

Mónica Sofia dos Santos Correia

*Sonolência Diurna Excessiva e  
Bem-Estar Subjetivo em alunos do  
Ensino Superior*



Universidade Fernando Pessoa

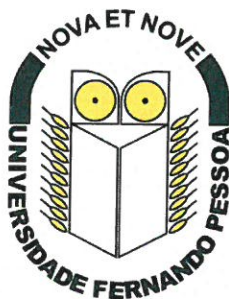
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2018



Mónica Sofia dos Santos Correia

*Sonolência Diurna Excessiva e  
Bem-Estar Subjetivo em alunos do  
Ensino Superior*



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2018

Mónica Sofia dos Santos Correia

*Sonolência Diurna Excessiva e  
Bem-Estar Subjetivo em alunos do  
Ensino Superior*

---

Mónica Sofia dos Santos Correia

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Fernando Pessoa, sob a  
orientação da Professora Doutora Rute  
Meneses, como parte dos requisitos para a  
obtenção do grau de Mestre em Psicologia  
Clínica e da Saúde.

*“No final de contas só a vida educa. A vida revela-se como um sistema de criação, de permanente tensão e superação, de constante criação e combinação de novas formas de comportamento. Assim, cada ideia, cada momento e cada vivência são uma aspiração de criar uma nova realidade, um ímpeto no sentido de alguma coisa nova. Os problemas da educação serão resolvidos quando forem resolvidas as questões da vida”.*

Vygotski, 2001

*“Bem-estar é o grau no qual a pessoa avalia globalmente a sua vida de uma forma positiva, ou seja, quanto a pessoa gosta da vida que leva”*

Pais-Ribeiro, 2012, p.22

*“Só há um segredo para parecer mais novo do que se é, há só um: dormir. É um segredo que só se descobre quando já é tarde, mas é verdade: o tempo passado a dormir não conta. Só envelhece quando se está acordado.”*

Miguel Esteves Cardoso, In “Os meus problemas”

## Resumo

A entrada no ensino superior é um marco na vida de muitos estudantes. E cada indivíduo experiencia esta nova etapa de modo diferente, dependendo das suas características individuais, mas também, do meio em que se encontra inserido, pois as exigências impostas pela sociedade atual requerem maior nível de competências e de habilidades pessoais. São diversos os fatores que influenciam desfavoravelmente na higiene do sono, repercutindo-se em sonolência diurna excessiva; assim como no bem-estar subjetivo (satisfação com a vida, afeto positivo e afeto negativo).

As causas da sonolência diurna excessiva são múltiplas e refere-se à privação crônica de sono, caracterizando-se pela grande probabilidade do indivíduo de sentir impelido a dormir em momentos inapropriados.

Os estudantes universitários são uma população propensa a transtornos do sono devido a vários fatores, tais como, a carga horária e a exigência de alto rendimento. Apresentam muitas vezes elevado grau de ansiedade associada à necessidade de obter bom desempenho nos estudos e face às dificuldades apresentadas em prol da sobrevivência longe da família.

Ora, considera-se satisfação com a vida como um juízo subjetivo que cada indivíduo faz da própria vida, de acordo com padrão pré-estabelecido pelo mesmo. Sendo que, a satisfação com a vida se encontra relacionada com indicadores de funcionamento psicológico positivo.

Os estudantes universitários percebem de forma singular todas as mudanças que emergem da sua entrada ou permanência no mundo universitário, pelo que esta individualidade lhes permite vivenciar afetos positivos ou negativos. Assim, o afeto positivo reflete o nível de entusiasmo, de alerta e de atividade que caracteriza o indivíduo, enquanto o afeto negativo manifesta a dimensão geral da ansiedade subjetiva e de compromisso desagradável.

O presente estudo de natureza exploratória e transversal pretende analisar se existe associação entre sono, satisfação com a vida e afetos em alunos do ensino superior.

Estudou-se uma amostra não probabilística, de conveniência, constituída por 264 estudantes que se encontravam a frequentar o primeiro ciclo de estudos no ensino superior.

Utilizou-se um questionário sociodemográfico e três escalas: Escala de Satisfação com a Vida – SWLS, a Escala de Afetos – PANAS e a Escala de Sonolência Diurna Excessiva – ESE.

Conclui-se, com maior relevância, que o bem-estar subjetivo se encontra relacionado com a percepção de saúde; que o afeto interfere na sonolência diurna excessiva e que se relaciona com a satisfação com a vida.

**Palavras-chave:** Estudantes Universitários; Sonolência Diurna Excessiva; Bem-estar Subjetivo; Satisfação com a vida; Afetos.

## **Abstract**

The Entry into higher education is a milestone in the lives of many students. Each individual experiences this new stage differently, depending on their individual characteristics, but also on the environment in which they are inserted, because the demands imposed by the current society require a higher level of skills and personal skills. There are several factors that have an unfavorable influence on sleep hygiene, resulting in excessive daytime sleepiness; as well as in subjective well-being (satisfaction with life, positive affect and negative affect).

The causes of excessive daytime sleepiness are multiple and refer to chronic sleep deprivation, characterized by the high probability of the individual feeling impelled to sleep at inappropriate times.

College students are a population prone to sleep disorders due to various factors, such as the workload and the requirement of high performance. They often present high levels of anxiety associated with the need to perform well in the studies and in the face of the difficulties presented for survival away from the family.

Now, considered satisfaction with life is subjective judgment that each individual makes of his own life, according to the pattern pre-established by him. Being that, satisfaction with life is related to indicators of positive psychological functioning.

The university students perceive in a singular way all the changes that emerge from their entrance or permanence in the university world, reason why this individuality allows them to experience positive or negative affections. Thus, positive affection reflects the level of enthusiasm, alertness, and activity that characterizes the individual, while negative affection manifests the general dimension of subjective anxiety and unpleasant commitment.

The present exploratory and cross - sectional study intends to analyze if there is an association between sleep, life satisfaction and affection in students of higher education.

A non-probabilistic, convenience sample was studied, consisting of 264 students who were attending the first cycle of studies in higher education.

A sociodemographic questionnaire and three scales were used: Life Satisfaction Scale - SWLS, Affect Scale - PANAS and the Excessive Daytime Sleepiness Scale - ESE.

Concluded, with greater relevance, that the subjective well-being is related to the health perception; that affection interferes with excessive daytime sleepiness and is related to satisfaction with life.

**Keywords:** University Students; Excessive Day Drowsiness; Subjective well-being; Satisfaction with life; Affections.

## **Dedicatória**

Aos meus pais que me tornaram um ser Especial e Único.

Ao meu marido, por todo amor, confiança, motivação, por  
todas as determinantes que tornaram possível  
o crescer das minhas conquistas vitoriosas.

Aos meus filhos que são o oxigênio do meu Ser.

## **Agradecimentos**

No culminar deste ciclo de saberes experienciais nos meandros da psicologia quero agradecer o apoio daqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para o confinamento co-constutivo deste período de aprendizagem, que me permite concluir mais um objetivo no meu percurso vivencial.

À minha orientadora Professora Doutora Isabel Silva pela disponibilidade, serenidade, ética, compreensão, ensinamento e pela confiança depositada no meu trabalho, bem como pelas constantes reflexões permitindo incrementar o meu Ser tanto como pessoa, como profissional.

À Professora Doutora Rute Meneses por todo o apoio e por me incentivar a progredir de forma assertiva.

À Universidade Fernando Pessoa, principalmente aos profissionais do curso de Licenciatura em Psicologia, bem como Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pelos conhecimentos transmitidos.

A todos os profissionais não docentes, o meu sincero obrigada pela disponibilidade e simpatia com que me acolheram, pelo seu profissionalismo e colaboração que constantemente demonstraram nas diversas situações.

À minha família pelo sucesso que me incentivou a alcançar.

À minha mãe, Palmira, pela sua maneira tão peculiar de demonstrar o seu afeto e aconchego e à sua imprescindível ajuda.

Ao Adélio pelo seu constante incentivo e fazer-me acreditar que seria possível concretizar o meu sonho e alcançar tudo o que desejo.

Ao meu pai, Aníbal, por me fazer acreditar nos sonhos e pelas borboletas na barriga com a sua reintegração na minha vida.

À minha irmã, pelo auxílio prestado enquanto tia, que me permitiu todas as maratonas inerentes a um estudo acadêmico.

Aos meus filhos, Tatiana e Martim, pelo seu carinho, ternura e por cada sorriso demonstrado a cada dia que serve de alento para continuar a lutar, permitindo-me olhar a vida de uma nova perspectiva e acreditar que com esforço e determinação tudo é possível. Amo-vos mais que tudo!

Ao meu marido, Alfredo Albuquerque, um agradecimento especial, pela sua amizade e companheirismo, pelo seu olhar atento, pela forma incansável com que me acompanhou ao longo destes árduos anos, pelo seu apoio emocional que me permitiu ultrapassar cada etapa desta jornada, pelas tantas vezes que me impulsionou a ser mais e melhor. Obrigado meu amor, Amo-te!

A todos os colegas de turma pela cooperação, pela partilha de conhecimentos e emoções, pela disponibilidade constante, sem os quais todo este percurso não seria o mesmo.

À “mãe” Lú pela co-partilha de emoções enriquecedoras à construção de uma narrativa comum e pela amizade única que sempre demonstrou.

A todos, Muito Obrigada!

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Parte I - Enquadramento Teórico</b> .....	4
<b>Capítulo I – O Sono e Sonolência Diurna Excessiva</b> .....	5
1.1. Estudo científico do Sono .....	6
1.2. Sono .....	7
1.3. Neurofisiologia do Sono.....	9
1.3.1. Características do Sono.....	9
1.3.2. Estádios do Sono.....	10
1.3.3. Ritmo Circadiano do Sono e Regulação Homeostática.....	12
1.4. Distúrbios do Sono.....	14
1.5. Sonolência Diurna Excessiva.....	15
1.6. Sonolência Diurna Excessiva nos alunos do Ensino Superior.....	17
<b>Capítulo II – O Bem-Estar Subjetivo</b> .....	23
2.1. Conceito de Bem-Estar Subjetivo.....	24
2.2. Perspetivas sobre o Bem-Estar Subjetivo .....	26
2.3. Determinantes do Bem-Estar Subjetivo.....	27
2.4. Satisfação com a Vida.....	29
2.5. Afetos: Afeto positivo e Afeto negativo.....	31
2.6. Bem-Estar Subjetivo nos alunos do Ensino Superior.....	34
<b>Parte II – Estudo Empírico</b> .....	38
<b>Capítulo IV - Investigação</b> .....	39
4.1. Objetivos e Variáveis da Investigação.....	40
4.2. Método .....	41
4.2.1. Participantes.....	41
4.2.2. Material.....	44
4.3. Procedimento .....	47
4.4. Resultados.....	48
<b>Discussão</b> .....	53
<b>Conclusão</b> .....	57
<b>Referências</b> .....	61

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Descrição da amostra por sexo em função do ano (N=264).....	42
<b>Tabela 2.</b> Descrição da amostra por idade em função do ano.....	42
<b>Tabela 3.</b> Descrição da amostra por faculdades da Universidade em função do ano.....	42
<b>Tabela 4.</b> Descrição da amostra por estado civil e nível socioeconómico em função do ano.....	43
<b>Tabela 5.</b> Descrição da amostra por estatuto académico e mudança do local de residência em função do ano .....	43
<b>Tabela 6.</b> Descrição da amostra em função da percepção geral do estado de saúde...44	
<b>Tabela 7.</b> Análise estatística da Sonolência Diurna Excessiva em função do sexo.....	49
<b>Tabela 8.</b> Análise estatística da Sonolência Diurna Excessiva em função da variável saída de casa.....	49
<b>Tabela 9.</b> Análise estatística do Bem-Estar Subjetivo em função da variável idade.....	50
<b>Tabela 10.</b> Análise estatística do Bem-Estar Subjetivo em função da variável sexo.....	50
<b>Tabela 11.</b> Análise estatística do Bem-Estar Subjetivo em função da variável Estudantes Deslocados de Casa.....	50
<b>Tabela 12.</b> Análise estatística do Bem-Estar Subjetivo em função da variável percepção de saúde.....	51
<b>Tabela 13.</b> Análise estatística do Bem-Estar Subjetivo em função da Sonolência Diurna Excessiva.....	51

## **Índice de Figuras**

<b>Figura 1.</b> Modelo Cognitivo Comportamental interativo da sonolência diurna excessiva.....	17
---	----

## **Introdução**

A entrada no Ensino Superior constitui um marco de relevo na construção da carreira. Tanto mais porque, as exigências impostas na atualidade, quer a nível das competências e das habilidades pessoais, como as alterações ocorridas no mercado de trabalho e a transformação do conceito de carreira, obrigam os estudantes do Ensino Superior a tornarem-se cidadãos flexíveis, adotando uma visão positiva em relação ao futuro (Magalhães, 2012; Tolentino, et al., 2014).

Contudo, nem sempre esta realidade se verifica, pois cada indivíduo tem a sua própria visão face ao que vivencia quer no presente, como em termos da perspetiva que tem no futuro, visto que o bem-estar está relacionado com o modo como a pessoa caracteriza, de forma geral, a sua vida. Isto é, o indivíduo usufrui de bem-estar quando existe equilíbrio entre afeto negativo, afeto positivo e satisfação com a vida (Pais-Ribeiro, 2012; Scorsolini-Comin, & Santos, 2011; Seligman, 2011).

Com a entrada no ensino superior, o estudante poderá sentir-se instável e perder a noção de bem-estar, pois é exposto a diversas alterações, tendo em conta ao que, até então, estava habituado a viver (Cunha et al., 2017; Tolentino et al., 2014). Essas alterações podem, por um lado, contribuir para o seu processo de desenvolvimento, independência e autonomia e, por outro, constituir sensações inadequadas e/ou perturbadoras. Deste modo, o processo de adaptação ao ensino superior é complexo e potencialmente pode gerar situações indutoras de stress, em diversos momentos da vida académica (Cunha et al., 2017; Tolentino et al., 2014).

O estudo do bem-estar subjetivo e da felicidade é feito desde a Antiguidade, quando o foco da psicologia deixou de estar do lado da psicopatologia e das perturbações mentais para abranger o funcionamento ótimo de cada indivíduo e o seu florescimento (Gable, & Haidt, 2005), entendido como saúde mental (Keyes, 2005). No entanto, o estudo destes conceitos tomou maiores proporções com os estudos efetuados por Diener (Diener, 1984). Os conceitos de bem-estar subjetivo e felicidade, mais do que construtos, apresentam-se como áreas de estudo (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999), que integram conceitos como satisfação com a vida, emoções positivas, otimismo, entre outros, que favorecem o incremento da saúde e maior longevidade (Diener, & Chan, 2011). O bem-estar subjetivo e a felicidade tornaram-se o cerne da psicologia positiva, uma vez que esta é a área de estudo científico das emoções positivas (Seligman, 2011). Indivíduos que vivem realidades semelhantes podem expressar sentimentos distintos, porque estar e ser feliz compreendem realidades diversas. Em causa encontra-se a forma ou o modo como

percecionam essa realidade e agem perante a mesma, o que pode ser influenciado pelo pensamento positivo, por exemplo, os indivíduos otimistas têm maior probabilidade de se orientar para a ação e resolução dos seus problemas, conseguindo experienciar mais momentos de bem-estar subjetivo do que os pessimistas (Larsen, & Eid, 2008; Scheier, & Carver, 1993).

Sendo uma das dimensões do bem-estar, o afeto faz parte da vida cotidiana de todas as pessoas e emerge com o intuito de auxiliar a sobrevivência e a reprodução humana, servindo para orientar os indivíduos a lidarem de modo adaptado com o mundo que os rodeia (Diener, & Chan, 2011; Diener, & Lucas, 2000). Pode-se, no entanto, dizer que o afeto se divide em afeto positivo e afeto negativo e que estas duas sub-dimensões interdependentes (Diener, & Biswas-Diener, 2000; Diener, Suh, & Oishi, 1997).

O ser humano, enquanto ser que pensa e que sente necessita, sem dúvida, de um equilíbrio físico e psíquico que engloba uma boa noite de sono. Como referiu Edgar Watson Howe (1853-1937), "*There is only one thing people like that is good for them; a good night's sleep*", pois a experiência adquirida nos últimos anos demonstrou que o sono é um comportamento de saúde. Bliwise (2008) salienta o sono como algo de importância preditiva para a saúde, doença, bem-estar e sobrevivência.

O sono é um mecanismo fisiológico fulcral na regulação das funções biológicas e cognitivas, desempenhando um papel preponderante na qualidade de vida dos indivíduos. A sua privação pode dar origem aos denominados distúrbios do sono, entre os quais optamos por abordar a sonolência diurna excessiva.

A sonolência diurna excessiva distingue-se do cansaço ou fadiga (Johns, & Hockings, 1997) e é definida pelo aumento da predisposição para dormir em momentos considerados inapropriados (Almondes, & Araújo, 2003). Caracteriza-se por episódios de sono em momentos em que o indivíduo deveria manter-se vígil.

Acredita-se, portanto, que o estudo destas variáveis pode funcionar como um ponto de partida para a consciencialização acerca da satisfação com a vida, afetos e sonolência diurna excessiva.

A questão de investigação que orienta este estudo é: Existe relação entre o Bem-Estar Subjetivo e a existência de Sonolência Diurna Excessiva em alunos do Ensino Superior.

A dissertação encontra-se estruturada em duas partes, sendo a primeira o enquadramento teórico, no qual são abordados os temas considerados como pertinentes e relacionados com as problemáticas que sustentam a investigação, tais como: Sono e Sonolência Diurna Excessiva; Bem-Estar Subjetivo – Satisfação com a Vida e Afetos e

uma segunda parte, diz respeito ao estudo empírico conduzido, apresentando-se os objetivos, o método adotado, incluindo a descrição dos participantes, material e procedimento utilizado para a colheita de dados, assim como, apresentação e discussão dos resultados.

## **PARTE I – Enquadramento Teórico**

---

# **Capítulo I – O Sono e Sonolência Diurna Excessiva**

### 1.1. Estudo científico do Sono

O estudo científico do sono teve início em pleno século XX e o seu percurso encontra-se demarcado por acontecimentos cronologicamente dispersos e muitas vezes desconsiderados na sua época (Cardoso, Bueno, Mata, Alves, Jochims, Filho, & Hanna, 2009; Gomes, Quinhones, & Engelhardt, 2010; Pereira, 2009). No entanto, desde a antiguidade que o ser humano tem demonstrado um incessante interesse no estudo e compreensão deste fenómeno. A civilização Egípcia já lhe conferia um carácter e origem divinos (Barbera, 2008), seguidos pelos Gregos que relacionavam o sono com a morte, visto que *Hipnos* personificava o sono e o seu irmão gémeo *Thanatos* a morte, ambos filhos de *Nix*, a rainha da noite (Gomes, Quinhones, & Engelhardt, 2010).

A descoberta e registo da atividade elétrica cerebral por Caton, em animais, em 1875, despoletou à era moderna o estudo do sono (Shepard *et al.*, 2005). Contudo, apenas em 1924, com o médico alemão Hans Berger a registar pela primeira vez a atividade elétrica do cérebro humano, concretizou-se o primeiro marco histórico do estudo e investigação científica do sono (Jouvet, 2001), constatando, que o registo do padrão de atividade elétrica cerebral – *eletroencefalograma (EEG)* da fase de sono e da fase de vigília eram nitidamente distintos (Bear, Connors, & Paradiso, 2001). Por sua vez, Loomis no Reino Unido, em 1937 (Rente & Pimentel, 2004), identifica as diversas componentes (ondas *delta*, complexos K e os fusos de sono) que atualmente sabemos serem os elementos característicos de uma fase de sono específica designada de sono NREM (*Non Rapid Eye Movement*) (Shepard *et al.*, 2005). Em 1939, com recurso a gatos, o médico anestesista Klaue, também alemão, verificou a coexistência de ondas lentas - atividade *delta* - com uma atividade cortical rápida descobrindo assim o *sono paradoxal* (Garrett, 2003; Jouvet, 2001). Em 1951, Aserinsky e Kleitman ao sono paradoxal associaram os movimentos oculares rápidos, passando esta fase a ser designada de sono REM (*Rapid Eye Movement*) (Shepard *et al.*, 2005). Em 1957, Dement e Kleitman identificam e categorizaram as distintas etapas e fases do ciclo de sono (Colten, & Altevogt, 2006), verificando que estas se repetiam segundo uma sequência e ordem previsíveis ao longo de uma noite de sono (Shepard *et al.*, 2005). Por fim, e em 1958, foram descobertas as hipocretinas - peptídeos hipotalâmicos - e o seu papel modulador na sucessão dos estados de sono e vigília (Soares, 2010).

Tal como sucede com a maioria das disciplinas científicas, adicionalmente a estes marcos históricos, o avanço e desenvolvimento do seu corpo teórico foi e é estimulado pelas descobertas e conhecimentos provenientes de outras áreas de saber. No caso do sono

continua-se a verificar a participação de áreas científicas tão diversas como a neurologia, a pneumologia, as neurociências, a psicologia, a psiquiatria, a otorrinolaringologia, a anatomia, a fisiologia, a endocrinologia, a genética, a epidemiologia, a imunologia e as ciências ambientais (Colten, & Altevogt, 2006; Harding, & Hawkins, 2001).

Esta complementaridade veio impulsionar o avanço e estruturação do conhecimento científico do sono, tornando-a numa área de conhecimento multidisciplinar (Harding & Hawkins, 2001), pelo que surgiu a necessidade da criação de uma disciplina científica que se debruçasse exclusivamente sobre o sono, e assim os seus distúrbios começaram a ser explorados (Shepard et al., 2005). Como resposta a esta necessidade, foi inaugurada em 2005 a subdisciplina médica – Medicina do Sono (Colten & Altevogt, 2006), que se dedica ao diagnóstico e tratamento de indivíduos com distúrbios do sono ou em privação crónica de sono (Shepard et al., 2005). Foi, também, fundada a disciplina de Sonologia, ramo da ciência que se dedica ao estudo dos mecanismos fisiológicos do sono, dos distúrbios do sono e das suas implicações na saúde individual e do público em geral, bem como das dimensões comportamentais da privação crónica de sono no desempenho de tarefas diárias, na segurança (Balkin, Rupp, Picchionni, & Wesensten, 2008) e na qualidade de vida dos indivíduos (Colten, & Altevogt, 2006). Por fim, importa referir a criação e inauguração de vários laboratórios de sono que vieram despertaram, ainda mais, a curiosidade em torno do sono (Tachibana, Avas, & White, 2005).

