016). Dispositional optimism and sleep quality: a test of mediating pathways. *Journal of Behavioral Medicine, 1*-6. DOI:10.1007/s10865-016-9792-0.
- Vincent, N. K., & Walker, J. R. (2000). Perfectionism and chronic insomnia. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 349-354. DOI:[http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00175-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00175-6).
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences, 30*, 669-689. DOI:10.1016/S0191-8869(00)00064-7.
- Yang, C.-M., Wu, C.-H., Hsieh, M.-H., Liu, M.-H., & Lu, F.-H. (2003). Coping With Sleep Disturbances Among Young Coping With Sleep Disturbances Among

Young in Taiwan. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3), 133-138.
DOI:10.1080/08964280309596066.

Yeager, D. S., & Dweck, C. S. (2012). Mindsets That Promote Resilience: When Students Believe That Personal Characteristics Can Be Developed. *Journal of Educational Psychology*, 47(4), 302-314.
DOI:<http://dx.doi.org/10.1080/00461520.2012.722805>.

Zhang, B., & Wing, Y.-K. (2006). Sex Differences in Insomnia: A Meta-Analysis. *SLEEP*, 29(1), 85-93.