Não obstante e apesar de todos estes avanços em torno da realidade do sono, continuam a surgir, todos os dias, necessidades e limitações às quais ainda não se é capaz de dar resposta. Torna-se evidente que a comunidade científica, até há pouco mais de uma década, ainda não tinha um número satisfatório de profissionais formados na área do diagnóstico, gestão e tratamento das perturbações do sono, visto que em última instância e tal como referem Colten e Altevogt (2006), tais lacunas derivam da necessidade da consciencialização da população em geral para a importância da aquisição de hábitos e de uma boa higiene do sono.

## **1.2. Sono**

A palavra “sono” deriva do latim *Somnu* e caracteriza-se por um estado de inconsciência (Drabovicz, 2010; Hoffmann, 2009) do qual o indivíduo pode ser despertado por estímulos sensoriais, contrariamente ao que acontece no coma, sendo considerado o sono um dos grandes mistérios da neurociência moderna (Aloé, Azevedo, & Hanson, 2005; Gomes, et al., 2010; Habib, 2003). Aloé, Azevedo e Hasan (2005) e

Miró, Iáñez e Cano-lozano (2002) caracterizam, ainda, o sono pela suspensão da atividade perceptivo-sensorial e motora voluntária, de forma temporária (Gomes et al., 2010; Kryger et al., 2011). É um estado comportamental complexo, mas reversível que compreende uma separação perceptual de resposta ao ambiente sendo, portanto, mais do que uma simples ativação ou desativação dos centros sono-vigília. E, apesar de frequentemente associado a uma postura de repouso e olhos fechados, pode manifestar atividades tais como ranger de dentes, sonambulismo, pernas inquietas, entre outros (Gomes et al., 2010; Kryger et al., 2011)

O Sono, enquanto processo fisiológico ativo, divide-se em estádios ou estágios e é coordenado pela relação entre o ritmo circadiano e a regulação homeostática, adotando um papel de modulador central da libertação de hormonas, regulação da glicose e atividade cardiovascular (Cheng et al., 2012; Hoffman, 2009; Lemma et al., 2012; Kabrita, 2014). Demonstrou, também, ser uma função biológica fundamental na consolidação da memória, visão binocular, na termorregulação, na conservação e restauração da energia, bem como no metabolismo energético cerebral (Almondes, & Araújo, 2003; Brand, Beck, Hatzinger, Puhse, & Holsboer-Trachsler, 2010; Cardoso et al., 2009; Ferrara, 2001; Reimão, 1996; Paiva, 2008). Define-se como um estado de inconsciência do qual a pessoa pode ser despertada por estímulos sensoriais, estado naturalmente alterado da consciência (Hobson, 1996; Pollak, Thorpy, & Yager, 2010; Thorpy, & Yager, 2001). Apresenta várias fases, em que atividades cerebrais e neurovegetativas têm funcionamento distinto (Habib, 2003; Lemos, 2001), sendo que as principais diferenças se encontram na frequência dos batimentos cardíacos, respiração, redução da pressão arterial e diminuição ou aumento da atividade cerebral (Aloé, Azevedo, & Hanson, 2005; Habib, 2003; Pereira, 2009; Santos, 2007; Walter, 2007).

Segundo Engle-Friedman (2014), o sono é importante para restabelecer a energia física, psíquica e intelectual.

De acordo com Krakow et al. (2002) e Habib (2003), o sono é uma das ocorrências biológicas que tem lugar à mesma hora, cada 24 horas. Considera-se um estado marcado por intensa atividade cerebral, no entanto varia de indivíduo para indivíduo devido a diversos fatores que contribuem para a alteração do sono, como por exemplo fatores físicos, socioculturais, psicológicos e ambientais (temperatura, ruído, luz) (Braga et al., 2009; Habib, 2003). A necessidade do sono varia de forma inter e intra-individual de dia para dia (Aloé, Azevedo & Hanson, 2005; Habib, 2003; Lemos, 2001; Santos, 2007; Verri, Garcia, Zuin, Almeida, Falcón-Antenucci, & Shibayama, 2008).

A qualidade e quantidade de sono são distintas de indivíduo para indivíduo e dependem de fatores como a idade e o estado físico e mental (Habib, 2003). Os transtornos do sono provocam perda da qualidade de vida; disfunção autônoma, diminuição quer do desempenho acadêmico, como profissional; aumento da incidência de transtornos psiquiátricos e diminuição da vigília, com prejuízos na segurança pessoal, uma menor expectativa de vida e envelhecimento precoce (Carskadon, 1994; Marín et al., 2005; Medeiros, 2002; Pereira, Gordia, & Quadros, 2011; Souza, 2007).

Do ponto de vista do desempenho cognitivo, diversas são as alterações que podem ser relacionadas com prejuízos decorrentes de distúrbios do sono, entre elas: a dificuldade em fixar e manter a atenção; prejuízo de memória; prejuízo na capacidade de planejamento estratégico; prejuízo motor leve, mais relacionado à coordenação motora fina (agilidade e precisão); dificuldade em controlar impulsos e raciocínio obnubilado (Ban, & Lee, 2001; Roth, & Roehrs, 1996; Walter, 2007).

Por fim, e não obstante a toda a concetualização em torno do sono, importa referir que o sono normal é aquele que permite simultaneamente um descanso físico e mental, ou seja recuperador e reparador, dando a possibilidade que cada indivíduo disfrute de uma sensação de bem-estar que lhe permita executar, em boas condições, as tarefas quotidianas (Brand et al., 2010; Cheng, Shih, Lee, Hou, Chen, Yan, & Yan, 2012; Giri, Baviskar, & Phalke, 2014; Paiva, 2008; Pereira, 2009; Rente, & Pimentel, 2004; Verri et al., 2008), visto ser considerado como uma das propriedades biológicas fundamentais para a existência humana (Paiva, 2008; Pereira, 2009; Walter, 2007).

### **1.3. Neurofisiologia do Sono**

#### **1.3.1. Características do sono**

O sono não é um fenómeno unitário e estático, ao contrário do que a aparente inatividade física que se observa no seu decurso possa sugerir (Cirelli, & Tononi, 2008; Green, 1997), mas sim caracterizado por correlações fisiológicas e anatómicas próprias (Noite, 2008), organizadas de forma previsivelmente sequencial de acordo com um padrão específico de alterações eletrofisiológicas (Barker, Barasi, & Neal, 2003; Carlson, & Buskit, 1997).

Pode-se referir que as características mais notáveis do sono assentam na modificação do estado de consciência, diminuição da sensibilidade a estímulos externos e alterações posturais/comportamentais (Gomes et al., 2010). Por exemplo, durante o sono podem-se

verificar atividades um pouco atípicas como engolir, falar, e até mesmo contração muscular (Silva, 2012).

Segundo Lucchesi, Pradella-Hallian, Lucchesi e Morães (2005) o sono altera-se ao longo da vida do indivíduo, sendo de maior duração nos primeiros anos de vida, pois um recém-nascido pode dormir entre 16 a 20 horas por dia. Na adolescência surge um outro período de maior relevância para o sono devido às alterações que ocorrem no seu padrão, visto que o período de vigília é superior ao que existia na infância (Lucchesi et al., 2005).

O fenômeno do sono pode ser influenciado por diversas variáveis, tais como o gênero, a idade, a cultura, a etnia, a profissão, fatores ambientais e socioeconômicos, latitude, longitude, fotoperíodo sazonal e luz diária (Kabrita, Hajjar-Muça, & Duffy, 2014; Kang, & Chen, 2009; Lemma, Gelaye, Berhane, Worku, & Williams, 2012), para além da temperatura, que Okamoto-Mizuno e Mizuno (2012) referem ter impacto na regulação do sono, sobretudo as altas temperaturas devido aos seus efeitos negativos.

Rener-Sitar, John, Bandyopadhyay, Howell e Schiffman (2014) defendem que o sono pode ser avaliado subjetivamente, principalmente, segundo quatro características: iniciação, manutenção, adequação do sono e sonolência diurna. Ocorre com periodicidade circadiana, representada pelo ciclo sono-vigília que, em condições normais, corresponde a 24 horas (Purves, Augustine, Fitzpatrick, Hall, LaMantia, & White, 2012) e é composto por três estágios ou estádios: vigília, sono *NREM* e sono *REM* (Ferro, Ide, & Streit, 2008).

Consoante a rotina diária do ciclo sono-vigília de cada indivíduo, podemos caracterizá-los como matutinos, vespertinos ou de tipo indiferente, e, segundo a duração do sono, podem-se classificar os indivíduos em *short sleepers* e *long sleepers* (Martino, 2009).

### **1.3.2. Estádios do sono**

O sono divide-se em duas fases elementares: *REM* e *NREM* (Ferro et al., 2008; Gomes et al., 2010; Kryger et al., 2011; Palma, Tiba, Machado, Tufik, & Cuchecki, 2007).

O sono *NREM* é a primeira fase do sono de cada indivíduo, ou seja surge quando adormecemos (Zimbardo, McDermott, Jansz, & Metaal, 1995) e encontra-se associado à diminuição do tônus muscular, da frequência respiratório e cardíaca, da pressão sanguínea e da taxa metabólica, devido à redução da temperatura corporal e do consumo de energia (Bear, Connors, & Paradiso, 2001; Hoffman, 2009; Purves et al., 2012). Tal encontra-se influenciado pela divisão parassimpática do sistema neurovegetativo, sobretudo no tálamo, núcleos da base, áreas multimodais e regiões límbicas (Nofzinger, 2006; Nolte,

2008). É nesta fase que ocorre a libertação da hormona do crescimento, com diminuição da atividade do eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal e a presença de baixos níveis de cortisol (Palma et al., 2007). Toda esta progressiva, mas pronunciada, diminuição da atividade orgânica faz com que esta fase do sono seja concetualizada como projetada para o repouso e restauro do organismo (Bear et al., 2001; Gosselin, Koninck, & Campbell, 2005). Nesta fase, os sonhos não são armazenados na memória (Hoffman, 2009) e são identificáveis 4 estádios distintos, sendo que os estádios 3 e 4 são caracterizados por ondas lentas e coletivamente designados de *Slow Wave Sleep - SWS* (Barker, Barasi, & Neal, 2003; Jouvet, 2001; Lugaresi, 1999; Palma et al., 2007; Vicent, 2007).

Contrariamente, no sono *REM* identifica-se atividade elétrica cerebral semelhante à encontrada quando o sujeito está acordado e caracteriza-se por períodos de movimentos oculares rápidos, aumento e irregularidade do metabolismo e da frequência cardíaca e respiratória, possivelmente associados a oscilações elétricas rápidas e de baixa amplitude (Bear et al., 2001; Carlson, & Burkist, 1997; Colten, & Altevogt, 2006; Hoffman, 2009; Kryger et al., 2011; Nolte, 2008; Purves et al., 2012; Vicent, 2007). Verifica-se a espasmos nos dedos dos pés e das mãos, assim como a paralisia dos principais músculos devido ao aumento da atividade dos neurónios GABAérgicos, que são responsáveis pelo tónus muscular (Purves et al., 2012; Takakusaki, Obara, Nazu, & Okumura, 2011). Nesta fase, a taxa de consumo de oxigénio é elevada, chegando a atingir valores superiores a quando o indivíduo se encontra acordado, e verifica-se o aumento da atividade cortical ao nível da formação reticular pontina, do córtex límbico, amígdala e hipotálamo, e paralímbico - estriado ventral, córtex do cíngulo anterior e córtex mesial frontal (Barker et al., 2003; Nofzinger, 2006). O sistema colinérgico do tronco cerebral encontra-se estimulado, pelo que gera um eletroencefalograma semelhante ao do estado vigília (Gomes et al., 2010). Associa-se a processos de consolidação da memória, de novas aprendizagens e de evocação e associação de informações, para além de se encontrar especificamente associada à atividade onírica (Cirelli, & Tononi, 2008; Hoffman, 2009; Purves et al., 2012; Vicent, 2007; Zerouali, Jemel, & Godbout, 2009).

Verri et al. (2008) afirmaram que a diferença entre estas duas fases encontra-se na profundidade do sono em cada uma delas.

No ser humano, o sono é, portanto, composto por um ciclo *NREM-REM* inicial de setenta a cem minutos, sendo seguido de vários ciclos de noventa a cento e vinte minutos. Em cada um dos ciclos, o sono *REM* predomina durante vinte a trinta minutos (Hoffman, 2009; Kryger et al., 2011). Kryger, et al. (2011) acrescentam que o sono *NREM* domina

os dois terços iniciais da noite e o sono *REM* o último terço, estando relacionado com o ritmo circadiano.

O despertar verifica-se com a ativação do eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal e/ou sistema nervoso simpático, visto que os neurónios colinérgicos do sistema reticular ativador, noradrenérgicos do *locus coeruleus* e os serotoninérgicos dos núcleos da rafe constituem a base celular da vigília (Afifi, & Bergman, 2008; España, & Scammell, 2005; Khealani, 2006; Mackay, 2006; Palma et al., 2007; Porkka-Heiskanen, Alanko, Kalinchuk, & Stenberg, 2002; Purves et al., 2012; Saper, Chou, & Scammell, 2001).

### **1.3.3. Ritmo Circadiano do sono e Regulação Homeostática**

Além dos ciclos *NREM-REM* existem dois processos distintos subjacentes à regulação do sono: o processo circadiano ou endógeno e o processo homeostático (Jouvet, 2001; Kryger et al., 2011). Gomes et al. (2010) referem que estes processos regulam a necessidade de sono, assim como o seu nível de profundidade, duração e hábitos individuais.

O termo circadiano deriva do latim e refere-se a *circa diem*, ou seja, a cerca de um dia (Garrett, 2003). Pelo que a terminologia ritmos circadianos alude a ritmos fisiológicos e comportamentais com duração de aproximadamente 24 horas (Colten, & Altevogt, 2006), que apresentam como função a programação diária das sequências de alterações metabólicas e comportamentais do organismo (Arendt, 2010).

O ritmo circadiano é um ritmo endógeno com origem no núcleo supraquiasmático localizado na região pré-ótica ventrolateral do hipotálamo anterior, que se sincroniza mediante estímulos internos e externos (Aloé, Azevedo, & Hasan, 2005; Barker et al., 2003; Garrett, 2003).

Os diversos estudos efetuados nesta área permitem-nos acreditar que este processo cronobiológico sofreu evoluções de modo a manter adequadamente os ciclos sono-vigília, independentemente das variações de luz, das diferentes estações do ano e até mesmo das localizações geográficas (Carlson, & Buskist, 1997; Fernandes, 2006; Purves et al., 2012).

O núcleo supraquiasmático assume um papel preponderante, pois para além de ser o responsável pelo sono, regula funções intimamente ligadas a este, como a temperatura corporal, alterações da pressão sanguínea, produção de urina e secreção hormonal (Aloé et al., 2005; Cardoso et al., 2009; Martinez, Lenz, & Menna-Barreto, 2008). Este núcleo promove a produção de melatonina, pela glândula pineal que utiliza como base o

triptofano e a secreta na corrente sanguínea, aquando da ausência de luz (Gomes et al., 2010; Martinez et al., 2008; Purves et al., 2012). Sob estas condições, verifica-se, ainda, o aumento dos níveis da hormona de crescimento, da prolactina e da hormona paratiróideia (Kryger et al., 2011). A ocorrência deste fenómeno tem por base os sinais de luz que são enviados desde o olho até ao núcleo supraquiasmático, através do trato retinohipotalâmico (Fernandes, 2006; Hida, Kitamura, & Mishima, 2012; Waterhouse, 1999). Em contraposição, as concentrações de cortisol sofrem um decréscimo no início do sono (Drabovicz, 2010).

Considera-se que o sistema circadiano tem sido implicado por alterações associadas à idade, quanto à sua estrutura, duração e consolidação do sono (Dijk, Duffy, Riel, Shanahan, & Czeisler, 1999).

Na regulação do ciclo sono-vigília, associa-se ao relógio circadiano - *Processo C*, uma componente homeostática - *Processo S* (Collete, Cajohen, & Peigneux, 2007; Dijk, Lockley, 2002; Gomes, et al., 2010; Van Dongen, & Dinges, 2000). A homeostase consiste num conjunto de processos fisiológicos coordenados, que permitem que, a maioria dos estados do organismo se mantenham constantes. O conceito de homeostase do sono atribui-se à regulação do sono que se encontra dependente do ciclo sono-vigília, que através de mecanismos de neutralizadores não permite que ocorram desvios do padrão médio de referência (Kryger et al., 2011). Tem como função alertar o organismo, através da acumulação de uma molécula hipnogénica, para a necessidade do sono aquando um período longo de vigília, ou dissipá-la quando o indivíduo atinge um sono sustentado (Dijk et al., 1999; Jenni, Achermann, & Carskadon, 2005). Destas moléculas sintetizadas pelo corpo humano, a adenosina parece ser a melhor substância promotora do sono (Gomes et al., 2010; Lugaresi, 1999).

A adenosina acumula-se na fenda sináptica durante a vigília a atua localmente inibindo recetores específicos das células colinérgicas do prosencéfalo basal. Este processo inibe os neurónios colinérgicos e o sistema orexina/hipocretina uma vez que permite a atividade das células GABAérgicas do núcleo pré-ótico ventrolateral do hipotálamo (Aloé et al., 2005; Gomes et al., 2010; Schwartz, & Roth, 2008).

Em síntese, o ritmo circadiano e a regulação homeostática exercem uma expressiva influência sobre uma variedade de funções neurocomportamentais e cognitivas do indivíduo, sob o efeito de estímulos endógenos e fatores ambientais (Kabrita et al., 2014). Assente sob estes dois processos, Borbély, Daan, Wirz-Justice, e Deboer (2016) formularam a *Two-process Model of Sleep-Wake Regulation* o qual postula que a entrada

do cérebro em sono resulta da ação conjunta e sincronizada dos processos *C* e *S*, ou seja, processos Circadianos e Homeostáticos (Arendt, 2010; Van Dongen, & Dinges, 2000).

#### **1.4. Distúrbios do Sono**

A higiene do sono define-se como “a prática de vários comportamentos que otimizam e promovem um sono de qualidade e um bom funcionamento durante a vigília” (Noland, Price, Dake, & Telljohann, 2009, p. 224).

Os distúrbios do sono refletem uma perda significativa na qualidade de vida de um indivíduo, resultando na baixa produtividade profissional ou laboral, na diminuição das funções cognitivas, emocionais e psicomotoras, nas relações interpessoais, no aumento da morbidade e no agravamento do estado de saúde em geral e mental (Ban, & Lee, 2001; Cardoso et al., 2009; Cheng et al., 2012; Ferro et al., 2008; Drabovicz, 2010; Kabrita et al., 2014; Lucchesi et al., 2005; Orzech, Salafsky, & Hamilton, 2011).

Considera-se que os distúrbios do sono são alterações que prejudicam o processo de dormir e podem ocorrer no início do sono, durante todo o sono ou ter associado comportamentos anormais (Ban et al., 2001; Carney et al., 2006; Drabovicz, 2010; Kryger et al., 2011). Estes surgem por diversos motivos, entre eles, a má higiene do sono, as doenças do foro psicológico, os fatores comportamentais, o isolamento social, as alterações da personalidade e o estado de saúde (Ban et al., 2001; Carney et al., 2006; Cheng et al., 2012; Drabovicz, 2010; Mesquita, & Reimão, 2010; Sweileh et al., 2011).

Existem autores que defendem que existe uma predisposição para os distúrbios do sono em indivíduos determinados por algumas condições, tais como a etnia, cultura, género, idade, fatores socioeconómicos e ambientais (Kabrita et al., 2014; Kang, & Chen, 2009; Lemma et al., 2011; Sweileh et al., 2011).

Segundo a *International Classification of Sleep Disorders* da *American Academy of Sleep Medicine* (AASM – 3, 2014), os critérios clínicos mais atuais para o diagnóstico dos distúrbios do sono realiza-se em oito categorias: insónias; distúrbios respiratórios do sono; distúrbios centrais de hipersonolência; distúrbios do ritmo circadiano; parassónias; distúrbios do movimento relacionado ao sono; distúrbios médicos e neurológicos relacionados com o sono; e outros distúrbios do sono (AASM-3, 2014).

No entanto, para a determinação da severidade da condição e do tratamento mais adequado, na maioria dos casos, são necessários testes laboratoriais e radiológicos (Kryger et al., 2011). O diagnóstico da patologia do sono requer a utilização da

polissonografia, método objetivo, sobretudo em condições como a apneia obstrutiva do sono, narcolepsia e sonambulismo (Fagundes, & Moreira, 2010; Togeiro, & Smith, 2005).

Para avaliar, de forma subjetiva, a qualidade do sono existem diversos instrumentos, como por exemplo, o *Mini-Sleep Questionnaire*, *Sleep Disorders Questionnaire*, *Basic Nordic Sleep Questionnaire*, o *Pittsburgh Sleep Quality Index*, a *Apnea Quality Life Index* e a *Epworth Sleepiness Scale* (Buysse et al., 1989; Drabovicz, 2010; Johns, 1991; Partinen, & Gislason, 1995; Togeiro, & Smith, 2005). Dos instrumentos enunciados escolheu-se para o presente estudo a versão portuguesa da Escala de *Epworth* de Meneses, Ribeiro, e Silva (2001).

### **1.5. Sonolência Diurna Excessiva**

A sonolência caracteriza-se pela incrementada probabilidade em dormir, considerando-se excessiva, hipersonolência, embora seja uma função biológica natural, pois o indivíduo sente-se impelido a dormir em momentos inapropriados, sofre ataques de sono ou até mesmo adormece de forma involuntária (Bittencourt et al., 2005).

Torna-se possível referir que a sonolência resulta de um processo de homeostasia do organismo, no entanto pode ser considerada uma patologia quando se verifica ser excessiva (Souza et al., 2013). Araújo e Almondes (2012) ressaltam que, embora possa existir um período curto de repouso derivado da necessidade, desejo ou tendência para dormir, este não será suficiente para um completo restabelecimento.

A Sonolência Diurna Excessiva - SDE refere-se à privação crónica do sono (Araújo, & Almondes, 2012; Loo et al., 2010; Olenjniczak, & Fish, 2003) e difere do estado de fadiga que se assume como um momento de cansaço (Johns, & Hockings, 1997), provocado pelo excesso de atividade, conseguindo ser recuperado ou aliviado com um pequeno repouso (Bittencourt et al., 2005). Por sua vez, a sonolência encontra-se intrinsecamente associada à duração do sono, pelo que indivíduos que apresentam uma menor duração de sono ostentam uma maior probabilidade de sonolência durante do dia (Mayor, Rojas, Dávila, & Mujica, 2008). Bittencourt et al. (2005) afirmam, portanto, que a sonolência excessiva considera-se como uma sensação subjetiva contínua para adormecer (Aldrich, 1996; Billiard, 1998) ou dormir de forma involuntária devido à fraca qualidade/quantidade de sono que o indivíduo vivencia (Bittencourt et al., 2005). Os mesmos autores ressaltam, ainda, que as principais causas de sonolência excessiva são a privação crónica do sono, a síndrome de apneia e hipopneia obstrutiva do sono,

narcolepsia, síndrome das pernas inquietas, distúrbios do ritmo circadiano, uso de drogas e medicações e hipersônia idiopática (Bittencout et al., 2005).

Considera-se que a Sonolência Diurna Excessiva pode torna-se incapacitante e resulta da conjuntura de diversos fatores (Gus, Nunes-Silva, Fernandes, Cunha, & Sant'Anna, 2002; Marín, 2001; Marín, & Vinaccia, 2004; Young, 2004). Contudo, o seu diagnóstico é difícil visto que é muitas vezes negligenciado, o que leva à deterioração da qualidade de vida do indivíduo (Müller, & Guimarães, 2007).

A Sonolência Diurna Excessiva torna-se potencialmente perigosa, sobretudo em indivíduos em que a sua atividade laboral requer um grande estado de alerta, como é o caso dos condutores profissionais. Deste modo, em alguns países, o problema da privação de sono assume-se com grande seriedade pelo que, através de investigações epidemiológicas, se procura analisar os fatores de risco que dão origem à SDE, sobretudo em populações mais vulneráveis, como é o caso dos adolescentes e jovens adultos universitários (Brown et al., 2002; Buboltz et al., 2001; Carskadon & Acebo, 2002; Hayashi, Masuda, & Hori, 2003; Hublin et al., 2001; Tufik, 2001; Vinha et al., 2002).

As queixas de Sonolência Diurna Excessiva, tal como realçam diversos autores, podem conduzir a perturbações de sono mais graves, com implicações a curto/longo prazo no desempenho ao nível cognitivo do indivíduo, com prejuízo sobre a atenção, concentração e memória operacional (Lim, & Dinges, 2010; Roth, & Roehrs, 1996). Deste modo, o indivíduo pode ver comprometida, entre outras situações, a sua atenção e potenciar os erros em atividades em que esta seja exigida (Sadeh, Dan, & eBar-Haim, 2011), principalmente nas tarefas de maior complexidade (Steenari et al., 2003), assim como se pode experienciar decréscimo do rendimento em tarefas em que o uso da memória operacional se considera fulcral (Gohar et al., 2009).

Ao nível da saúde, as consequências da Sonolência Diurna Excessiva podem incluir dores de cabeça, edema, alterações nas funções imunológicas e endócrinas, elevação dos níveis de cortisol, responsável pelo agravamento de doenças como a diabetes e hipertensão (Ferrara, & De Gennaro, 2001). Para além dos prejuízos ao nível da memória, do desempenho escolar, humor e do comportamento, bem como maior risco de doenças, acidentes, uso de drogas e perturbações de sono nas populações de adolescentes e jovens adultos (Liu, & Zhou, 2002), e, ainda, os prejuízos cognitivos e afetivos (McCrae et al., 2003; Ohayon, & Smirne, 2002), uma vez que um indivíduo que se sinta constantemente com sono vê afetadas as suas relações profissionais, mas também as familiares e sociais, tal como já explicitado anteriormente.

No ser humano, os padrões de sono despontam de uma interação complexa de diversos processos de maturação e de desenvolvimento, fenômenos comportamentais, mecanismos reguladores intrínsecos do sono e fatores circadianos (Carskadon, 2002; Iáñez et al., 2003). A privação do sono afeta uma multiplicidade de aspetos na vida de um indivíduo e, apesar das imensas investigações acerca das funções do sono, existem ainda muitas interrogações e inúmeras questões sem explicação (Carskadon, 2002; Iáñez et al., 2003; Miró et al., 2002).

Assim, e de acordo com Marín (2001) e Marín e Vinaccia (2004), a Sonolência Diurna Excessiva é descrita por um défice na qualidade/quantidade de sono, tendo como resultado uma conduta de sono excessivo e suas consequências como pode ser observado na figura 1 (Marín, 2001; Marín, & Vinaccia, 2004).

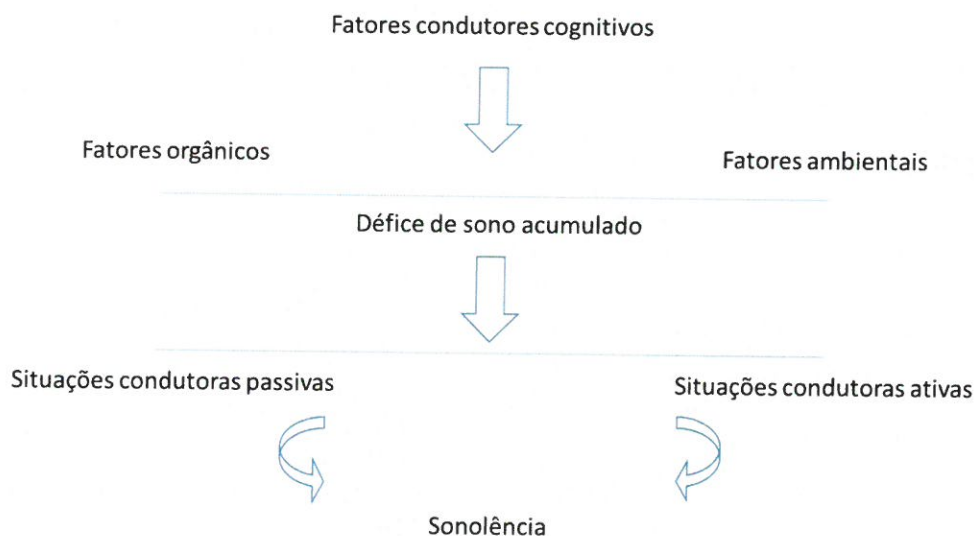


Figura 1 Modelo Cognitivo Comportamental interativo da sonolência excessiva diurna (adaptado de Marín, 2001; Marín, & Vinaccia, 2004).

A perspetiva comportamental da SDE sustenta a ideia de que a resposta encontra-se determinada por três variáveis: variáveis situacionais; crenças ou pensamentos; e características fisio-orgânicas que fragmentam o sono noturno (Agudelo et al., 2005; Agudelo, & Vinaccia, 2004). Estes variáveis causam privação do sono e determinam a sonolência e suas consequências (Marín, 2001; Marín, & Vinaccia, 2004).

### 1.6. Sonolência Diurna Excessiva nos alunos do Ensino Superior

Os estudantes universitários compõem um grupo suscetível aos transtornos do sono, como por exemplo, a sonolência diurna excessiva, devido à carga curricular em horário integral, às atividades extra curriculares e à forte pressão e stresse, assim como à

exigência de alto rendimento e tempo exigido em estudos (Henriques, 2008; Johns, 1992; Muller, & Guimarães, 2007). Contudo, Ban e Lee (2001) ressaltam que as saídas à noite até horas tardias também promovem padrões de sono irregulares nestes jovens adultos, dando origem a déficit de sono, o qual pode ter efeitos negativos nas atividades diárias incluindo o estudo (Ban, & Lee, 2001; Henriques, 2008).

Nos adolescentes e jovens, os erros de higiene do sono são diversos e muito frequentes, pois permitem que as novas tecnologias, como por exemplo o uso de telemóveis, o envio de mensagens e envolvimento em redes sociais, os jogos de computador, perturbem os horários saudáveis e normais de sono (Paiva, & Penzel, 2011). O desenvolvimento e a difusão rápida destas novas tecnologias e tudo o que a elas se associa altera a cultura e os estilos de vida dos jovens adultos, com tendência a tornar os padrões de sono mais variáveis e deficitários, com os respetivos efeitos nas atividades diárias, incluindo o estudo (Henriques, 2008; Muller, & Guimarães, 2007).

Diversos autores acreditam que a descompensação das horas de sono possa estar relacionada com a falta de supervisão, com a irregularidade de horários e com o consumo de determinadas substâncias, que podem ser extremamente comprometedoras da qualidade do sono, como é o caso da cafeína, do álcool, tabaco e dos próprios estimulantes (Lund, Reider, Whiting, & Prichard, 2010).

A redução das horas de sono associada à exigente carga horária dos cursos universitários, segundo a qual os horários académicos começam muito cedo e/ou terminam muito tarde, refletem-se diretamente na qualidade do sono e vigília destes estudantes (Henriques, 2008). Portanto, uma vez mais pode-se referir que os estudantes universitários pertencem a um grupo com elevadas probabilidades de apresentar Sonolência Diurna Excessiva, bem como uma má qualidade do sono (Henriques, 2008; Lund et al., 2010).

Os estudantes universitários são uma população específica, em relação à qual a análise da sonolência diurna assume importância, uma vez que estes se encontram sujeitos a alterações do padrão de sono que o seu estilo de vida como estudante acarreta. Apresentam elevado grau de ansiedade associada à necessidade de obter bom desempenho nos estudos, assim como face às dificuldades apresentadas em prol da sobrevivência longe da família e no alcance de uma qualificação profissional (Cardoso et al., 2009; Furlani, & Ceolim, 2005).

Os estudantes universitários que não conseguem manter uma qualidade e quantidade de sono adequada encontram-se mais suscetíveis a apresentar dificuldades no processo de

aprendizagem, podendo ver, assim, o seu desempenho acadêmico comprometido devido à ausência da restauração das funções biológicas, o que aumenta a probabilidade de vir a ocorrer, quer a curto, médio e a longo prazo, problemas cognitivos e de saúde de elevada significância (Habib, 2003; Pereira, Gordia, & Quadros, 2011), isto, devido a transtornos tais como as mudanças no estilo de vida, consequência da elevada carga horária de estudos e falta de higiene adequada do sono (Bittencourt et al., 2005).

Furlani e Ceolim (2005) desenvolveram um estudo em que demonstraram que, durante as férias, os estudantes demonstram ter uma melhor qualidade de sono, nomeadamente no que respeita à sua duração, bem como horários mais proporcionais ao seu cronotipo. No entanto, de acordo com o mesmo estudo, quando as aulas iniciam, verifica-se que a maioria dos alunos apresenta má qualidade de sono, indisposições face à concretização das atividades diárias durante o período noturno e menor duração do sono. Estes autores e Souza (2007) referem que tais fatos se podem dever a possíveis mudanças do estilo de vida, sobretudo no que diz respeito aos hábitos de sono, para se adaptarem às atividades académicas.

Por sua vez, Lima, Medeiros, e Araújo (2002) referem que os alunos que têm aulas no período da manhã apresentam ou estão mais vulneráveis à sonolência diurna excessiva, isto porque os alunos tendem a privar-se do sono para cumprir as responsabilidades académicas e pelo atraso do sono nos fins-de-semana. No entanto, os mesmos autores realçam que os alunos que têm aulas no período vespertino apresentam melhor qualidade do sono, possivelmente pelo fato de poderem acordar mais tarde (Lima et al., 2002).

Danda et al. (2005), nos estudos que efetuaram, concluíram que o ciclo sono-vigília dos universitários é irregular e que, por isso, ao fim-de-semana aumentam o número de horas de sono, o que reflete a existência de privação de sono nos dias da semana. Estes autores argumentam que a elevada prevalência da sonolência diurna excessiva sugere que devem ser implementados programas preventivos que orientem os alunos sobre a importância da regularidade do sono e das medidas de higiene de sono.

Souza (2007) e Souza et al. (2008) demonstraram que fatores como a idade e o horário de despertar podem estar relacionados com a Sonolência Diurna Excessiva. No entanto, também consideram importante e sugerem que se investigue de forma mais detalhada outras variáveis que podem contribuir para a Sonolência Diurna Excessiva em universitários, tais como o excesso de horas de trabalho/estudo, uso de bebidas alcoólicas, tabaco e consumo de drogas ilícitas. Sugerem, ainda, que a adoção de um estilo de vida pouco saudável e o stresse devido ao cumprimento das atividades académicas, podem

contribuir para o surgir e a manutenção da Sonolência Diurna Excessiva na população universitária, sobretudo no curso de Enfermagem (Souza, 2007; Souza et al., 2008).

Sabe-se que a transição para o mundo do Ensino Superior pode comprometer os hábitos de sono dos jovens estudantes, provocando alterações no seu ritmo circadiano do sono-vigília (Ulloque-Caamaño, Monterrosa-Castro, & Carriazo-Julio, 2013). Assim, um estudo sobre hábitos e padrões de sono realizado com 742 estudantes de universidades públicas americanas mostrou que 88,5% desses estudantes apresentava ocasionais problemas de sono, mais de 50% sentia-se cansado durante a manhã e 74,3% mencionava que não dormia horas suficientes durante a semana, permitindo concluir que os estudantes universitários apresentavam uma diminuição significativa na qualidade do sono quando comparados com a população adulta em geral (Buboltz et al., 2009).

Agudelo et al. (2005) realizaram um estudo com 40 estudantes universitários, de ambos os sexos, de faculdades da Colômbia, a quem administraram a Escala de Sonolência de Epworth - ESE e o Questionário de Índice de Qualidade do Sono - PSQI. Verificaram que 15% dos participantes apresentava tendência para sonolência excessiva, 33% possuía uma má qualidade de sono, 33,3% demorava mais de 15 minutos para dormir e em 66,7% a duração do sono variava de 6 a 7 horas/noite.

Henriques (2008) realizou, em Portugal, um estudo com 924 estudantes do Instituto Superior Técnico de Lisboa, com o objetivo de avaliar a prevalência de distúrbios de sono e relacioná-los com os hábitos diários, sucesso académico e índices de qualidade de sono. Para tal, a autora utilizou o Questionário de Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh e a Escala de Sonolência de Epworth e outras questões relativas ao sucesso e sobrecarga académicos, hábitos alimentares e desportivos, consumo de álcool, tabaco e drogas. Os principais resultados mostram que o Questionário de Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh apresentou valores elevados em 83,1% da amostra, predizendo estes alunos como maus dormidores, uma vez que os valores obtidos se encontram distantes do considerado normal, e a sonolência excessiva avaliada pela Escala de Sonolência de Epworth é preocupante, pois 44,4% dos estudantes têm um grau de sonolência elevado, muito próximo do valor considerado patológico. Tais resultados demonstraram que o ciclo sono-vigília é irregular, com diminuição do sono durante a semana e o aumento das mesmas ao fim-de-semana, visto que uma percentagem preocupante, 42,52%, dorme apenas entre 3 a 6 horas por dia ao longo da semana, o que pode contribuir para um défice de saúde e baixo rendimento académico. Concluiu-se neste estudo que um vasto leque de fatores externos, como a duração do sono, a carga académica excessiva, os horários

acadêmicos, as horas de sono, os hábitos alimentares e outros hábitos diários, influenciava o sucesso acadêmico, a qualidade do sono e a vigília diurna destes estudantes universitários.

Loo et al. (2010), num estudo realizado em 394 estudantes de medicina, 195 estudantes do 3º ano e 199 alunos do 4º ano pretenderam determinar o grau de sonolência diurna e qualidade do sono. Os estudantes, de ambos os sexos, tinham idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos. Utilizaram a Escala de Sonolência de Epworth e o Questionário de Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh e constataram que 64,5% dos estudantes descrevia uma má qualidade do sono e 26% Sonolência Diurna Excessiva, associada com uma média global de 5,6 horas de sono diárias.

Rodrigues, Viegas, Abreu-Silva e Tavares (2002), num estudo com 172 estudantes de medicina, a quem a Escala de Sonolência de Epworth foi administrada início e no fim do semestre, poderão confirmar que os estudantes mais sonolentos apresentavam um pior desempenho académico, sendo que 39,53% apresentava sonolência diurna desde o início do semestre e 22% demonstravam Sonolência Diurna Excessiva crescente no decurso do semestre, com progressivo decréscimo do desempenho académico. Associam estas alterações à exigência do curso.

Mayor et al. (2008), com o objetivo de explorar as diferenças na sonolência diurna e na qualidade do sono em 76 estudantes de medicina durante as suas práticas hospitalares e em 82 estudantes que se encontravam de férias, administraram a ESE e o PSQI. Concluíram que os estudantes de medicina apresentavam elevados níveis de sonolência diurna e uma má qualidade de sono, embora os resultados obtidos no grupo de estudantes que se encontrava de férias tenham sido um pouco melhores.

Adeosun, Asa, Babalola, e Akanmu (2008) constataram, num estudo realizado com 253 estudantes de Farmácia, que aqueles que realizavam leituras à noite - uma das exigências do seu curso - apresentavam uma menor duração do sono e encontraram uma forte correlação negativa entre a qualidade do sono e o rendimento académico, i.e., o desempenho académico era pior nos estudantes com uma má qualidade de sono.

O estudo de Cardoso et al. (2009), com estudantes de Medicina, apresentou uma relação estatisticamente significativa entre a sonolência e a qualidade do sono. Os estudantes com Sonolência Diurna Excessiva foram os que apresentaram pior qualidade de sono, sendo que esta se manifestou mais no grupo de estudantes residentes (21,4%), com diferenças estatisticamente significativas quando comparada com o grupo de estudantes do 1º ano.

Um outro estudo, com o objetivo de estabelecer a prevalência da sonolência diurna normal e patológica em 210 estudantes de pós-graduações de medicina (Ulloque-Caamaño et al., 2013) da Universidade de Cartagena, na Colômbia, com a aplicação da ESE, mostrou que 10,5% da amostra apresentou Sonolência Diurna Excessiva grave, 49,0% Sonolência Diurna Excessiva moderada e 21,5% Sonolência Diurna Excessiva leve. Contudo, não se tornou possível encontrar uma diferença significativa na severidade da Sonolência Diurna Excessiva em função das notas acadêmicas obtidas. Os mesmos resultados foram obtidos em estudos efetuados por Moraes, Edelmuth, Novo, e Hübner (2013), embora ressalvem o facto de 6,9% da amostra relatar o uso de drogas hipnóticas.

Souza et al. (2013) no estudo que conduziu teve como principal objetivo avaliar a prevalência de SDE em estudantes do curso de psicologia de uma universidade, tendo entrevistado 286 estudantes utilizando a ESE e o PSQI. Observaram que a Sonolência Diurna Excessiva não apresentou associações estatisticamente significativas com variáveis como o turno frequentado, estado civil, ano de curso, nível de dependência e trabalho.

Estudos realizados por Lezcano, Vieto, Moran, Donadio, e Carbono (2014) e Ribeiro, Silva, e Oliveira (2014), com estudantes de Medicina, de ambos os sexos concluíram que grande parte dos alunos apresentava má qualidade do sono e sonolência diurna excessiva, pelo que procuravam colmatar a privação do sono através do uso de hipnóticos, e comendo para se manterem despertos ao longo do dia.

Por último, em Portugal, têm sido discutidos, de modo crescente, o reduzido número de horas de sono total, a irregularidade dos horários e horas tardias de deitar, bem como a sonolência diurna excessiva, presentes na população em geral e nomeadamente nos jovens (Moreno, 2013); e, num estudo realizado em estudantes universitários (Gomes, Tavares, & Pinto de Azevedo, 2009), que envolveu 1654 estudantes com idades compreendidas entre os 17 e os 25 anos de idade, foi avaliada a irregularidade dos horários de deitar e levantar e o número total de horas de sono, comparando os alunos residentes na cidade e os “deslocados” da sua área de residência, mas não foi estudada a sonolência diurna nem as suas consequências (Gomes, et al., 2009).

Considerando-se que a sonolência diurna excessiva pode ser reveladora de má qualidade e quantidade de sono nos estudantes universitários, torna-se pertinente compreender a sua relação com o bem-estar subjetivo, sobretudo nas componentes satisfação com a vida, afeto positivo e afeto negativo.

## **Capítulo II – O Bem-Estar Subjetivo**

## 2.1. Conceito de Bem-Estar Subjetivo

O conceito de bem-estar subjetivo - BES - emerge, na década de 70, com o Modelo Biopsicossocial a partir da ideia que a saúde mental consiste em algo que vai para além da ausência de psicopatologia e de perturbação mental, e considerando que a área da saúde mental também abrange dimensões de natureza positiva. Deste modo, a felicidade enquanto construto central da psicologia positiva pode ser mensurada através das dimensões do bem-estar subjetivo, pois a ausência de doença física ou mental não é por si só sinónimo de felicidade ou bem-estar (Galinha, & Pais-Ribeiro, 2005).

Segundo Scorsolini-Comin e Santos (2011, p. 39) o conceito de bem-estar subjetivo enquanto “experiência interna de cada indivíduo, que emite um julgamento de como ele se sente e o seu grau de satisfação com a vida” um dos conceitos que possibilita o estudo científico da felicidade (Scorsolini-Comin, & Santos, 2012). “A felicidade tem três aspetos: emoção positiva, envolvimento e significado, cada um deles contribuindo para a satisfação com a vida e sendo inteiramente avaliado através de medidas subjetivas” (Seligman, 2011, p. 39).

Tradições filosóficas que pensam o bem-estar distinguem a perspetiva hedónica, da perspetiva eudaimónica, considerando que, na primeira, o bem-estar é visto como a felicidade subjetiva e o equilíbrio entre experiências positivas e negativas, e que a segunda afirma a conceção de bem-estar psicológico assente na concretização ou desenvolvimento do potencial humano ou autorrealização (Augusto-Landa, Pulido-Martos, & Lopez-Zafra, 2011; Henderson, & Knight, 2012; Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002; Lench, 2011). De acordo com a tradição hedónica, atribui-se maior relevância ao estudo das emoções, de acordo com o modelo do bem-estar subjetivo.

Considera-se que o Bem-Estar Subjetivo é um conceito multidimensional e que a sua definição pressupõe que a avaliação que cada indivíduo faz da sua própria vida pode expressar-se sob a forma de cognições ou sob a forma de afetos. Assim, uma pessoa que apresente um elevado bem-estar subjetivo experimenta frequentemente satisfação com a vida e alegria e raramente emoções desagradáveis, enquanto pessoas que apresentam um baixo nível de bem-estar subjetivo não estão satisfeitas com a sua vida e sentem pouca alegria ou afeição, expressando frequentemente emoções negativas (Diener et al., 1997).

Diener (1984, cit in Giacomoni, 2004) considera ainda que quando se fala de bem-estar subjetivo é necessário ter em conta três aspetos: primeiro, a felicidade que consiste num conceito subjetivo, isto é, o bem-estar é algo pessoal, variando de indivíduo para indivíduo e baseando-se nos seus aspetos particulares, como por exemplo na idade, no

gênero, no estado de saúde, na educação, na religião, nos valores, nos desejos, nos objetivos, na condição socioeconômica e na personalidade; segundo, a afetividade positiva e a afetividade negativa, embora estejam relacionadas, são independentes, pelo que é possível coexistirem ao mesmo tempo, no entanto, uma delas é dominante; e por último, o bem-estar subjetivo consiste numa medida global de vida e não numa avaliação limitada a apenas uma situação particular. Note-se ainda que o bem-estar subjetivo pode ser avaliado a um nível global ou a nível específico (Diener et al., 1997) e pode ser influenciado por outras variáveis tais como a idade, o sexo, o nível socioeconômico e a cultura (Compton, 2005; Giacomoni, 2004).

As dimensões do bem-estar subjetivo compreendem os afetos positivos, os afetos negativos e a satisfação com a vida, isto é, compreendem quer componentes emocionais quer componentes cognitivas (Diener, & Emmons, 1985; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Considera-se portanto “um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva, e um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como são a Qualidade de Vida, o Afeto Positivo e o Afeto Negativo” (Galinha, & Pais-Ribeiro, 2005, p. 204).

O bem-estar subjetivo representa uma avaliação que cada indivíduo faz da sua vida, ao comparar a situação em que se encontra com aquela que desejaria estar a viver, ou seja compara a sua vida real com a idealizada, considerando-a um objetivo (Albuquerque, & Tróccoli, 2004; Siqueira, & Padovam, 2008). Contempla o que a mesma sente e pensa sobre a sua qualidade de vida, de acordo com o que considera relevante, podendo acontecer revelar estar insatisfeita com a sua vida no geral, com base em apenas uma das dimensões da sua vida (Diener, 2000; Pavot, & Diener, 1993; Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, 1991).

As emoções ou neste caso os afetos constituem uma variável subjetiva, definida pelo pensamento e sentimento (Seligman, 2011), e podem ser medidos pela sua quantidade e qualidade através da diferença entre episódios positivos e negativos (Diener, 2000).

Galinha e Pais-Ribeiro (2005, p. 211) salientam que “as pessoas que demonstram um Bem-Estar positivo experienciam uma preponderância de emoções positivas em relação às emoções negativas e avaliam positivamente a sua vida como um todo.” No entanto, considera-se necessário que as pessoas possam experimentar também emoções negativas a par das emoções positivas, pois tanto a frequência como a intensidade das experiências contribuem para que as mesmas se sintam felizes, entre outros fatores (Diener, 2000), e que cada indivíduo se pronuncia de forma diferenciada, tendo em conta as suas

expectativas, valores e experiências vivenciadas, e em função de cada situação (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Considera-se que as emoções são de caráter adaptativo, uma vez que permitem lidar com as situações do dia-a-dia, visto que contribuem para o desenvolvimento de recursos pessoais (Diener et al, 1999; Diener, 2000; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

## **2.2. Perspetivas sobre o Bem-Estar Subjetivo**

O conceito de bem-estar subjetivo começou por distinguir duas perspetivas: a perspetiva *bottom-up* ou base-topo e a *bottom-down* ou topo-base (Diener, 1984). A primeira perspetiva assenta na ideia de que existe uma dependência de fatores situacionais como a satisfação das necessidades básicas de vida e outras universais (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999), sendo que a satisfação imediata das necessidades resulta em felicidade e quando não há resposta às mesmas verifica-se infelicidade. Quanto à segunda perspetiva, esta considera a influência das experiências do passado, comparações com os outros, entre valores e outros fatores, como a personalidade e a autoestima, como elementos que influenciam a felicidade (Diener, 1984; Diener et al., 1999).

De acordo com os objetivos de cada indivíduo, na esfera da comparação social, encontram-se as teorias da discrepância que posicionam os indivíduos numa comparação com os outros (Diener et al., 1999). Os estudos de Lyubomirsky e Ross (1997) evidenciam que as pessoas identificadas como felizes tendem a beneficiar da realização dessas comparações ao contrário das pessoas infelizes, que se focam em comparações negativas. Torna-se, assim, pertinente salientar a influência da personalidade, enquanto variável presente em estudos que se debruçam sobre o bem-estar subjetivo.

Face aos objetivos de vida, os mesmos podem ser definidos de forma mais ou menos exigente e importa sobretudo que sejam realistas e consonantes com os recursos disponíveis para a sua concretização (Diener et al., 1999), só assim é que a satisfação com a vida e, respetivo bem-estar subjetivo podem evidenciar expressões mais positivas.

Também positivamente correlacionada com o bem-estar subjetivo encontra-se a probabilidade de concretizar objetivos de natureza intrínseca, isto é ser ou desenvolver algo, do indivíduo por oposição aos objetivos extrínsecos que se referem ao ter algo. Porém, na senda da concretização de objetivos, devido ao aumento da ansiedade e stress, o indivíduo pode sentir alterações no seu bem-estar (Diener et al., 1999).

Apesar das diferentes perspetivas sobre o bem-estar e da existência de tradições de estudo face ao mesmo, Keyes (2002) desenvolveu um modelo integrado do bem-estar, o

Modelo Continuum de Saúde Mental, que contempla para além da afetividade, o bem-estar psicológico e o bem-estar social. Deste modelo multidimensional de bem-estar destacam-se seis componentes distintos do funcionamento psicológico positivo: autoaceitação, enquanto uma avaliação positiva do próprio indivíduo sobre si e sobre a sua vida até ao presente; sentido de vida, ao se acreditar que a mesma possui um objetivo e significado; autodeterminação ou sentido de autonomia; relações positivas com outras pessoas; domínio do meio envolvente, de acordo com as necessidades pessoais; e crescimento ou desenvolvimento pessoal (Ryff, 1989; Westerhof, & Keyes, 2010). Keyes e Ryff (1998) referem que o ser humano encerra em si a necessidade de perceber as suas potencialidades e superar-se ao longo da vida.

### **2.3. Determinantes do Bem-Estar Subjetivo**

As definições de bem-estar subjetivo remetem para a ideia de que a felicidade implica uma satisfação global com a vida no seu todo (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Variáveis sociodemográficas, como a idade, sexo, etnia, religião, rendimentos e estado civil, podem ser cruciais para que se verifiquem diferenças entre sujeitos, embora sejam fatores de pouco peso na explicação do bem-estar subjetivo (Diener et al., 1999). Contudo, e a título de exemplo, se a variável rendimentos compreender um recurso para alcançar um objetivo relevante para determinado indivíduo, a mesma ajudará a que se verifique maior bem-estar subjetivo.

O bem-estar subjetivo caracteriza-se por ser determinado, sobretudo, por aspetos internos ao sujeito, como é exemplo a sua personalidade e humor (Diener et al., 1999), que garantem que o mesmo perdure ao longo do tempo (Dyrdal, Roysamb, Nes, & Vitterso, 2011; Galinha, & Pais-Ribeiro, 2005). Importa, essencialmente, determinar a forma como as situações são percebidas ou percecionadas por cada indivíduo (Diener et al., 1999), visto que cada um tem a sua própria capacidade de se adaptar a novos eventos, positivos e negativos, que ocorrem na sua vida retornando ao seu nível ou estado de felicidade anterior (Lucas, Clark, Georgellis, & Diener, 2003).

Consideram-se como determinantes do bem-estar subjetivo a personalidade do sujeito, a sua herança genética e cultural, as relações interpessoais positivas que concebe, entre outros fatores situacionais (Larsen, & Eid, 2008), tal como a desejabilidade social. Sob esta última perspetiva, Diener (2000) afirma que as pessoas podem responder de forma a apresentar índices mais elevados de felicidade, pelo que o recurso a um leque

mais abrangente de instrumentos de avaliação, com validade e fidelidade para o que se pretende medir, pode apresentar-se como uma mais-valia.

Deste modo, podem-se categorizar os diversos fatores que influenciam o bem-estar em dimensões relativas às próprias características e traços de personalidade, às circunstâncias de vida, às relações interpessoais, e ainda às atividades delineadas, podendo estas ser de natureza comportamental, cognitiva ou relacionadas com a vontade de cada indivíduo (Caunt, Franklin, Brodaty, & Brodaty, 2013).

No que respeita à personalidade, as emoções podem ser influenciadas pelo facto de se ser otimista ou pessimista, sendo que os otimistas têm maior probabilidade de experienciar emoções positivas, o que não se verifica com o pessimismo que se correlaciona com emoções negativas (Rasmussen, Wrosch, Scheier, & Carver, 2006).

Considera-se o otimismo uma característica individual baseada em expectativas positivas em relação ao futuro, numa orientação prolongada de vida, pelo que comumente associada a benefícios para a saúde e para o bem-estar subjetivo (Augusto-Landa, Pulido-Martos, & Lopez-Zafra, 2011; Forgeard, & Seligman, 2012; Lench, 2011).

A paz de espírito como determinante do bem-estar subjetivo também pode exercer influência na medida em que se traduz num estado interno de harmonia (Lee, Lin, Huang, & Fredrickson, 2013), logo associado a uma emoção positiva.

Atendendo a que o bem-estar subjetivo é influenciado pelos referidos fatores, pode-se afirmar que a existência de reduzida satisfação com a vida é preditora de situações menos positivas para o indivíduo que podem ocorrer a partir do momento da avaliação da situação (Lee et al., 2013; Seligman, 2012). Por sua vez, maior satisfação com a vida contribui para benefícios na saúde mental e saúde física e menos comportamentos de risco (Lee et al., 2013; Seligman, 2012).

Importa ainda considerar, além dos determinantes supra referidos, elementos do bem-estar como a emoção positiva, o envolvimento, o significado, as relações positivas e a realização pessoal (Seligman, 2011), sendo que o que caracteriza cada elemento é o facto do mesmo contribuir para o bem-estar, ser desejado pelo seu valor intrínseco e ser medido de forma independente.

Fredrickson (2001, 2004) elaborou *The Broaden and Build Theory* ou a Teoria Ampliação-Construção das Emoções Positivas em que evidência que a vivência de experiências positivas favorece o pensamento e o comportamento emocional positivo (Baptista, 2013). Considera-se que é a partir das experiências positivas que se potencia o bem-estar e a saúde, através do desenvolvimento de recursos que mobilizam o

pensamento para a ação (Fredrickson, 2000), sendo que as emoções positivas têm ainda um efeito reparador das emoções negativas, contribuindo por isso para os processos de auto-regulação (Fredrickson, Mancuso, Branigan, & Tugade, 2000; Tugade, & Fredrickson, 2004).

#### **2.4. Satisfação com a Vida**

Satisfação com a vida é tida como uma avaliação cognitiva do desenvolvimento pessoal mediante objetivos e expectativas globais, de acordo com critérios estabelecidos por cada indivíduo e remete-nos para uma avaliação da congruência entre as circunstâncias de vida reais e as ideais (Diener, Emmons, Larsen & Griffins, 1985; Diener et al., 1999; Judge, Boudreau & Bretz, 1994; Pavot & Diener, 1993).

Considerando que a satisfação com a vida é um dos elementos fulcrais no estudo do bem-estar subjetivo (Haybron, 2007), importa refletir sobre a mesma em alunos do ensino superior. Isto, visto que, o percurso acadêmico pode ser associado a sentimentos positivos, embora não possamos descartar o fator mal-estar que possa emergir por qualquer circunstância, pois como já referido cada indivíduo experiencia as suas vivências de forma individual (Haybron, 2007; Magalhães, 2012; Vasconcelos, & Faria, 2008). No entanto, o mesmo pode ser considerado como um caminho para a felicidade, pois “a investigação sobre o Bem-Estar Subjetivo aponta para o fato de que as pessoas não apenas evitam o mal-estar mas procuram a Felicidade” (Galinha, & Pais-Ribeiro, 2005, p. 208).

Satisfação com a vida é um conceito lato, de difícil definição, pois surge comumente como sinónimo de qualidade de vida, bem-estar e até mesmo de felicidade (Veenhoven, 2000; Veenhoven, 2005). Existe falta de consenso entre autores quanto à operacionalização deste conceito (Veenhoven, 2000), para além de existir sobreposição de significados, o que não facilita a sua individualização (Veenhoven, 2000; Veenhoven, 2005). No entanto, alguns autores têm demonstrado que existe algum grau de independência entre estes conceitos, ou seja, consideram, por exemplo, que satisfação com a vida e qualidade de vida ou bem-estar têm distintos significados embora ambos possam fazer com que os indivíduos se sintam satisfeitos com a vida (Arthaud-Day, Rode, Mooney, & Near, 2005; Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Simões, et al., 2003), pois consideram que embora as componentes cognitivas e de afeto positivo e afeto negativo se reflitam na avaliação dos indivíduos face à satisfação com a vida, cada indivíduo reage de modo diferente diante de conjunturas semelhantes, de acordo com a sua experiência

de vida, as suas expectativas e os seus valores (Albuquerque, & Triccóli, 2004; Diener, & Suh, 1998; Diener et al., 1999).

Ora, face ao explanado, e considerando que a satisfação com a vida contribui para a felicidade e bem-estar, Wilson (1967), nos seus estudos, caracterizou um indivíduo feliz como jovem, saudável, bem-educado e remunerado, extrovertido, otimista, sem preocupações, entre outros atributos, que ao serem considerados cumulativamente podem condicionar qualquer indivíduo de ser feliz. Isto porque, embora a personalidade seja um importante determinante da felicidade, não o é de forma isolada, pois diariamente o ser humano experimenta distintas preocupações ou dificuldades de integração das diversas identidades que necessita de assumir (Steel, Schmidt, & Shultz, 2008). Ainda de acordo com Wilson (1967), uma forte determinante para a satisfação com a vida é a idade, pois considera que esta está negativamente relacionada à felicidade, de modo que os jovens declaram experimentar níveis mais elevados dessa variável, ou seja, com o avançar da idade o indivíduo vai-se “tornando” menos feliz. Lucas e Gohm (2000) corroboram esta ideia, pois nos seus estudos demonstraram um decréscimo dos afetos prazerosos com o acréscimo da idade. No entanto, Otta e Fiquer (2004) contrariam este facto, visto que os seus estudos demonstraram que, com o avançar da idade, os idosos julgam-se mais satisfeitos com a vida, explicando que as emoções são melhor reguladas, o que contribui para o sentimento de bem-estar mais positivo, sendo que, o mesmo, concluíram Gonçalves e Kapczinski (2008).

Considera-se, assim, satisfação com a vida como um juízo subjetivo que cada indivíduo faz da própria vida, com base num padrão pré-estabelecido pelo próprio indivíduo (Simões, 1992).

Shin e Johnson (1978) definem satisfação com a vida como a avaliação global da qualidade de vida de um indivíduo de acordo com os seus objetivos de vida. No entanto, existem autores que consideram satisfação com a vida como sendo uma dimensão da qualidade de vida (Veenhoven, 2000), enquanto outros advertem que a satisfação com a vida surge como resposta à qualidade de vida (Palys, & Little, 1983).

Os construtos psicológicos satisfação com a vida, afeto negativo e afeto positivo e bem-estar psicológico têm algo em comum, todos dependem da experiência subjetiva do indivíduo e do contexto (Pavot, & Diener, 1993). Além disso, os dois primeiros construtos encontram-se relacionados e são componentes do bem-estar subjetivo (Pavot, & Diener, 1993).

A perspectiva de Cowen (1994) gerou um novo modelo de saúde mental, no qual se define o bem-estar como um conjunto de aspetos positivos do funcionamento, obtido através de fortes relações interpessoais, adequadas aquisições cognitivas, estratégias de *coping* e ambientes facilitadores do desenvolvimento humano. Portanto, numa vertente positiva, esta perspectiva assenta na ausência de doença e na presença de um funcionamento positivo e florescimento humano (Dierendonck, Diaz, Carvajal, Blanco, & Jiménez, 2008), que permitirá ao ser humano sentir satisfação com a vida.

Relacionado à satisfação com a vida encontra-se o bem-estar subjetivo, caracterizado como um construto amplo e relevante para diferentes áreas da psicologia (Machado, & Bandeira, 2012), que abrange aspetos afetivos da experiência quotidiana. A sua operacionalização é extremamente difícil, uma vez que os componentes negativos e bivalentes do bem-estar são acedidos através de autorrelato (Warr, 1978).

Uma das áreas que tem sido estudada relaciona a satisfação com a vida e os projetos pessoais dos indivíduos. Palys e Little (1983) num estudo que realizaram constataram que uma satisfação com a vida elevada encontra-se associada ao envolvimento em projetos relevantes a um curto-prazo, com nível de dificuldade moderado e bastante gratificantes para o indivíduo. Por outro lado, indivíduos com projetos de maior envergadura a longo-prazo, mais difíceis e menos gratificantes no momento atual demonstravam uma menor satisfação com a vida (Palys & Little, 1983).

A satisfação com a vida é, portanto, um fenómeno complexo e de difícil mensuração enquanto medida psicológica de bem-estar e adaptação, pois reflete a expressão de cada indivíduo face aos seus próprios critérios de satisfação num todo ou em domínios específicos, como por exemplo, na saúde, no trabalho, autonomia; ou seja, reflete o bem-estar individual (Joia, Ruiz, & Donalísio, 2007).

A satisfação com a vida encontra-se, portanto, relacionada com indicadores de funcionamento psicológico positivo (Freire & Tavares, 2011).

## **2.5. Afetos: Afeto positivo e Afeto negativo**

Afeto é um conceito amplo que se refere a um sentimento consciente mas não reflexivo e cognitivo (Russel, 2003; Russel & Barret, 1999), podendo ser de longa duração e sobressair somente ao nível da experiência subjetiva (Telleng, Watson, & Clark, 1999). Assim, segundo Fredrickson (2001), o afeto varia muitas vezes e não tem objeto.

Frequentemente conceptualiza-se o afeto de modo a abranger duas dimensões: prazer e ativação emocional positiva e negativa (Telleng et al., 1999).

De acordo com Russel (2003), torna-se difícil definir afeto, visto que, na literatura, alguns autores consideram que afeto e emoção são indissociáveis. Para além disso, surge ainda definido como humor ou até mesmo sentimento, isto porque o afeto faz parte das emoções, enquanto componente da experiência subjetiva, contudo também se encontra presente noutros fenómenos afetivos que incluem sensações físicas, atitudes, humor ou mesmo traços de personalidade (Oatley & Jenkins, 1996).

Barret e Moreau (2009) referem-se ao afeto como uma propriedade básica, universal e psicologicamente irreduzível da mente, tal como a emoção. Kring e Moran (2008) apoiam esta perspetiva afirmando que a literatura mistura de forma indistinta o conceito afeto e emoção, visto que a sua distinção é muito ténue. Surge, a título de exemplo, o afeto embotado, em que o termo afeto ora é utilizado para definir um estado de sentimento, ora a expressão de uma emoção. Sob a mesma perspetiva, Horan e seus colaboradores (2008) afirmam que o afeto faz parte das emoções básicas. Por sua vez, Diener e Eammons (1984) referem que os afetos podem durar segundos, tal como as emoções e que podem ser inconscientes.

James (2007) aponta que a noção de afeto surge na psicopatologia e é enfatizada devido à sua compreensão com base em efeitos dinâmicos.

Barret e Moreau (2009) consideram que o afeto é um componente mental que combinado com outros elementos se torna numa emoção, ou seja, afeto refere-se a emoções associadas a representações internas corporais, que envolvem a motivação, intensidade, força ou até mesmo traços de personalidade.

Pode-se referir que o afeto surge sob duas dimensões: o afeto positivo e o afeto negativo. Quanto ao afeto positivo, os níveis mais elevados desta dimensão encontram-se caracterizados por elevada energia, concentração e prazer. Por sua vez, o afeto negativo caracteriza-se pela tristeza, letargia e os seus níveis elevados correspondem à variação de estados de ânimo que englobam a culpa, o temor, a ira ou raiva e o nervosismo (Tellegen et al., 1999).

Considera-se que o afeto possibilita uma avaliação mais pormenorizada dos indicadores de saúde mental (Fredrickson, 2001; Tellegen et al., 1999). Para Fredrickson (2001), o afeto positivo traduz-se na tendência de experimentar sentimentos e emoções agradáveis, contribuiu para o bem-estar ótimo, crescimento psicológico, facilita comportamentos de aproximação ou ação continuada e melhora o bem-estar ao longo do

tempo. Já o afeto negativo, para o mesmo autor, exprime-se pela disposição para experimentar sentimentos e emoções desagradáveis (Fredrickson, 2001).

Burns e Machin (2010) afirmam que as variáveis do bem-estar psicológico são fortes preditores de afeto positivo, não obstante outro autor demonstra que o afeto positivo está profundamente associado ao bem-estar (Gasper, 2010). Para Gasper (2010), pessoas com maior grau de felicidade relatam menos episódios de acontecimentos de vida negativos e menos emoções negativas. A permanência do afeto positivo permite ao indivíduo pensar melhor, ajuda na resolução de problemas e torna-o mais criativo, assertivo e sensato nas tomadas de decisão (Gasper, 2010; Isen, 1993).

Portanto, face ao afeto positivo Gasper (2010) e Fredrickson (2001) afirmam que os seus preditores criam condições de enfrentamento eficaz de situações adversas e que por sua vez incrementarão os níveis de bem-estar psicológico.

Galinha e Pais-Ribeiro (2005) afirmam que os afetos podem ser positivos e/ou negativos, sendo independentes, constituem-se como elementos fundamentais do bem-estar subjetivo na sua componente emocional. Assim, o afeto positivo reflete o nível de entusiasmo, de alerta e de atividade que caracteriza o indivíduo, sendo analisado pela elevada energia, otimismo, concentração total e compromisso aprazível, enquanto o afeto negativo analisado através da dimensão geral da ansiedade subjetiva e de compromisso desagradável, corresponderia aos estados de humor que incluem a irritação, desprezo, aborrecimento, culpa, pessimismo, medo e nervosismo (Diener, 2001).

O afeto positivo tem sido alvo de diversas investigações (Fredrickson, 2003) que mostram o seu impacto ao nível da saúde, potenciando os recursos individuais intelectuais, tais como a criatividade, habilidade para aprender nova informação e memória; físicos como o aumento da força, a coordenação e saúde cardiovascular; psicológicos, que envolvem o otimismo, a resiliência, o sentido de identidade e a orientação para objetivos; e sociais como criar novos laços e solidificar ligações anteriores.

Assim, as pessoas com muita afetividade positiva relacionam-se socialmente com maior facilidade e lidam melhor com as situações promotoras de *stress*, além de sentirem maior controlo sobre as suas próprias vidas (Ostir, Ottenbacher, & Markides, 2004). No entanto, o afeto negativo apesar de não ser muito desejável pode ser uma resposta mais conveniente e funcional em determinadas situações (Diener, 2001). Por exemplo, o medo pode motivar e evitar o perigo; a irritação pode levar-nos a corrigir uma injustiça e a tristeza pode fazer renovar as nossas fontes e originar novos planos de ação após alguma

perda (Diener, Scollon, & Lucas, 2003). Recentemente, Oishi, Diener e Lucas (2007) realçaram a conveniência e a funcionalidade do afeto negativo em determinadas situações, referindo que o medo pode ajudar as pessoas a evitar o perigo e prepará-las para situações stressantes; a ansiedade pode motivar as pessoas a trabalhar mais e a ter um desempenho melhor e a culpa e vergonha podem motivar as pessoas a evitar transgressões morais.

É, precisamente, neste sentido que Gable e Haidt (2005) assinalam que é importante compreender que o *positivo* ou o *bom* são conceitos complexos e multidimensionais, sendo crucial reconhecer essa complexidade nos estudos empíricos e teorias existentes. Norem (2001), nas suas investigações sobre o pessimismo defensivo, demonstra o quão complexos são estes conceitos. Para Taylor, Kemeny, Reed, Bower, e Gruenwald (2000), o otimismo encontra-se associado a resultados ou consequências positivas, como a saúde e bem-estar; enquanto o pessimismo a maus resultados ou consequências negativas.

É neste sentido que Norem e Chang (2002) sublinham que as pessoas são complexas e, por conseguinte, não existe um modelo que possa ser global para todos. Assim, diversos autores demonstraram que, para um subgrupo de pessoas com um pessimismo defensivo como estilo de personalidade, encontram-se custos reais associados ao pensamento positivo e insistir que o otimismo seria bom para eles, seria um erro. Concluem que existem inúmeras circunstâncias que poderão não ser aplicáveis a todas as pessoas (Norem, 2001; Norem, & Chang, 2002; Taylor, Kemeny, Reed, Bower, & Gruenwald, 2000).

## **2.6. Bem-Estar Subjetivo nos alunos do Ensino Superior**

O Ensino Superior tem sido alvo de discussões e debates devido às mudanças que tem sofrido ao longo dos anos, principalmente pelo crescimento de oportunidades de ingresso no ensino superior que ocorreu em todo o mundo a partir da década de 50 do século XX (Joly, Santos, & Sisto, 2005). Esse crescimento de população universitária suscita reflexões sobre as questões que passaram a surgir, seja pela maior heterogeneidade no que se refere às características dos estudantes, como classe social, género, idade, situação de trabalho, objetivos e expectativas, como também pelas necessidades apresentadas pelos estudantes, sejam essas de ordem académica ou psicossociais (Joly et al., 2005; Schleich, 2006).

Considera-se que as instituições de ensino devem estar preparadas para promover durante o processo de formação acadêmica, além do desenvolvimento cognitivo e profissional, o desenvolvimento pessoal, afetivo e social dos estudantes (Schleich, 2006).

Passar a ser um estudante universitário representa uma nova fase na vida de muitos estudantes que ingressam no ensino superior. Essa nova fase implica mudanças e uma adaptação a essa nova realidade, que pode gerar ansiedades e até mesmo interferir no desempenho acadêmico (Ferraz & Pereira, 2002; Schleich, 2006). Santos, Noronha, Amaro e Villar (2005) realçam as quatro principais mudanças com as quais os universitários têm que lidar após ingressarem na universidade: mudanças acadêmicas, sociais, pessoais e vocacionais.

Além disso, importa considerar que o estilo de vida de estudantes universitários envolve comportamentos de risco e pouco saudáveis que podem comprometer tanto a saúde quanto a qualidade de vida, pois este período de transição para o ensino superior pode mudar o estilo de vida nos aspectos relacionados a hábitos alimentares, de sono, práticas de exercícios físicos, consumo de álcool, tabaco e até mesmo de outras drogas (Martins, Pacheco, & Jesus, 2008).

Quanto aos estudos sobre estudantes universitários e bem-estar, Benjamin (1994) realizou uma revisão de estudos publicados com a temática de qualidade de vida e estudantes universitários e concluiu que ainda assim é necessário dar maior destaque aos estudos de qualidade de vida em estudantes universitários tendo em vista o déficit na literatura a esse respeito. O referido autor sugere a seguinte definição para o conceito de bem-estar em estudantes: “Percepção de satisfação e felicidade, por parte do estudante, em relação a múltiplos domínios de vida à luz de fatores psicossociais e contextuais relevantes e estruturas de significados pessoais” (p.60).

O interesse por estudos com estudantes universitários e suas experiências na universidade tem crescido e este justifica-se, em grande parte, pelo crescente aumento do número de indivíduos que ingressam no ensino superior (Teixeira, Castro, & Piccolo, 2007).

A adaptação, isto é, a capacidade da pessoa para se moldar a situações novas, quer positivas, quer negativas (Diener et al., 1997; Diener & Biswas-Diener, 2000), também é responsável pelo bem-estar subjetivo, embora sendo condicionada por outras variáveis sociodemográficas, tais como a idade, o sexo e a educação (Diener et al., 1997). Assim, de acordo com esta perspectiva as pessoas tendem, com a vivência de experiências semelhantes, a desenvolver as competências necessárias para lidar com acontecimentos

de vida inesperados e/ou emocionalmente fortes. Todavia, Diener et al. (1997) referem que esta adaptação não é verificada em todas as situações, pelo que pode haver outros fatores que a condicionem, sendo necessário aprofundar os seus limites. Um exemplo destes acontecimentos emocionalmente fortes e marcantes pode ser o percurso académico do aluno ao longo dos vários ciclos de ensino.

Num estudo sobre o ambiente escolar e o bem-estar realizado com adolescentes (Matos, & Carvalhosa, 2001) verificou-se que o bem-estar se correlacionava negativamente com a idade, a baixa autoimagem e as dificuldades em falar abertamente com o pai e de ter relacionamentos emocionalmente próximos com o grupo de pares. Por outro lado, e tal como esperado, verificou-se uma correlação positiva com o ambiente escolar. Além disso, os autores concluíram que os aspetos relacionados com o ambiente escolar e familiar, com o grupo de pares e, com o próprio *self* influenciam a avaliação que os adolescentes fazem do seu bem-estar.

Noutro estudo realizado com adolescentes e com estudantes universitários (Ben-Zur, 2003), observou-se que em ambos os grupos o bem-estar subjetivo se correlacionava positivamente com os recursos internos dos jovens, nomeadamente com a sua perceção de controlo e o seu otimismo, sendo também de sublinhar que os adolescentes, de ambos os sexos, apresentavam valores mais elevados de afeto negativo e mais baixos de afeto positivo do que os jovens adultos. Por outro lado, foi também notório que as adolescentes e as estudantes universitárias evidenciavam mais afeto negativo do que os adolescentes e os estudantes universitários, resultado que tem vindo a ser encontrado noutros estudos (e.g. Albuquerque, Noriega, Martins, & Neves, 2008; Cha, 2003; Vieira, & Jesus, 2007; Zheng, Sang, & Wang, 2004). Segundo Diener e colaboradores (1999) e Albuquerque, Noriega, Martins e Neves (2008), esta diferença poderá dever-se ao facto das mulheres serem mais sensíveis a emoções negativas do que os homens, o que poderá refletir também a tradicional atribuição de papéis.

À semelhança do que ocorreu na investigação realizada por Ben-Zur (2003), noutro estudo realizado com uma amostra de estudantes universitários (Albuquerque, et al., 2008) verificou-se que a satisfação com a vida dos inquiridos tendia a aumentar com a idade e com a progressão académica. Segundo estes autores, esta conclusão poderá dever-se ao facto dos estudantes mais novos, entre 18 e 21 anos, se encontrarem no início da sua formação académica e de ainda não ter definido os seus objetivos de vida. Os alunos mais velhos, pelo contrário, já estabeleceram o seu plano de vida e evidenciam uma maior maturidade face à sua vida e às suas experiências. A este propósito Oishi et al. (1999)

concluíram que, para os estudantes com objetivos definidos, obter boas notas nas avaliações é um dos preditores mais significativos do seu bem-estar subjetivo.

Num relatório sobre a satisfação com a vida e a felicidade de estudantes universitários realizado por Michalos (1991) em 39 países, entre os quais Portugal, verificou-se que os estudantes com maior nível bem-estar subjetivo eram originários da Finlândia e da Bélgica, enquanto em último lugar se localizava Portugal. Segundo este autor, o nível de bem-estar subjetivo evidenciado pelos estudantes universitários é representativo do bem-estar subjetivo de todo o país, o que nos permite especular que aquando da realização desta investigação os portugueses, no geral, não faziam uma boa avaliação do seu bem-estar.

Num estudo preliminar realizado com 355 alunos da Universidade do Algarve (Imaginário, Duarte, Jesus, & Vieira, 2010), verificou-se que os alunos apresentavam uma boa satisfação com a vida e expressavam predominantemente afetos positivos. Além disso, observou-se que o bem-estar subjetivo foi mais elevado entre o sexo masculino, os alunos de nacionalidade portuguesa e os que frequentam os últimos anos de formação.

Através destes estudos é possível compreender que a avaliação que o indivíduo faz da sua vida apresenta uma proximidade bastante estreita com a sua vida escolar ou académica. Aliás, Coleta e Coleta (2006) concluíram que a realização académica consiste num dos fatores preditivos do bem-estar subjetivo quer os inquiridos fossem estudantes do ensino superior ou não, o que influencia o seu comportamento académico. No estudo realizado por estes autores foi possível observar que os alunos que apresentam maior bem-estar subjetivo evidenciavam mais e melhores condutas académicas, tais como rendimento académico, nível de estudo, expectativas face ao curso frequentado, tempo passado na universidade; e demonstravam maior frequência de hábitos de leitura, complementação de atividades extracurriculares do curso frequentado e prática regular de atividade e/ou desporto.

Além disso, numa investigação realizada por Zheng, Sang, e Wang (2004) foi possível observar que os alunos do ensino superior que se encontram deslocados da sua residência habitual apresentam valores mais elevados de bem-estar subjetivo quando se encontram socialmente integrados na universidade que frequentam.

Em suma, uma vez que tanto o bem-estar subjetivo como a sonolência diurna excessiva afetam as vivências de estudantes universitários, considera-se pertinente face à literatura consultada analisar tanto a sonolência diurna excessiva, como o bem-estar subjetivo numa amostra de estudantes universitários.

## **PARTE II – Estudo Empírico**

---

## **Capítulo IV – Investigação**

A exigente sociedade promove e incute nos jovens a necessidade de chegar cada vez mais longe a nível académico. Contudo, a vida académica acarreta riscos se não for vivenciada de forma consciente.

Sendo o sono considerado como vital para manter o equilíbrio físico e psíquico, os seus distúrbios refletem perda significativa na qualidade de vida, resultando na diminuição das funções cognitivas, psicomotoras e emocionais, nas relações interpessoais e no agravamento do estado de saúde em geral. Neste estudo debruçamo-nos sobre a sonolência diurna excessiva, um dos distúrbios que nos parece acometer mais os jovens nestas condições, devido à privação crónica do sono que vivenciam relacionadas com diversos fatores, entre os quais se contam os horários do curso e o excesso de trabalhos.

Estudamos também o Bem-Estar Subjetivo que se encontra relacionado com a perceção que cada indivíduo tem face ao presente e ao futuro e de que forma vivencia as mudanças com que se vai deparando.

No presente estudo presta-se especial atenção à associação entre sono, satisfação com a vida e afetos em alunos do ensino superior.

Com a presente investigação, de natureza exploratória e transversal, pretende-se atingir os seguintes objetivos específicos:

#### **4.1. Objetivos e Variáveis da Investigação**

##### **a) Objetivos relacionados com a Sonolência Diurna Excessiva**

- 1) analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a Sonolência Diurna Excessiva;
- 2) analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos quanto à Sonolência Diurna Excessiva;
- 3) avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes deslocados e os não deslocados do seu local de residência quanto ao nível de Sonolência Diurna Excessiva;
- 4) avaliar se existe relação estatisticamente significativa entre a perceção de saúde e o grau de Sonolência Diurna Excessiva

##### **b) Objetivos relacionados com o Bem-Estar Subjetivo**

- 5) analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o Bem-Estar Subjetivo;

- 6) analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos dos dois sexos quanto ao Bem-Estar Subjetivo;
- 7) avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes deslocados e os não deslocados do seu local de residência quanto ao Bem-Estar Subjetivo;
- 8) avaliar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção de saúde e o Bem-Estar Subjetivo;

**c) Objetivos relacionados com a associação entre o Bem-Estar Subjetivo, a Sonolência Diurna Excessiva e os alunos do ensino superior**

- 9) Avaliar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o Bem-Estar subjetivo e a Sonolência Diurna Excessiva em alunos do ensino superior.
- 10) Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes que têm Sonolência Diurna Excessiva ( $>10$ ) e os estudantes que não têm Sonolência Diurna Excessiva ( $\leq 10$ ) quanto ao Bem-Estar Subjetivo (Satisfação com a vida; Afeto Positivo e Afeto Negativo) e a Percepção Geral de Saúde.

Tendo em consideração os objetivos da investigação, as variáveis em estudo dividem-se em variáveis principais e variáveis secundárias.

No que se refere às variáveis principais salientam-se os seguintes construtos: 1) a Satisfação com a Vida; 2) Afeto Positivo; 3) Afeto Negativo; 4) a Sonolência Diurna Excessiva. Entre as variáveis secundárias contam-se: sexo, idade, ano do ciclo de estudos que se encontram a frequentar, curso, estado civil, nível socioeconómico, se são trabalhadores-estudantes, e se são estudantes deslocados.

## **4.2. Método**

### **4.2.1. Participantes**

Estudou-se uma amostra não probabilística, de conveniência, constituída por 264 estudantes que se encontravam a frequentar o primeiro ciclo de estudos no ensino superior.

**Tabela 1** Descrição da amostra por sexo em função do ano (N=264)

	Ano		Sexo			
			Feminino		Masculino	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>1º ano</b>	114	43,2	90	34,1	24	9,1
<b>2º ano</b>	79	29,9	57	21,6	22	8,3
<b>3º ano</b>	71	26,9	36	13,6	35	13,3

De acordo com a tabela 1, verifica-se que a amostra é constituída sobretudo por estudantes do 1º ano e do sexo feminino (34,1%). Em relação às idades dos participantes da amostra globalmente considerada, estas variam entre os 18 anos e os 54 anos, em que a maioria dos estudantes (57,2%) tem idades compreendidas entre os 18 anos e os 20 anos (Tabela 2).

**Tabela 2** Descrição da amostra por idade em função do ano

Ano	Idade				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<b>1º ano</b>	114	19,54	2,187	18	31
<b>2º ano</b>	79	21,08	3,846	19	47
<b>3º ano</b>	71	27,82	8,333	20	54

Na tabela 3, verifica-se que, nos três anos académicos, a maioria dos participantes encontra-se a frequentar cursos integrados na Faculdade de Ciências da Saúde.

**Tabela 3** Descrição da amostra por faculdades da Universidade em função do ano

Faculdades	Ano					
	1ºano		2ºano		3ºano	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Faculdade de Ciências Humanas e Sociais</b>	25	9,5	15	5,7	7	2,7
<b>Faculdade de Ciências e Tecnologias</b>	16	6,1	8	3,0	21	8,0
<b>Faculdade de Ciências da Saúde</b>	73	27,7	56	21,2	43	16,3

Relativamente ao estado civil, a maioria dos estudantes refere ser solteiro(a) e, no que respeita ao nível socioeconómico, constata-se que grande parte dos estudantes o define como médio o seu nível socioeconómico (Tabela 4).

**Tabela 4** Descrição da amostra por estado civil e nível socioeconómico em função do ano

		1º		Ano 2º		3º	
		n	%	n	%	n	%
<b>Estado Civil</b>	<b>Solteiro</b>	112	42,4	77	29,2	50	18,9
	<b>Casado/União de facto</b>	2	0,8	2	0,8	21	8,0
<b>Nível Socioeconómico</b>	<b>Baixo</b>	3	1,1	6	2,3	5	1,9
	<b>Médio</b>	101	38,4	72	27,4	64	24,3
	<b>Alto</b>	10	3,8	0	0,0	2	0,8

Procedeu-se, ainda, à descrição da amostra por estatuto académico e mudança do local de residência em função do ano (Tabela 5).

**Tabela 5** Descrição da amostra por estatuto académico e mudança do local de residência em função do ano

		1º		Ano 2º		3º	
		n	%	n	%	n	%
<b>Estuante/Trabalhador</b>	<b>Não</b>	103	39,0	73	27,7	33	12,5
	<b>Sim</b>	11	4,2	6	2,3	38	14,4
<b>Saída de casa</b>	<b>Não</b>	67	25,5	47	17,9	54	20,5
	<b>Sim</b>	46	17,5	32	12,2	17	6,5

No que se refere ao estatuto académico verifica-se que a maioria dos estudantes tem um estatuto apenas de estudante, e que apenas 20,8% são estudante/trabalhador. Quanto à mudança do local de residência, grande parte dos estudantes (63,9%) não alterou o local de residência devido à sua entrada no ensino superior.

**Tabela 6** Descrição da amostra em função da percepção geral do estado de saúde

	Mínimo	Máximo	M	DP
<b>Percepção Geral do Estado de Saúde</b>	1	5	2,35	0,893
<b>Estado de Saúde Atual</b>	1	5	2,60	0,849

Quanto à Percepção Geral do Estado de Saúde, genericamente, os participantes tinham uma percepção bastante positiva face à sua saúde (Tabela 6). Relativamente à comparação do Estado de Saúde com o que Acontecia há um ano atrás verifica-se que a maioria dos participantes refere que o seu estado de saúde atual é aproximadamente igual, quando comparado com um ano atrás (Tabela 6).

#### **4.2.2. Material**

No presente estudo foram administrados os seguintes instrumentos de avaliação: Questionário Sociodemográfico do QVA-r (Anexo 1); Escala de Satisfação com a Vida – S.W.L.S. (Anexo 2) de Simões (1992); Escala de Afetos – PANAS (Anexo 3) de Galinha e Ribeiro (2005) e Escala de Sonolência Diurna Excessiva – ESE (Anexo 4) de Meneses, Ribeiro e Silva (2001), que passamos a descrever.

##### **1) Questionário Sociodemográfico**

Adotou-se o questionário elaborado por Almeida, Ferreira e Soares, em 2001. Este questionário teve como propósito recolher informação considerada como pertinente para a caracterização dos participantes da presente investigação. Adotaram-se para este estudo duas versões do questionário sócio demográfico, uma direcionada aos estudantes do 1º ano e outra para os do 2º ano e 3º ano. Com este questionário pretendeu-se recolher informação sobre sexo; idade; estado civil; nível socioeconómico; curso frequentado; estatuto académico; razão para continuar os estudos no ensino superior; opção da instituição de Ensino Superior; opção da escolha de curso superior; mudança do local de residência com a entrada no ensino superior; distância entre a casa onde reside e a universidade que frequenta; desempenho de algum tipo de funções académicas associativas na instituição frequentada; envolvimento em algum tipo de atividade, organização ou associação fora da instituição frequentada; adaptação, em geral, ao ensino superior; descrição da adaptação atual ao ensino superior, comparando com o que acontecia no 1º semestre – questionário para o 1º ano -; descrição da adaptação atual ao ensino superior, comparando com o que acontecia no ano passado – questionário para o 2º ano e 3º ano; descrição da saúde, em termos gerais; descrição do estado geral atual, comparando com o que acontecia há um ano.

O questionário contém, para além de perguntas fechadas, duas perguntas de resposta aberta, contudo esta última difere nos questionários para o 1º ano e para o 2º ano e 3º ano. No questionário destinado aos alunos do 1º ano, a primeira questão aberta pretende definir qual o fator considerado como primordial na atual adaptação ao ensino superior, enquanto na segunda aspirava-se que os participantes pudessem identificar se esse mesmo fator havia sido fulcral na sua adaptação ao ensino superior durante o 1º semestre – questionário para o 1º ano – ou na sua adaptação ao ensino superior no ano transato – questionário para o 2º ano e 3º ano. Contudo, poderiam referir outro fator caso considerassem relevante ou até mesmo mais adequado.

## **2) Escala de Satisfação com a Vida – S.W.L.S.**

A Escala de Satisfação com a Vida, versão original de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) traduzida e validada para a população portuguesa por Simões (1992), surge no sentido de avaliar o juízo subjetivo que cada indivíduo faz sobre a qualidade da própria vida, de acordo com critérios estabelecidos por si e não em função de padrões impostos externamente, quer seja pelo investigador ou por outrem (Diener et al., 1985). Assim sendo, a SWLS deixa ao indivíduo respondente a liberdade de integrar e ponderar, como entender, os vários domínios da sua vida em geral, e.g. saúde, família ou até mesmo bem-estar académico e profissional; e os distintos estados de espírito, por forma, a obter um juízo global, positivo ou negativo, sobre a sua própria existência.

A versão portuguesa de Simões (1992) é composta por 5 itens, segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos: discordo muito (1); discordo pouco (2); nem concordo, nem discordo (3); concordo um pouco (4) e concordo muito (5). Embora a escala original apresente sete alternativas de resposta, o facto de a versão utilizada ter apenas cinco surge com o objetivo de simplificar e tornar a escala mais acessível a indivíduos com escassas aptidões culturais, considerando, sempre, que as propriedades psicométricas da escala se mantivessem (Simões, 1992). Os scores variam de 5 a 25, sendo que quanto mais elevado, mais elevada será a satisfação com a vida.

A versão portuguesa da SWLS apresenta um *alpha de Cronbach* de 0,77 e da análise fatorial emergiu um único fator que explica 53,1% da variância, sugerindo boas qualidades psicométricas (Simões, 1992). O autor refere como vantagens deste instrumento: a brevidade, quando se pretende avaliar a satisfação numa área específica da vida e a possibilidade de esta escala poder ser aplicada a diferentes grupos etários e culturais, possibilitando a comparação (Simões, 1992).

No presente estudo a SWLS apresenta um *alpha de Cronbach* de 0,85, o que corrobora a boa consistência interna desta escala.

## **3) Escala de Afetos – PANAS**

Administrou-se a Escala de Afeto Negativo e Afeto Positivo – PANAS -, adaptada e validada para a população portuguesa por Galinha e Ribeiro (2005), cumprindo o propósito de recolher dados referentes ao afeto negativo e ao afeto positivo.

Segundo Galinha e Ribeiro (2005), esta escala de afeto negativo e afeto positivo consiste num conjunto de palavras passíveis de descrever distintos sentimentos e emoções. O questionário é constituído por 20 itens que descrevem quer emoções

negativas, como emoções positivas e divide-se em duas subescalas – o afeto negativo e o afeto positivo – sendo cotada através de uma escala de *Likert* de 1 a 5 pontos (1- nada ou muito ligeiramente; 2- um pouco; 3- moderadamente; 4- Bastante; 5- extremamente) (Galinha & Ribeiro, 2005; Watson et al., 1988).

As emoções presentes na PANAS, segundo Galinha e Ribeiro (2005), são as mais representativas do léxico emocional dos portugueses e as mais fidedignas face à estrutura da escala original. Os afetos negativos que representam a PANAS são: repulsa, assustado, culpado, irritado, perturbado, remorsos, nervosismo, atormentado, amedrontado e trémulo. Enquanto os afetos positivos são: excitado, entusiasmado, agradavelmente surpreendido, orgulhoso, inspirado, interessado, caloroso, encantado, determinado e ativo (Galinha, & Ribeiro, 2005).

Quanto à consistência interna da PANAS, os autores consideram como adequada, apresentando *Alpha de Cronbach* de 0,89 para a escala de afeto negativo e 0,86 para a escala de afeto positivo. A correlação das duas subescalas, afeto negativo e afeto positivo, situou-se perto do zero –  $r=0,10$  – estabelecendo a ortogonalidade entre as subescalas (Galinha & Ribeiro, 2005).

O presente estudo apresenta para a escala de Afeto Positivo um *alpha de Cronbach* de 0,85 e para a escala de Afeto Negativo 0,88, indicando boa fidelidade e assemelhando-se com os valores obtidos por Galinha e Ribeiro (2005),  $\alpha= 0,86$  e  $\alpha= 0,89$ , respetivamente.

#### **4) Escala de Sonolência Diurna Excessiva – ESE**

Administrou-se a Escala de Sonolência de Epworth – ESE – desenvolvida na Unidade de Distúrbios do Sono do Hospital de Epworth por Johns (1991), e adaptada para a população portuguesa por Meneses, Ribeiro e Silva (2001). Consiste num questionário autoadministrado de 8 itens e “avalia o nível geral de sonolência diurna/propensão para o sono em adultos, independentemente de pequenas variações nessa sonolência (hora do dia, entre dias)” (Meneses, et al., 2001, p. 12), procurando avaliar as últimas vivências de cada indivíduo face ao sono (Johns, 1991).

A ESE apresenta uma escala de resposta de tipo *Likert* de 0 a 3 pontos (0- nunca passaria pelo sono; 1- ligeira possibilidade de passar pelo sono; 2- moderada possibilidade de adormecer; 3- elevada possibilidade de adormecer) (Meneses et al., 2001; Paiva & Penzel, 2011).

Como referem Meneses et al. (2001, p.12) “a pontuação total (soma de cada um dos itens) varia entre 0 e 24, e quanto mais elevado é este valor, maior a possibilidade da

pessoa passar pelo sono/adormecer em situações não indutoras de sono”. Portanto, pontuações superiores a 10 predizem a presença e o diagnóstico de SDE, considerando-se que a amplitude da escala varia entre 0 e 10 (Bertolazi et al., 2009; Johns, 1991; Meneses et al., 2001; Santos, et al., 2001).

A ESE constitui um instrumento rápido e económico, embora não se considere um instrumento de diagnóstico, serve para rastrear, alertar e detetar precocemente possíveis condições médicas (Meneses et al., 2001; Santos, et al., 2001).

Quanto às propriedades psicométricas, a Escala de Sonolência de Epworth apresenta bons indicadores em termos de fidelidade, com uma consistência interna elevada (na primeira avaliação  $\alpha=0,74$  e, na segunda avaliação/reteste,  $\alpha=0,88$ ) em que o teste-reteste apresenta resultados fiáveis ao longo de um período de meses, demonstrando boa estabilidade temporal (Johns, 1991). Na versão portuguesa a escala revela igualmente elevada consistência interna ( $\alpha=0,84$ ) (Meneses et al., 2001; Santos, et al., 2001). No presente estudo verifica-se um *alpha de Cronbach* de 0,72, valor considerado aceitável atendendo ao facto de que a escala é composta apenas por 8 itens, tal como refere Almeida e Freire (2003).

### **4.3. Procedimento**

O presente estudo encontra-se integrado num estudo mais amplo, mediante o qual já havia sido solicitada a devida autorização, quer dos autores dos instrumentos utilizados, bem como obtido o parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.

Autorizações formalizadas e concedidas, seleccionaram-se as turmas por conveniência tendo em conta a disponibilidade de horário. Usou-se o correio eletrónico para contactar os docentes de modo a solicitar autorização para a recolha de dados e para que pudessem escolher dia e hora mais oportuno para tal. De salientar que foi dada, não só a possibilidade de recusar o pedido, como de escolher uma semana que implicasse menor alteração das atividades letivas planificadas.

A recolha de dados ocorreu nos meses de março, abril e maio de 2010. Procedeu-se à recolha de dados sobre a satisfação com a vida em geral, os afetos e a sonolência diurna excessiva, recorrendo-se à SWLS, PANAS e ESE, junto dos estudantes, anexando-se ao protocolo, ainda, um questionário de caracterização sócio demográfica e da situação académica, permitindo obter dados mais específicos sobre os mesmos.

O referido protocolo foi preenchido, pelos estudantes, em contexto de sala de aula, dando-se preferência às aulas práticas de algumas unidades curriculares procurando-se conseguir o maior número possível de estudantes por turma.

Apresentados os objetivos do estudo, bem como a importância da colaboração dos estudantes e prestados outros esclarecimentos tidos como pertinentes – garantia da confidencialidade e anonimato das respostas dadas -, os estudantes poderiam optar por preencher, ou não, o protocolo realçando-se o facto de que teriam a liberdade de desistir em qualquer momento, mesmo tendo sido dado consentimento inicial. Os estudantes que haviam dado o consentimento informado responderam ao protocolo de forma coletiva, tendo sido o tempo médio de resposta de aproximadamente vinte minutos.

Apresentou-se, também, aos participantes um formulário que visava obter o consentimento informado (Anexo 5).

O procedimento adotado para a seleção da amostra resultou de duas preocupações fulcrais: (i) obter uma amostra que refletisse o mais possível as distintas características pessoais e do contexto de vida da população que se pretendia estudar – estudantes universitários a frequentar o primeiro ciclo de estudos -; (ii) equilibrar a relação entre custos e benefícios nos procedimentos de recolha da amostra, embora seja um estudo exploratório de reduzida dimensão. Para a seleção dos participantes aplicaram-se métodos não probabilísticos, sendo que os participantes tinham que obedecer aos seguintes critérios: (i) frequentar o primeiro ciclo de estudos da Universidade Fernando Pessoa; e (ii) participar voluntariamente.

Posteriormente, os protocolos foram inseridos numa base de dados, recorrendo-se ao *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* na versão 22, em que, através da codificação, a confidencialidade e o anonimato das respostas dadas encontravam-se garantidos.

#### **4.4. Resultados**

Apresenta-se a análise descritiva dos resultados relativos à Sonolência Diurna Excessiva e ao Bem-Estar Subjetivo, neste caso representado pelo Afeto Positivo e Afeto Negativo e a Satisfação com a Vida.

**Objetivo 1: Investigar se existe relação estatisticamente significativa entre a idade e a sonolência diurna excessiva**

Verifica-se que não existe uma relação estatisticamente significativa ( $r=0,05$ ;  $p= 0,44$ ) entre a idade e a sonolência diurna excessiva.

**Objetivo 2: Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a sonolência diurna excessiva**

Verifica-se, na tabela 7, que entre o sexo masculino e o feminino não existem diferenças estatisticamente significativas quanto à sonolência diurna excessiva.

**Tabela 7** *Análise estatística da Sonolência Diurna Excessiva em função do Sexo*

	Sexo	n	M	DP	t	p
Sonolência Diurna Excessiva	Masculino	79	8,59	4,30	0,32	0,75
	Feminino	180	8,41	4,11		

**Objetivo 3: avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes deslocados e os não deslocados do seu local de residência quanto ao nível de sonolência diurna excessiva**

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estudantes deslocados e estudantes não deslocados quanto à sonolência diurna excessiva (Tabela 8).

**Tabela 8** *Análise estatística da Sonolência Diurna Excessiva em função da variável saída de casa*

Estudantes Deslocados de Casa				t	p
Sonolência Diurna Excessiva	Não	M	8,71	1,34	0,25
		DP	4,37		
	Sim	M	8,09		
		DP	3,75		

**Objetivo 4: avaliar se existe relação estatisticamente significativa entre a percepção de saúde e o grau de sonolência diurna excessiva**

Os resultados obtidos permitem-nos referir que não existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção de saúde e a sonolência diurna excessiva ( $r= 0,11$ ;  $p= 0,08$ ).

**Objetivo 5: analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o bem-estar subjetivo.**

Os resultados obtidos permitem-nos referir que não existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o bem-estar subjetivo (Tabela 9).

**Tabela 9** *Análise estatística do Bem-Estar Subjetivo em função da variável idade*

Componentes do Bem-Estar Subjetivo	Idade	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Satisfação com a Vida	-0,11	0,06
Afeto Positivo	0,08	0,20
Afeto Negativo	-0,02	0,71

**Objetivo 6: analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos dos dois sexos quanto ao bem-estar subjetivo**

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos quanto ao bem-estar subjetivo, designadamente quando consideramos satisfação com a vida, afeto positivo e afeto negativo (Tabela 10).

**Tabela 10** *Análise estatística do Bem-Estar Subjetivo em função da variável Sexo*

	Sexo	n	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Satisfação com a Vida	Masculino	81	18,23	4,13	-0,53	0,60
	Feminino	182	18,53	4,36		
Afeto Negativo	Masculino	78	18,38	6,91	-0,54	0,59
	Feminino	170	18,91	7,39		
Afeto Positivo	Masculino	74	34,71	5,67	1,82	0,07
	Feminino	168	33,08	6,68		

**Objetivo 7: avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes deslocados e os não deslocados do seu local de residência quanto ao bem-estar subjetivo**

Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes deslocados e estudantes não deslocados quanto ao bem-estar subjetivo (Tabela 11).

**Tabela 11** *Análise estatística do Bem-Estar Subjetivo em função da variável Estudantes Deslocados de Casa*

	Estudantes Deslocados	n	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Satisfação com a Vida	Não	167	18,69	4,38	1,28	0,20
	Sim	95	17,98	4,10		
Afeto Negativo	Não	156	34,57	6,88	3,33	0,26
	Sim	85	31,74	6,86		
Afeto Positivo	Não	159	18,36	6,30	1,12	0,26
	Sim	88	19,44	6,29		

**Objetivo 8: avaliar se existe relação estatisticamente significativa entre a percepção de saúde e o bem-estar subjetivo**

De acordo com a análise efetuada verifica-se que existe uma relação estatisticamente significativa positiva, ainda que muito fraca entre a percepção de saúde e a satisfação com a vida e o afeto positivo. Existe, também, uma relação estatisticamente significativa, negativa e fraca, entre a percepção de saúde e o afeto negativo (Tabela 12).

**Tabela 12** *Análise estatística do Bem-Estar Subjetivo em função da variável percepção de saúde*

Componentes do Bem-Estar Subjetivo	Percepção de Saúde	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Satisfação com a Vida	0,195	0,001
Afeto Positivo	0,189	0,003
Afeto Negativo	- 0,210	0,001

**Objetivo 9: avaliar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o bem-estar subjetivo e a sonolência diurna excessiva em alunos do ensino superior**

Verifica-se que apenas o afeto negativo demonstra ter uma relação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) positiva, ainda que fraca com a Sonolência Diurna Excessiva (Tabela 13).

**Tabela 13** *Análise estatística do Bem-Estar Subjetivo em função da Sonolência Diurna Excessiva*

	Sonolência Diurna Excessiva	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Satisfação com a Vida	-0,10	0,11
Afeto Negativo	0,26	0,0001
Afeto Positivo	-0,05	0,48

**Objetivo 10: Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes que têm Sonolência Diurna Excessiva (>10) e os estudantes que não têm Sonolência Diurna Excessiva ( $\leq 10$ ) quanto ao Bem-Estar Subjetivo (Satisfação com a vida; Afeto Positivo e Afeto Negativo) e a Percepção Geral de Saúde**

Verifica-se que apenas existem diferenças estatisticamente negativas entre estudantes com e sem Sonolência Diurna Excessiva em relação ao Afeto Negativo, sendo que os que têm Sonolência Diurna Excessiva apresentam maior Afeto Negativo ( $M=21,21$ ;  $DP=7,24$ ), do que os restantes estudantes ( $M=17,63$ ;  $DP=7,05$ ) ( $t= -3,66$ ;  $p < 0,0001$ ).

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre estudantes com e sem sonolência diurna excessiva quanto à satisfação com a vida ( $t= 1,46; p> 0,05$ ), nem quanto ao afeto positivo ( $t= 0,76; p> 0,05$ ).

Verifica-se, ainda, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estudantes com e sem Sonolência Diurna Excessiva em relação à percepção geral de saúde ( $t= -1,07; p> 0,05$ ).

## **Discussão**

Os resultados obtidos demonstram que não existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a sonolência diurna excessiva. Verifica-se que existe uma relativa homogeneidade em termos estatísticos na amostra estudada. Contudo, Souza (2007) e Souza et al. (2008) demonstraram que fatores como a idade podem estar relacionados com a sonolência diurna excessiva. Assim como Ban e Lee (2001) e Henriques (2008) tornaram claro que os jovens adultos têm padrões de sono irregulares, que podem dar origem a sonolência diurna excessiva.

Também se verificou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos quanto à sonolência diurna excessiva. De acordo com a literatura consultada, existe, possivelmente, a necessidade de esta variável ser mais explorada, visto que os autores não especificam existir patologia mais acentuada num dos sexos (Agudelo et al., 2005).

Verificou-se que na nossa amostra 32% dos estudantes universitários sofre de sonolência diurna excessiva. Estes dados confirmam os estudos efetuados por Agudelo et al. (2005), visto que os mesmos referem que os estudantes universitários, demonstram tendência para sofrer de perturbações do sono devido às diversas mudanças que vivenciam, tanto na entrada, como permanência no ensino superior. São diversos os autores que têm referido que os estudantes universitários são uma população específica suscetível a sofrer de sonolência diurna excessiva devido a alterações do padrão de sono a que o estilo de vida como estudante obriga (Cardoso et al., 2009; Furlani, & Ceolim, 2005; Henriques, 2008; Lund et al., 2010). Lezcano et al. (2014) e Ribeiro et al. (2014) nos seus estudos referem mesmo que grande parte dos alunos universitários apresentava sonolência diurna excessiva e que procuravam colmatar a privação do sono através de hipnóticos, e comendo mais ao longo do dia para se manterem despertos.

Verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre estudantes deslocados e estudantes não deslocados do seu local de residência quanto à sonolência diurna excessiva. Porém estes resultados não confirmam o relatado na literatura, pois, segundo Cardoso et al. (2009) e Furlani e Ceolim (2005), os estudantes universitários são uma população específica que se encontra sujeita a alterações do padrão de sono, muitas vezes associada ao elevado grau de ansiedade devido às dificuldades que emergem da sobrevivência longe da família. Também Lund et al. (2010) acreditam que a falta de supervisão pode estar associada à descompensação das horas de sono.

Relativamente à percepção de saúde, uma vez que não existe uma relação estatisticamente significativa entre esta e a sonolência diurna excessiva, os resultados não corroboram os encontrados na literatura. Pois, segundo a bibliografia consultada existe nos estudantes universitários uma tendência, talvez inconsciente, para o descuido da saúde. Pois, para além do stress e ansiedade a que são submetidos frequentemente e que, por si só, constituem fatores prejudiciais para a saúde, uma vez que potenciam alterações nos padrões de sono, absorvem toda uma liberdade impensada e o desejo de viver sem limites, que originam erros, não só mas também, na higiene do sono.

Quando relacionamos a idade com o bem-estar subjetivo nas suas diversas componentes (satisfação com a vida, afeto positivo e afeto negativo), verifica-se que existe homogeneidade de idades na amostra e que os resultados afastam-se dos apresentados por diversos estudos. Por exemplo, os efetuados por Matos e Carvalhosa (2001) demonstram que a idade se correlacionou negativamente com o bem-estar. Também Albuquerque et al. (2008) demonstraram que a satisfação com a vida tende a aumentar com a idade, relacionando este fator com o alcance da maturidade e definição dos objetivos de vida. Assim como Imaginário et al. (2010) que observaram nos seus estudos que o bem-estar subjetivo é mais elevado nos alunos que frequentam os últimos anos de formação. Diener e Suh (1997) também referem que a satisfação com a vida não mostrava declínio com a idade, embora os afetos positivos diminuam, ligeiramente, com a idade e os afetos negativos se mantenham relativamente estáveis. Para Simões et al. (2000), parece contraditório que o bem-estar subjetivo não tenda a baixar com a idade, visto que tendencialmente os indivíduos mais jovens se mostram mais felizes. Contudo, com a idade os indivíduos parecem demonstrar maior predisposição para reajustar os seus níveis de aspiração e objetivos (Simões, 2006). Pelo que Simões (2006) refere que, assim sendo, pode-se deduzir que o bem-estar subjetivo não se correlaciona com a idade, embora Diener e Suh (1998) e Mroczek e Kolarz (1998) apontem, nos resultados de algumas investigações, para a possibilidade do bem-estar subjetivo aumentar com a idade.

Os resultados obtidos entre os dois sexos e o bem-estar subjetivo, nas suas diversas componentes (satisfação com a vida, afeto positivo e afeto negativo) não corroboram o explanado na literatura, pois a mesma sugere que o sexo feminino vivencia níveis de bem-estar inferiores ao sexo masculino, tal como se verificou em estudos realizados por Albuquerque et al. (2008), Cha (2003), Vieira e Jesus (2007) e Zang et al. (2004). Segundo estes autores, as estudantes evidenciam mais afeto negativo e mesmo em estudos em que globalmente os estudantes apresentavam boa satisfação com a vida e expressavam

predominantemente afetos positivos, o bem-estar subjetivo demonstrou ser mais elevado entre o sexo masculino. Por outro lado, Diener e Diener (1995), Simões et al. (2000), Simões et al. (2003) e Simões et al. (2006) face à variável sexo referem que o seu efeito sobre o bem-estar subjetivo é inexistente ou bastante modesto.

Face aos resultados obtidos entre estudantes deslocados e os não deslocados relativamente ao bem-estar subjetivo, os mesmos revelam que o bem-estar subjetivo é diferente quando os jovens se encontram longe de casa. Zheng et al. (2004), demonstraram que os elevados valores de bem-estar subjetivo podem dever-se à positiva integração na universidade que frequentam. Porém, Amaro e Vilar (2005), Ferraz e Pereira (2002) e Schleich (2006) realçam que a entrada para o ensino superior implica mudanças e adaptação a uma nova realidade, que pode gerar ansiedades, pois exige mudanças académicas, sociais, pessoais e vocacionais.

No que consiste à relação entre perceção de saúde e bem-estar subjetivo, os resultados obtidos corroboram a literatura, pois, segundo Benjamin (1994), os estudantes definem que o bem-estar depende da perceção de satisfação e felicidade de cada indivíduo, de acordo com fatores psicossociais e contextuais que possam influenciar estruturas de significados pessoais. Ou seja, o bem-estar depende do que cada um define mediante os seus objetivos e o seu contexto pessoal e social. Martins et al. (2008), focam-se num outro patamar e mostram-nos que o estilo de vida dos estudantes universitários envolve comportamentos de risco e pouco saudáveis que podem comprometer tanto a saúde como a qualidade de vida, devido a mudanças nos hábitos alimentares, de dormir, nas práticas de exercícios físicos, consumo de álcool e tabaco, e até mesmo outras drogas, contudo não podemos relacionar estes factos com os nossos resultados.

Relativamente à relação entre bem-estar subjetivo e sonolência diurna excessiva, mediante os resultados obtidos podemos referir que o afeto negativo parece ser comprometido quando os jovens universitários apresentam sono, ou seja, quanto maior for a sonolência diurna excessiva, maior será o afeto negativo. Quanto a estes factos importa salientar que a entrada e permanência no ensino superior acarreta uma enorme carga emocional, que será vivenciada de forma positiva ou negativa, consoante a predisposição de cada indivíduo, dependendo das suas características pessoais, tais como a personalidade, herança genética e cultural, relações interpessoais e até a desejabilidade social.

Além de todas as características individuais, e tal como já referido, o ensino superior pode contribuir para que estes jovens adultos desenvolvam níveis elevados de stress e

ansiedade, muitas vezes, por si só, suficientes para que ocorram transtornos nos padrões de sono, dando origem à Sonolência Diurna Excessiva.

Por fim, os resultados obtidos entre estudantes com e sem sonolência diurna excessiva e o bem-estar subjetivo e a percepção geral de saúde, os resultados obtidos parecem-nos estar relacionados com a transição/adaptação ao ensino superior visto que a nossa amostra é maioritariamente constituída por alunos do 1º ano. Isto porque são diversos os autores que defendem que a entrada para o ensino superior dá origem a grandes mudanças e a diversos níveis, que podem gerar situações de ansiedade e stress e por sua vez vivenciar afeto negativo (Amaro, & Vilar, 2005; Ferraz, & Pereira, 2002; Schleich, 2006). Contudo, esta transição/adaptação depende da capacidade de cada um em se moldar a situações novas (Diener et al., 1997; Diener, & Biswas-Diener, 2000).

Albuquerque et al. (2008) e Imaginário et al. (2010) demonstram que o bem-estar subjetivo tende a aumentar com a progressão académica.

## **Conclusão**

A exigente sociedade com a qual nos deparamos cada vez mais promove e incute nos jovens o desejo e a necessidade de chegar cada vez mais longe a nível académico. Daí, nos últimos anos verificar-se um brusco aumento na população universitária, quando comparado com o século passado. Assim, passou a ser essencial conhecer melhor a realidade vivenciada pelos estudantes universitários como uma forma de identificar, não apenas fatores que podem gerar evasão escolar ou dificuldades durante o curso, mas também aspetos relacionados ao desenvolvimento psicossocial do estudante.

O sono considera-se como vital para manter todo o equilíbrio físico e mental no Ser Humano. Porém, o seu défice dá origem a múltiplas consequências negativas, dificultando os indivíduos nas suas atividades do quotidiano, permitindo que experienciem sensações contrárias à satisfação com a vida e afetos menos positivos, ou seja, níveis baixos de bem-estar subjetivo.

No entanto, o inverso também se verifica, pois indivíduos que demonstram não estar satisfeitos com a vida, manifestam problemas ao nível do sono.

A realização deste estudo emerge da perceção da importância da investigação na área do sono, particularmente sonolência diurna excessiva, e do bem-estar subjetivo (satisfação com a vida e afetos) de estudantes universitários.

O estudo efetuado permite-nos referir que a amostra foi maioritariamente constituída por participantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 20 anos, pertencentes ao 1º ano do ensino superior e a frequentar cursos integrados na Faculdade de Ciências da Saúde. Trata-se maioritariamente de indivíduos solteiros, com um nível socioeconómico médio. A maioria tem apenas estatuto de estudante e não altera o local de residência devido à entrada no ensino superior. Os participantes percecionam a sua saúde como sendo boa e consideram que se mantém igual quando comparada com um ano atrás.

Quanto aos resultados obtidos, estes permitem-nos concluir que nenhuma das variáveis em estudo (idade, sexo, deslocados/ não deslocados do local de residência, perceção de saúde) interfere na sonolência diurna excessiva.

Pelo que acredita-se que estes jovens adultos mesmo longe do seio familiar tendem a manter uma rotina provida de regras, que não afetam o sono e a sua qualidade, pelo que não manifestam, na sua maioria (68%) Sonolência Diurna Excessiva. Porém, encontra-se descrito na literatura Furlani e Ceolim (2005) que durante as férias, ou seja, no aconchego

da família os estudantes demonstram uma melhor qualidade do sono, em função da sua duração e dos horários proporcionais ao seu cronotipo.

No que respeita ao bem-estar subjetivo conclui-se que este encontra-se relacionado com a perceção de saúde. Isto, possivelmente devido ao modo como cada indivíduo experiencia a mudança, pois primeiramente ao estarem longo da família vêm-se obrigados a aumentar as suas responsabilidades e a redobrar os cuidados face às exigências do quotidiano e da sociedade. Encontram-se muitas vezes submetidos a grandes níveis de stress e ansiedade, sobretudo no 1º ano devido à mudança e ao medo do desconhecido e como a nossa amostra pertence maioritariamente a esta faixa, os resultados podem ser determinados nesse sentido. Por outro lado, o estilo de vida dos estudantes universitários envolve comportamentos de risco e pouco saudáveis para a saúde (Martins, et al., 2008), tais como alterações do sono e dos hábitos alimentares, associados maioritariamente à exigente carga horária dos cursos e aos horários académicos.

Conclui-se que o afeto interfere na sonolência diurna excessiva e que se encontra relacionada com a satisfação com a vida. Pelo que podemos referir que indivíduos que se sintam bem, satisfeitos com a vida e que experienciam afetos positivos tendem a dormir melhor. Já os que experienciam afetos negativos comprometem a satisfação com a vida e experienciam sonolência diurna excessiva.

Conclui-se que os resultados aos objetivos formulados nem sempre foram de encontro com a literatura explanada, contudo grande parte dos estudos evidenciam que ser estudante universitário implica grandes mudanças, chegando mesmo a ser prejudicial para a saúde, quando não se é consciente e responsável. Existem referências a alterações da higiene do sono, hábitos alimentares, entre outras..., existindo no ensino superior a necessidade de um reajustamento do estilo de vida do estudante por forma a cumprir as responsabilidades académicas.

Conclui-se, ainda, que os resultados obtidos podem derivar do facto dos elementos da amostra se apresentarem adaptados ao ambiente universitário, ou até mesmo pelo facto de a maioria não ter necessidade de sair do seu contexto familiar, havendo talvez uma maior facilidade de adaptação às mudanças a que este nível de estudos obriga.

Por tudo o que foi referenciado, entende-se que nesta amostra os participantes possam entender o ensino superior como um nível académico que apresenta mais vantagens do que desvantagens.

Todo e qualquer estudo apresenta vantagens e desvantagens. E, quando existe restrição a nível populacional, as suas desvantagens tendem a evidenciar-se. Logo, em

termos metodológicos, importa realçar que o facto de ter avaliado uma amostra de conveniência dá origem a uma reduzida representatividade o que não torna possível retirar conclusões abrangentes e que permitam representar o universo populacional, podendo ser considerado como uma limitação do estudo. Portanto, sugere-se a sua replicação numa amostra maior, mais abrangente, a nível nacional, e com uma definição metodológica que permita a recolha de dados mais eficientes quanto às variáveis em estudo, de forma a aprofundar o conhecimento deste problema na sua real dimensão.

Considerando que o ensino superior tem, cada vez mais, um papel decisivo na vida profissional e social dos jovens adultos, considera-se necessário a consciencialização para a importância do sono, bem como para a definição de objetivos de vida, a fim de colmatar todas as adversidades advindas do gigantesco mundo universitário, onde conscientemente podemos ser capazes de chegar ao sucesso e de pôr em causa o bem-estar individual. Considera-se, no entanto, que propor a um estudante universitário viver de forma responsável e consciente é um gigante desafio!

Apesar da relevante evolução dos estudos em torno da população universitária quanto ao sono e ao bem-estar subjetivo, verifica-se a existência de lacunas sobretudo quando tentamos aprofundar e perceber, por exemplo, de que forma são afetados os dois sexos, em termos de idade, na percepção que têm da saúde e dos seus efeitos nefastos. Este défice impossibilita ou não permite suscitar e legitimar intervenções educativas e terapêuticas adequadas e cientificamente fundamentadas.

Importa lembrar que este estudo deixa caminhos em aberto no que diz respeito à exploração da sonolência diurna excessiva e do bem-estar subjetivo em estudantes do ensino superior, pois embora tenhamos partido de uma amostra particular e não generalizada, os resultados obtidos poderão servir como motor impulsionador para estudos futuros e até mais aprofundados.

Em suma, sendo o sono um elemento primordial na manutenção da saúde e do bem-estar considera-se um componente fundamental nos estudantes do ensino superior, visto que permite ou ajuda a minimizar os riscos de ansiedade e stress, frequentemente vivenciado por esta população, e que por sua vez melhora os afetos e a satisfação com a vida.

Assim, desafio a, quem fomenta a ambição da investigação na área do ensino superior, encontrar e desvendar formas adequadas e eficazes de ajudar os estudantes universitários a rentabilizar o seu tempo, definir métodos e objetivos de vida que permitam vivências mais sãs e com menos riscos.

A literatura explanada e os resultados obtidos no presente estudo permitem-nos concluir que é pertinente alertar as universidades para a necessidade de uma maior supervisão sobretudo nos alunos do 1ºano, disponibilizando consultas por forma a avaliar a percepção que fazem da sua quantidade e qualidade do sono. E, ainda, adotar medidas de sensibilização para todos os estudantes universitários, face à higiene e importância do sono.

Platão disse um dia “a parte que ignoramos é muito maior que tudo quanto sabemos”, por sua vez Silva (2003, p. 3) referiu “se o sonho comanda a vida, educar é essencialmente uma atitude otimista”.

## Referências

- Afifi, A., & Bergman, R. (2008). Hipotálamo. In A. Afifi, & R. Bergman (Eds), *Neuroanatomia funcional – Texto e atlas* (pp. 268-280) (2ªEd.). (P. Cândido, Trad.). Campinas: McGraw-Hill.
- Agudelo, H., & Vinaccia, S. (2004). Evaluación y tratamiento de la somnolencia excesiva diurna: Una revisión. *Psicología y Salud, 14*, 245-255.
- Agudelo, H., Rodríguez, S., Vivanco, D., Aristizábal, N., Berrio, M., & Alpi, S. (2005). Factores culturales que privan de sueño y causan somnolencia excesiva en estudiantes universitarios: Un estudio piloto. *Psicología y Salud, 15*, 57-68.
- Albuquerque, A., & Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de uma Escala de Bem-estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20*, 153-164.
- Albuquerque, F., Noriega, J., Martins, C., & Neves, M. (2008). Locus de controle e bem-estar subjetivo em estudantes universitários da Paraíba. *Psicologia para América Latina, 13*, 1-16.
- Almondes, K., & Araújo, J. (2003). Padrão do ciclo sono-vigília e a sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia, 8*, 37-43.
- Aloé, F., Azevedo, A., & Hanson, R. (2005). Mecanismos do ciclo sono-vigília. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 1*, 33-39.
- Araújo, D., & Almondes, K. (2012). Qualidade de sono e sua relação com o rendimento acadêmico em estudantes universitários de turnos distintos. *PSICO, 43*, 350-359.
- Arendt, J. (2010). Shift work: Coping with the biological clock. *Occupational Medicine, 60*, 10-20.
- Arthaud-Day, M., Rode, J., Mooney, C., & Near, J. (2005). The subjective well-being construct: A test of its convergent, discriminate, and factorial validity. *Social Indicators Research, 74*, 445-476.
- Augusto-Landa, J., Pulido-Martos, M., & Lopez-Zafra, E. (2011). Does perceived emotional intelligence and optimism / pessimism predict psychological well-being?. *Journal of Happiness Studies, 12*, 463-474. doi:10.1007/s10902-010-9209-7
- Balkin, T., Rupp., T., Picchioni, D., & Wesensten, N. (2008). Sleep loss and sleepiness: Current issues. *Chest, 134*, 653-660.
- Ban, D., & Lee, T. (2001). Sleep duration, subjective sleep disturbances and associated factors among university students in Korea. *Journal of Korean Medical Science, 16*, 475-480.

- Baptista, A. (2013). *Aprender a ser feliz: Exercícios de psicoterapia positiva*. Lisboa: Pactor.
- Barbera, J. (2008). Sleep and dreaming in Greek and Roman philosophy. *Sleep Medicine*, 9, 906-910.
- Barker, R., Barasi, S., Neal, M. (2003). O sistema autónomo, límbico e do tronco cerebral e a sua plasticidade. In *Compêndio de Neurociência*. (A. Rosa, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Krakov, B., Melendrez, D., Johnston, L., Clark, J., Santana, E., Warnwr, T.,...Lee, S. (2002). Sleep dynamic therapy for Cerro Grande fire evacuees with posttraumatic stress symptoms: A preliminary report. *Journal Clinical Psychiatry*, 63, 673-684.
- Bear, M., Connors, B., & Paradiso, M. (2001). Os ritmos do encéfalo do sono. In S. Jones (Ed.) *Neurociências: Desvendando o sistema nervoso*. (pp. 646-673)(J. Quillfeldt, Trad.). Portalegre: Artmed.
- Benjamin, M. (1994). The quality student life: Toward a coherent conceptualization. *Social Indicators Research*, 31, 205- 264.
- Ben-Zur, H. (2003). Happy adolescents: The link between subjective well-Being, internal resources and parental factors. *Journal of Youth and Adolescents*, 32, 67-79.
- Bittencourt, L., Silva, R., Santos, R., Pires, M., & Mello, M. (2005). Excessive daytime sleepiness. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 16-21. doi:org/10.1590/S1516-44462005000500004.
- Bliwise, D. (2008). Invited commentary: Cross-cultural influences on sleep broadening the environmental landscape. *American Journal of Epidemiology*, 168, 1365-1366.
- Borbély, A., & Achermann, P. (1999). Sleep homeostasis and model of sleep regulation. *Journal of Biological Rhythms*, 14, 557-570.
- Borbély, A., Daan, S., Wirz-Justice, A., & Deboer, T. (2016). The two-process model of sleep regulation: A reappraisal. *Journal of Sleep Research*, 25, 131-143. doi:10.1111/jsr.12371.
- Braga, M., Leite, J., Magalhães, S., Menezes, S., Migueis, L., Almeida, D., & Teixeira, F. (2009). A importância do sono para o crescimento e aprendizado infantil. *Revista Univap, XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação*, 1-5.
- Brand, S., Beck, M, G., Hatzinger, M., Puhse, U., & Holsboer-Trachsler, E. (2010). High exercise levels are related to favorable sleep patterns and psychological functioning

- in adolescents: A comparison of athletes and controls. *Journal of Adolescent Health*, 46, 133-141.
- Brousseau, M., Manzini, C., Thie, N., & Lavigne, G. (2003). Understanding and managing the interaction between sleep and pain: An update for the dentist. *Journal of the Canadian Dental Association*, 69, 437-442.
- Brown, F., Buboltz, W., & Soper, B. (2002). Relationship of sleep hygiene awareness, sleep hygiene practices, and sleep quality in university students. *Behavioral Medicine*, 28, 33-38. doi:10.1080/08964280209596396.
- Buboltz, W., Brown, F., & Soper, B. (2001). Sleep habits and patterns of collage students: A preliminary study. *Journal of American College Health*, 50, 131-135. doi:10.1080/07448480109596017.
- Cardoso, H., Bueno, F., Mata, J., Alves, A., Jochims, I., Vaz-Filho, I., & Hanna, M. (2009). Avaliação da qualidade de sono em estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33, 349-355.
- Carlson, N., & Buskist, W. (1997). Consciousness. In *The Science of Behavior* (5<sup>ed.</sup>). USA: Allyn and Bacon.
- Carskadon, M. (2002). Factors influencing sleep patterns of adolescents. In M.A. Carskadon (Ed.), *Adolescent sleep patterns: Biological, social, and psychological influences* (pp. 4-10). Cambridge: The Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Carskadon, M., & Acebo, C. (2002). Regulation of sleepiness in adolescents. *Sleep*, 25, 606-614.
- Caunt, B., Franklin, J., Brodaty, N., & Brodaty, H. (2013). Exploring the causes of subjective well-Being: A content analysis of peoples' recipes for long-term happiness. *Journal of Happiness Studies*, 14, 475-499. doi:10.1007/s10902-012-9339-1.
- Cha, K. (2003). Subjective well-being among college students. *Social Indicators Research*, 62, 455-477.
- Cheng, S., Shih, C., Lee, I., Hou, Y., Chen, K., Chen, K.,...Yan, Y. (2012). A study on the sleep quality of incoming university students. *Psychiatry Research*, 197, 270-274.
- Cirelli, C., & Tononi, G. (2008). Is sleep essential?. *PLOS Biology*, 6, 1605-1610. doi:10.1371/journal.pbio.0060216.
- Coleta, J. & Coleta, M. (2006). Felicidade, bem-estar subjetivo e comportamento acadêmico de estudantes universitários. *Psicologia em Estudo*, 11, 533-539.

- Collette, C., Cajochen, C., & Peigneux, P. (2007). A time to think: Circadian rhythms in human cognition. *Cognitive Neuropsychology*, 24, 755-789.
- Colten, H., & Altevogt, B. (2006). *Sleep disorders and sleep deprivation: An unmet public health problem*. Washington: National Academies Press.
- Compton, W. (2005). *An introduction to positive psychology*. Belmont: Thomson Wadsworth.
- Diener, E. & Suhm, M. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 3, 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43. doi:10.1037/0003-066X.55.1.34.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2000). New directions in subjective well-being research: The cutting edge. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 27, 21-33.
- Diener, E., & Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Health and Well-Being*, 3, 1-43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x.
- Diener, E., & Emmons, R. (1985). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117. doi:10.1037/0022-3514.47.5.1105.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901\_13.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-424.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 12, 276-302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276.
- Dijk, D., & Lockley, S. (2002). Integration of human sleep-wake regulation and circadian rhythmicity. *Journal of Applied Physiology*, 92, 852-862. doi:10.1152/jappphysiol.00924.2001.

- Dijk, D., Duffy, J., Riel, E., Shanahan, T., & Czeisler, C. (1999). Ageing and the circadian and homeostatic regulation of human sleep during forced desynchrony of rest, melatonin and temperature rhythms. *Journal of Physiology*, *516*, 611-627.
- Drabovicz, P. (2010). *Frequência de desordens temporomandibulares em escolares adolescentes e associação com a qualidade de sono*. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Dyrdal, G., Roysamb, E., Nes, R., & Vitterso, J. (2011). Can a happy relationship predict a happy life? A population-based study of maternal well-being during the life transition of pregnancy, infancy, and toddlerhood. *Journal of Happiness Studies*, *12*, 947-962. doi:10.1007/s10902-010-9238-2.
- España, R., Scammell, T. (2005). Orexin and hypothalamic control sleep and waking. In S. Nishini, & T. Sakurai (Eds.), *The orexin/hipocretin systems: Physiology and pathophysiology* (pp. 189-207). New Jersey: Human Press.
- Fagundes, S., & Moreira, G. (2010). Apneia obstrutiva do sono em crianças. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, *36*, 1-61.
- Fave, A., Pozzo, M., Bassi, M., & Cetin, I. (2013). A longitudinal study on motherhood and well-being: Developmental and clinical implications. *Terapia Psicológica*, *31*, 21-33. doi:10.4067/S0718-48082013000100003.
- Fernandes, R. (2006). The normal sleep. *Medicina*, *39*, 157-168.
- Ferrara, M., & De Gennaro, L. (2001). How much sleep do we need? *Sleep Medicine*, *52*, 155-179. doi:10.1053/smr.2000.0138.
- Ferraz, M., & Pereira, A. (2002). A dinâmica da personalidade e o homesickness (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. *Psicologia, Saúde e Doença*, *3*, 149-164.
- Ferro, C., Ide, M., & Streit, M. (2008). Correlação dos distúrbios do sono e parâmetros subjectivos em indivíduos com fibromialgia. *Fisioterapia*, *21*, 33-38.
- Forgeard, M., & Seligman, M. (2012). Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. *Pratiques psychologiques*, *18*, 107-120. doi:10.1016/j.prps.2012.02.002.
- Fredrickson, B. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, *3*, 1. doi:10.1037/1522-3736.3.1.31a.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, *56*, 218-226. doi:10.1037/0003-066X.56.3.218.

- Fredrickson, B. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Biological Sciences*, 359, 1367-1377. doi:10.1098/rstb.2004.1512.
- Fredrickson, B., Mancuso, R., Branigan, C., & Tugade, M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 237-258. doi:10.1023/A:1010796329158.
- Furlani, R. & Ceolim, M. (2005). Padrões de sono de estudantes ingressantes na graduação em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58, 320-324.
- Gable, S., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology?. *Review of General Psychology*, 9, 103-110. doi:10.1037/1089-2680.9.2.103.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6, 203-214.
- Garrett, B. (2003). Sleep and consciousness. In *Brain and Behavior*. Canada: Thomson Learning.
- Giacomoni, C. (2004). Bem-estar subjetivo: Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12, 43-50.
- Giri, P., Baviskar, M., & Phalke, D. (2013). Study of sleep habits and sleep problems among medical students of Pravara Institute of Medical Sciences Loni, Western Maharastra, India. *Annals of Medical & Health Sciences Research*, 3, 51-54.
- Gohar, A., Adams, A., Gertner, E., Sackett-Lundeen, L., Heitz, R., Engle, R., Haus, E., & Bijwadia, J. (2009). Working memory capacity is decreased in sleep-deprived internal medicine residents. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 5, 191-197.
- Gomes, M., Quinhones, M., & Engelhardt, E. (2010). Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. *Revista Brasileira de Neurologia*, 46, 5-15.
- Gonçalves, D., & Kapczinski, F. (2008). Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Revista de Saúde Pública*, 42, 1060-1066.
- Gosselin, A., Koninck, J., Campbell, K. (2010). Total sleep deprivation and novelty processing: Implications for frontal lobe functioning. *Clinical Neuropsychology*, 116, 211-222.
- Green, S. (1997). Sleep. In M. Eysenck, S. Green, & N. Hayes (Eds.), *Principles of biopsychology* (3ªed.). Oxford: Psychology Press.
- Gus, M., Nunes-Silva, D., Fernandes, J., Cunha, C., & Sant'Anna, G. (2002). Epworth's sleepiness scale in outpatients with different values of arterial blood pressure.

- Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 78, 17-24. doi:org/10.1590/S0066-782X2002000100002.
- Habib, M. (2003). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: Climepsi.
- Habib, M. (2003). Sono, vigília, atenção. In *Bases Neurológicas dos Comportamentos*. (J. Falcato, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Harding, S., & Hawkins, J. (2001). What is necessary knowledge base for sleep professionals?. *Sleep and Breathings*, 5, 101-107.
- Hayashi, M., Masuda, A., & Hori, T. (2003). The alerting effects of caffeine, bright light and face washing after a short daytime nap. *Clinical Neurophysiology*, 114, 2268-2278. doi:10.1016/S1388-2457(03)00255-4.
- Haybron, D. (2007). Life satisfaction, ethical reflection, and the science of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 8, 99-138. doi:10.1007/s10902-006-9006-5.
- Henderson, L., & Knight, T. (2012). Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand wellbeing and pathways to wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2, 196-221. doi:10.5502/ijw.v2i3.3.
- Hida, A., Kitamura, S., & Mishima, K. (2012). Pathophysiology and pathogenesis of circadian rhythm sleep disorders. *Journal of Physiological Anthropology*, 31, 1-7. doi:10.1186/1880-6805-31-7.
- Hoffmann, D. (2009). Análise da qualidade de sono em indivíduos com distrofias musculares progressivas. *Tese de Bacharelato*. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense.
- Hublin, C., Kaprio, J., Partinen, M., & Koskenvuo, M. (2001). Insufficient sleep: A population-based study in adults. *Sleep*, 24, 392-400.
- Imaginário, S., Duarte, J., Jesus, S., & Vieira, L. (2010). O bem-estar subjetivo em estudantes universitários da Universidade do Algarve. *Poster apresentado no IX Encontro de Psicologia no Algarve, 19-20 Maio*. Faro: Universidade do Algarve.
- Jenni, O., Achermann, P., & Carskadon, M. (2005). Homeostatic sleep regulation in adolescents. *Sleep*, 28, 1339-1348.
- Johns, M. (1992). Confiabilidade e análise factorial da Escala de Sonolência de Epworth. *Durma*, 15, 376-381.
- Johns, M., & Hocking, B. (1997). Daytime sleepiness and sleep habits of australian workers. *Sleep*, 20, 844-849.
- Jóia, L., Ruiz, T. & Donalísio, M. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41, 131-138.

- Joly, M., Santos, A., & Sisto, F. (2005). *Questões do cotidiano universitário*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Jouvet, M. (2001). *Porque sonhamos? Porque dormimos? Onde? Quando? Como?*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Judge, T., Boudreau, J. & Bretz, R. (1994). Job and life attitudes. *Journal of Applied Psychology*, 79, 767-782.
- Kabrita, C., Hajjar-Muça, T., & Duffy, J. (2014). Predictors of poor sleep quality among Lebanese university students: Association between evening typology, lifestyle behaviours, and sleep habits. *Nature and Science Sleep*, 6, 11-18. doi:[10.2147/NSS.S55538](https://doi.org/10.2147/NSS.S55538).
- Kang, J., & Chen, S. (2009). Effects of an irregular bedtime schedule on sleep quality daytime sleepiness, and fatigue among university students in Taiwan. *BMC Public Health*, 9, 248.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222. doi:10.2307/3090197.
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548. doi:10.1037/0022-006X.73.3.539.
- Keyes, C., & Ryff, C. (1998). Generativity in adult lives: Social structural contours and quality of life consequences. In D. McAdams, & E. Aubin, (Eds.). *Generativity and adult development: How and why we care for the next generation* (pp. 227-263). Washington: American Psychological Association.
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022. doi:10.1037//0022-3514.82.6.1007.
- Khealani, B. (2006). Neurobiology of sleep. *Pakistan Journal of Neurological Science*, 1, 155-158.
- Kryger, M., Roth, T., & Dement, W. (2011). *Principles and practice of sleep medicine (5<sup>ed.</sup>)*. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Larsen, R., & Eid, M. (2008). Ed Diener and the science of subjective well-being. In M. Eid, & R. Larsen, (Eds.), *The science of subjective well-being* (1-13). New York: Guilford Publications.

- Lee, Y., Lin, Y., Huang, C., & Fredrickson, B. (2013). The construct and measurement of peace of mind. *Journal of Happiness Studies*, *14*, 571-590. doi:10.1007/s10902-012-9343-5.
- Lemma, S., Gelaye, B., Berhane, Y., Worku, A., & Williams, M. (2012). Sleep quality and its psychological correlates among university students in Ethiopia: A cross-sectional study. *Biomedcentral Psychiatry*, *12*, 237. doi:10.1186/1471-244X-12-237.
- Lemos, L. (2001). *Neurofisiologia e psicologia*. Manaus: Editora Silva Ltda.
- Lench, H. (2011). Personality and health outcomes: Making positive expectations a reality. *Journal of Happiness Studies*, *12*, 493-507. doi:10.1007/s10902-010-9212-z.
- Lim, J., & Dinges, D. (2010). A meta-analysis of the impact of short-term sleep deprivation on cognitive variables. *Psychological Bulletin*, *136*, 375-389. doi:10.1037/a0018883.
- Liu, X., & Zhou, H. (2002). Sleep duration, insomnia and behavioral problems among Chinese adolescents. *Psychiatry Research*, *111*, 75-85. doi:10.1016/S0165-1781(02)00131-2.
- Loo, M., Zeballos, C., Peña, A., Loayza, I., Gonzales, M., & Mujica, J. (2010). Calidad de sueño y excesiva somnolencia diurna en estudiantes del tercer y cuarto año de Medicina. *Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana*, *15*, 54- 58.
- Lucas, R., & Gohm, C. (2000). Age and sex differences in subjective well-being across cultures. In E. Diener, & E. Suh (Eds.) *Culture and subjective well-being* (pp. 291-317). Cambridge: The MIT Press.
- Lucas, R., Clark, A., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 527-539. doi:10.1037/0022-3514.84.3.527.
- Lucchesi, L., Pradella-Hallian, M., Lucchesi, M., & Morães, W. (2005). O sono em transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *27*, 27-32.
- Lugaresi, E. (1999). Sleep. In J. Beaumont, P. Kenealy, & M. Rogers, (Eds.), *The Blackwell Dictionary of Neuropsychology*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Lyubomirsky, S., & Ross, L. (1997). Hedonic consequences of social comparison: A contrast of happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*, 1141-1157. doi:10.1037/0022-3514.73.6.1141.
- Mackay, W. (2006). Os ritmos circadianos. In F. Gulbenkian (Ed.), *Neurofisiologia sem lágrimas* (4ªed.). (J. Abreu, Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Martinez, D., Lenz, H., & Menna-Barreto, L. (2008). Diagnóstico dos transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34, 173-180.
- Martino, M. (2009). Arquitetura do sono diurno e ciclo vigília-sono em enfermeiros nos trabalhos por turnos. *Revista de Escola de Enfermagem USP*, 43, 194-199.
- Martins, A., Pacheco, A., Jesus, S. (2008). Estilos de vida de estudantes do ensino superior. *Mudanças: Psicologia da saúde*, 16, 100-108.
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001). A saúde dos adolescentes: Ambiente escolar e bem-estar. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2, 43-53.
- Mayor, E., Rojas, M., Dávila, C., & Mujica, J. (2008). Somnolencia y calidad de sueño en estudiantes de medicina durante las prácticas hospitalarias y vacaciones. *Acta Médica Peruana*, 25, 199-203.
- McCrae, C., Wilson, N., Lichstein, K., Durrence, H., Taylor, D., Bush, A., & Riedel, B. (2003). 'Young old' and 'old old' poor sleepers with and without insomnia complaints. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 11-19. doi:10.1016/S0022-3999(02)00543-3.
- Michalos, A. (1991). *Global report on students well-being*. Nova Iorque: Springer.
- Miró, E., Iáñez, M., & Cano L. (2002). Patrones de sueño y salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 301-326.
- Muller, M., & Guimarães, S. (2007). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia*, 24, 519-528. doi:10.1590/S0103-166X2007000400011
- Nofzinger, E. (2006). Neuroimaging of sleep and sleep disorders. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 6, 149-155.
- Noland, H., Price, J., Dake, J. & Telljohann, S. (2009). Adolescent's sleep behaviors and perceptions of sleep. *Journal of School Health*, 79, 224-230.
- Nolte, J. (2008). Consciência e cognição. In *Neurociência*. (R. Santos, Trad.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Ohayon, M., & Smirne, S. (2002). Prevalence and consequences of insomnia disorders in the general population of Italy. *Sleep Medicine*, 3, 115-120. doi:10.1016/S1389-9457(01)00158-7.
- Oishi, S., Diener, E., Lucas, R., & Suh, E. (1999). Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: Perspectives from needs and values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 980-990.

- Okamoto-Mizuno, K., & Mizuno, K. (2012). Effects of thermal environment on sleep and circadian rhythm. *Journal of Physiological Anthropology*, 31, 1-14. doi:10.1186/1880-6805-31-14.
- Olenjniczak, P., & Fish, B. (2003). Sleep disorders. *Medical Clinics of North America*, 87, 803-833. doi.org/10.1016/S0025-7125(03)00006-3.
- Orzech, K., Salafsky, D., & Hamilton, L. (2011). The state of sleep among college students at a large public university. *Journal of American College Health*, 59, 612-619. doi:10.1080/07448481.2010.520051.
- Otta, E., & Fiquer, J. (2004). Bem-estar subjetivo e regulação de emoções. *Psicologia em Revista*, 10, 144-149.
- Pais-Ribeiro, J. (2012). Felicidade, bem-estar, qualidade de vida e saúde. *Psicologia na Atualidade*, 8, 22-31.
- Paiva, T. (2008). *Bom sono, boa vida*. Faculdade de Medicina de Lisboa: Oficina do Livro.
- Paiva, T., & Penzel, T. (2011). *Centro de medicina do sono*. Lisboa: LIDEL.
- Palma, B., Tiba, P., Machado, R., Tufik, S., & Suchecki, D. (2007). Repercussões imunológicas dos distúrbios do sono: O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal como factor modulador. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, 33-38.
- Palys, T. & Little, B. (1983). Perceived life satisfaction and the organization of personal project systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1221-1230.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172. doi:10.1037/1040-3590.5.2.164.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149-161. doi:10.1207/s15327752jpa5701\_17.
- Pereira, C. (2009). *Alterações do sono e risco cardiovascular*. Covilhã: FCS Universidade da Beira Interior.
- Pereira, E., Gordia, A. & Quadros, T. (2011). Padrão do sono em universitários brasileiros e sua relação com a prática de atividades físicas: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 30, 55-60.
- Pollak, C., Thorpy, M., & Yager, J. (2010). *The encyclopedia of sleep and sleep disorders* (3ªed.). New York: Facts On File, Incorporated.

- Porkka-Heiskanen, T., Alanko, L., Kalinchuk, A., & Stenberg, D. (2002). Adenosine and sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 6, 321-332.
- Purves, D., Augustine, G., Fitzpatrick, D., Hall, W., LaMantia, A., & White, L. (2012). *Neuroscience*. (5<sup>a</sup>ed.). USA: Publishers Sunderland.
- Rasmussen, H., Wrosch, C., Scheier, M., & Carver, C. (2006). Self-regulation processes and health: The importance of optimism and goal adjustment. *Journal of Personality*, 74, 1721-1748. doi:10.1111/j.1467-6494.2006.00426.x.
- Rene-Sitar, K., John, M., Bandyopadhyay, D., Howell, M., & Schiffman, E. (2014). Exploration of dimensionality and psychometric properties of the Pittsburgh Sleep Quality Index in cases with temporomandibular disorders. *Health Quality Life Outcomes*, 12, 1-9.
- Rente, P., & Pimentel, T. (2004). *A patologia do sono*. Lisboa: Lidel.
- Rente, P., & Pimentel, T. (2004). O sono normal. In *A patologia do sono*. Lousã: Edições Técnicas Lda.
- Roth, T., & Roehrs, T. (1996). Etiologies and sequelae of excessive daytime sleepiness. *Clinical Therapy*, 18, 526-535.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069.
- Sadeh, A., Dan, O., & Bar-Haim, Y. (2011). Online assessment of sustained attention following sleep restriction. *Sleep Medicine*, 12, 257-261. doi.org/10.1016/j.sleep.2010.02.001.
- Santos, A., Noronha, A., Amaro, C., & Villar, J. (2005). Questionário de Vivência Académica: Estudo da consistência interna do instrumento no contexto brasileiro. In: M. Joly, A. Santos, & F. Sisto, (Eds.), *Questões do Cotidiano Universitário* (159-178). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Santos, J. (2007). Abordagem do doente com patologia do sono. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 599-610.
- Saper, C., Chou, T., & Scammell, T. (2001). The sleep switch: Hypothalamic control of sleep and wakefulness. *Trends in Neurosciences*, 24, 726-731.
- Scheier, M., & Carver, C. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 26-30. Doi:10.1111/1467-8721.ep10770572.

- Schleich, A. (2006). *Integração na educação superior e satisfação acadêmica de estudantes ingressantes e concluintes*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas: Campinas.
- Schwartz, J., & Roth, T. (2008). Neurophysiology of sleep and wakefulness: Basic science and clinical implications. *Current Neuropharmacology*, 6, 367-378.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. (2011). Relações entre bem-estar subjetivo e satisfação conjugal na abordagem da psicologia positiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, 658-665. doi:10.1590/S0102-79722011000400005.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. (2012). A medida positiva dos afetos: Bem-estar subjetivo em pessoas casadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25, 11-20.
- Seligman, M. (2011). *A vida que floresce*. Alfragide: Estrela Polar.
- Shepard, J., Buysse, D., Chesson, A., Dement, W., Goldberg, R., Guilleminault, C.,... White, D. (2005). History of the development of sleep medicine in the United States. *Journal Clinical Sleep Medicine*, 1, 61-82.
- Silva, E. (2003). *Cadernos de Educação de Infância*. Editorial: Ministério da Educação.
- Silva, M. (2012). *Bruxismo do sono em crianças*. Faculdade de Ciências da Saúde: Universidade Fernando Pessoa.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26, 243-279.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. & Oliveira, M. (2003). O bem-estar subjetivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37, 5-30.
- Skin, D. & Johnson, D. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
- Soares, A. (2010). *O sono: Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa: Lidel.
- Steel, P., Schmidt, J. & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 134, 138-161.
- Steenari, M., Vuontela, V., Paavonen, E., Carlson, S., Fjallberg, M., & Aronen, E. (2003). Working memory and sleep in 6- to 13-year-old schoolchildren. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 85-92. doi:10.1097/00004583-200301000-00014.

- Sweileh, W., Ali, I., Sawalha, A., Abu-Taha, A., Zyoud, S., & Al-Jabi, S. (2011). Sleep habits and sleep problems among Palestinian students. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 1-8. doi:10.1186/1753-2000-5-25.
- Takakuasi, K., Obara, K., Nozu, T., & Okumura, T. (2011). Modulatory effects of the GABAergic basal ganglia neurons on the PPN and the muscle tone inhibitory system in cats. *Archives Italiennes de Biologie*, 149, 385-405.
- Teixeira, M., Castro, G., & Piccollo, L. (2007). Adaptação à universidade em estudantes universitários: Um estudo correlacional. *Interação em Psicologia*, 11, 211-220.
- Thorphy, M., & Yager, J. (2001). *The Encyclopedia of Sleep and sleep Disorders* (1ªed.). New York: Facts On File, Incorporated.
- Togeiro, S., & Smith, A. (2005). Métodos diagnósticos nos distúrbios do sono. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 8-15.
- Tufik, S. (2001). O custo social do sono. *Ciência Hoje*, 170, 6-10.
- Tugade, M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333. doi:10.1037/0022-3514.86.2.320.
- Ursin, R. (2002). Serotonin and sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 6, 57-69.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Veenhoven, R. (2005). Is life getting better? How long and happily do people live in modern society?. *European Psychologist*, 10, 330-343.
- Verri, F., Garcia, A., Zuin, P., Almeida, E., Falcón-Antenucci, R., & Shibayama, R. (2008). Avaliação da qualidade do sono em grupos com diferentes níveis de desordem temporomandibular. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 8, 165-169.
- Verri, F., Garcia, A., Zuin, P., Almeida, E., Falcón-Antenucci, R., & Shibayama, R. (2008). Avaliação da qualidade do sono em grupos com diferentes níveis de desordem temporomandibular. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 8, 165-169.
- Vicent, J. (2007). Dormir. In *Viagem Extraordinária ao centro do cérebro*. (I. Verissimo, Trad.). Mirandela: Artes Gráficas, S.A.
- Vieira, L., & Jesus, S. (2007). A felicidade nos professores como expressão de saúde. In M. Siqueira, S. Jesus, & V. Oliveira (Orgs.), *Psicologia da saúde: Teoria e pesquisa* (pp. 259-286). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.

- Vinha, D., Calcavante, J., & Andrade, M. (2002). Sleep-wake patterns in workers and nonworkers. *Biological Rhythm Resources*, 33, 417-426. doi:10.1076/brhm.33.4.417.8803.
- Walter, T. (2007). *REM illumination, memory consolidation* (2ª.ed.). Ohio: Lotus Magnus.
- Waterhouse, J. (1999). Jet-lag and shift work: (1) Circadian rhythms. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 92, 398-401. doi:10.1177/014107689909200804.
- Westerhof, G., & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal Adult Development*, 17, 110-119. doi:10.1007/s10804-009-9082-y.
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306. Doi: 10.1037/h0024431.
- Zheng, X., Sang, D., & Wang, L. (2004). Acculturation and subjective wellbeing of Chinese students in Australia. *Journal of Happiness Studies*, 5, 57-72.
- Zimbardo, P., McDermott, M., Jansz, J., & Metaal, N. (1995). Everyday changes in consciousness. In *Psychology: A European Text*. Oxford: Harper Collins.

## **Anexo 1**

---

Questionários Sociodemográfico do QVA-r

## Questionário Sócio-demográfico

(Adaptado por Andreia Santos & Rute F. Meneses, 2009,  
de Almeida, Ferreira, & Soares, 2001, e Ribeiro, 2005)

Com este questionário pretende-se fazer uma parte da sua caracterização pessoal, relevante para o presente estudo.

1. Sexo:  Masculino  Feminino
2. Idade: 16 anos
3. Estado civil:  Solteiro(a)  Casado(a) / União de facto  
 Separado(a) / Divorciado(a)  Viúvo(a)
4. Nível sócio-económico:  Baixo  Médio  Alto
5. Curso: Ciências Farmacéuticas Ano: 1º ano
6. Estudante-trabalhador:  Não  Sim
7. Decidiu continuar os estudos no Ensino Superior para (pode assinalar mais do que uma opção):
- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Desenvolver a sua formação pessoal                              | <input type="checkbox"/> Desenvolver a sua formação académica               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Preparar-se para uma profissão                                  | <input type="checkbox"/> Corresponder às expectativas/desejos dos seus pais |
| <input type="checkbox"/> Ter mais oportunidades sociais   | <input type="checkbox"/> Ter mais oportunidades profissionais               |
| <input type="checkbox"/> Fazer o mesmo percurso dos seus amigos que também estão no Ensino Superior | <input type="checkbox"/> Outra (especifique)<br>_____                       |

8. A Instituição de Ensino Superior em que se encontra matriculado/a corresponde à sua:

1.ª Opção     2.ª Opção

3.ª Opção     4.ª Opção

9. O curso que se encontra a frequentar corresponde à sua:

1.ª Opção     2.ª Opção

3.ª Opção     4.ª Opção

10. A entrada no Ensino Superior implicou a sua saída de casa?  Não     Sim

Se *Sim*, está a viver:

1. Numa Residência Universitária

2. Num apartamento com outros estudantes

3. Num apartamento sozinho

4. Na casa/apartamento com familiares

5. Outro local (especifique) \_\_\_\_\_

11. Qual é a distância percorrida entre a casa onde reside em tempo de aulas e a Universidade que frequenta? 10 km

12. Na Instituição de Ensino Superior que frequenta desempenha algum tipo de funções académicas associativas?  Não     Sim

Se *Sim*, qual/ quais (pode assinalar mais do que uma opção):

1. Responsável ou Membro da Associação de Estudantes

2. Responsável ou Membro de Grupos Recreativo-Culturais (Tunas, Desporto, Teatro, etc.)

3. Representante dos Estudantes nos Órgãos de Gestão da Escola

4. Outra (especifique) \_\_\_\_\_

13. Fora da Instituição de Ensino Superior, encontra-se envolvido/a em algum tipo de actividade, organização ou associação?  Não     Sim

Se *Sim*, de que natureza (pode assinalar mais do que uma opção):

1. Religiosa

2. Desportiva

3. Cultural

4. Recreativa

5. Política

6. De solidariedade social

7. Outra (especifique) \_\_\_\_\_

14. Em geral, como diria que a sua adaptação ao Ensino Superior é:

1 Ótima

2 Muito Boa

3 Boa

4 Razoável

5 Fraca

15. Comparando com o que acontecia no 1º semestre, como descreve a sua adaptação actual ao Ensino Superior?

1 Muito melhor

2 Com algumas melhoras

3 Aproximadamente igual

4 Um pouco pior

5 Muito pior

16. Qual o factor que considera fundamental na sua (actual) adaptação ao Ensino Superior? Porquê?

A relação entre os alunos, porque há muita ajuda dentro da faculdade.

17. Este foi também o factor fundamental na sua adaptação ao Ensino Superior durante o 1º semestre?  1 Não  2 Sim

Se Não, indique qual foi esse factor:

18. Em geral, como diria que a sua saúde é:

1 Ótima

2 Muito Boa

3 Boa

4 Razoável

5 Fraca

19. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

1 Muito melhor

2 Com algumas melhoras

3 Aproximadamente igual

4 Um pouco pior

5 Muito pior

## **Anexo 2**

---

Escala de Satisfação com a Vida - SWLS

10. Em geral, espeto sempre que me aconteçam mais coisas boas do que más

J. Pais Ribeiro & L. Pedro (2006)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

S.W.L.S.

Mais abaixo, encontrará cinco afirmações, relativas ao modo como encara a sua vida, com as quais poderá concordar ou discordar. Usando a escala que se segue, indique o seu grau de acordo com cada item, preenchendo assinalando a opção que melhor traduza a sua opinião.

	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse	1	2	3	4	5
2. As minhas condições de vida são muito boas	1	2	3	4	5
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida	1	2	3	4	5
4. Até agora, tenho conseguido as coisas mais importantes da vida que eu desejava	1	2	3	4	5
5. Se pudesse recomençar a minha vida, não mudaria quase nada	1	2	3	4	5

A. Simões (1992)

## **Anexo 3**

---

Escala de Afetos - PANAS

**PANAS** (I. Galinha & J. Pais Ribeiro, 2005)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada, fazendo um círculo no respectivo número que está a seguir à palavra. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções, durante as últimas semanas.

	Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Interessado/a	1	2	3	4	5
2. Perturbado/a	1	2	3	4	5
3. Excitado/a ou animado/a	1	2	3	4	5
4. Atormentado/a	1	2	3	4	5
5. Agradavelmente surpreendido/a	1	2	3	4	5
6. Culpado/a	1	2	3	4	5
7. Assustado/a	1	2	3	4	5
8. Caloroso/a	1	2	3	4	5
9. Repulsa	1	2	3	4	5
10. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
11. Orgulhoso/a	1	2	3	4	5
12. Irritado/a	1	2	3	4	5
13. Encantado/a	1	2	3	4	5
14. Remorsos	1	2	3	4	5
15. Inspirado/a	1	2	3	4	5
16. Nervoso/a	1	2	3	4	5
17. Determinado/a	1	2	3	4	5
18. Trémulo/a	1	2	3	4	5
19. Activo/a	1	2	3	4	5
20. Amedrontado/a	1	2	3	4	5

## **Anexo 4**

---

Escala de Sonolência Diurna Excessiva - ESE

19. Activo/a	1	2	3	4	5
20. Amedrontado/a	1	2	3	4	5

**ESE** (R. F. Meneses, J. P. Ribeiro & A. Martins da Silva, 2001)

As situações que se seguem referem-se ao seu modo de vida habitual nos últimos tempos. Mesmo que não tenha passado por algumas destas situações recentemente, tente dizer como elas o/a teriam afectado se ocorressem. Utilize a escala que se segue para escolher o número mais apropriado de modo a dizer qual a possibilidade de passar pelo sono ou adormecer em cada uma destas situações, em vez de se sentir apenas cansado/a.

Situação	Nunca passaria pelo sono	Ligeira possibilidade de passar pelo sono	Moderada possibilidade e de adormecer	Elevada possibilidade e de adormecer
Sentar-se e ler	0	1	2	3
Ver televisão	0	1	2	3
Sentar-se, inactivo, num local público (p.e., num teatro ou numa reunião)	0	1	2	3
Ser passageiro num automóvel durante uma hora sem pausa	0	1	2	3
Deitar-se para descansar à tarde quando as circunstâncias o permitirem	0	1	2	3
Sentar-se e falar com alguém	0	1	2	3
Sentar-se calmamente após um almoço sem álcool	0	1	2	3
Estar num automóvel parado por alguns minutos no trânsito	0	1	2	3

## **Anexo 5**

---

Consentimento Informado e Esclarecido

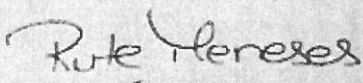
## Estudo sobre adaptação psicossocial ao ensino superior

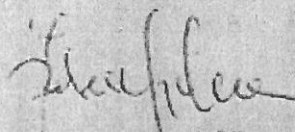
No âmbito de uma investigação sobre adaptação psicossocial ao ensino superior, vimos pedir a sua colaboração.

Para tal, pedimos que preencha os questionários que lhe serão fornecidos, pela ordem em que se encontram.

Se decidir colaborar no nosso estudo, deverá, antes de mais, indicá-lo na declaração que se segue (consentimento informado).

Agradecemos desde já a sua atenção para com o nosso estudo.

  
Prof. Doutora Rute Meneses

  
Prof. Doutora Isabel Silva

Investigadoras responsáveis pelo Projecto

---

### DECLARAÇÃO

Declaro, ao colocar uma cruz no quadrado que se encontra no fim da presente declaração, que aceito participar no estudo sobre adaptação psicossocial ao ensino superior da responsabilidade da Prof. Doutora Rute Meneses e da Prof. Doutora Isabel Silva, da Universidade Fernando Pessoa.

Declaro que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir participar.

Especificamente, fui informado/a do objectivo e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e de que tinha o direito de recusar participar, ou cessar a minha participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.



Data 22 / 3 / 2010