



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUÍS DE CAMÕES”

**RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DO SONO, A REGULAÇÃO EMOCIONAL E A
ANSIEDADE: ESTUDO COM ADOLESCENTES**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Aconselhamento

Autora: Patrícia Vala Silva

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria das Dores Pires Gomes

Número da candidata: 20150371

janeiro de 2021

Lisboa

Agradecimentos

Ao longo destes anos de mestrado, muitos foram os que, com o seu apoio e dedicação, estiveram presentes nesta minha caminhada – sem eles, nada teria sido possível, a todos o meu sincero agradecimento.

Primeiramente, e porque sem eles não seria o que sou hoje, um especial agradecimento aos meus pais, que sempre me incentivaram na luta pelos meus sonhos sem qualquer restrição, e sempre fizeram tudo para que eu os alcançasse. Espero que se orgulhem de mim tanto quanto eu me orgulho deles. De seguida, e com igual importância, à minha irmã, que também foi um grande alicerce nesta caminhada, no qual, é para mim uma grande inspiração e um exemplo a seguir.

Queria ainda expressar um profundo agradecimento à minha família e amigos por todos os momentos partilhados e pela compreensão de alguma ausência, da minha parte, em momentos de maior trabalho.

Um particular agradecimento, também, à Marisa Santos, Rute César e ao Hugo Fernandes, que foram três pilares essenciais e uma grande dádiva que me foi colocada no caminho ao longo do meu percurso académico e pessoal. Obrigada pelas palavras de conforto, carinho e encorajamento demonstradas.

Também devo um especial reconhecimento à professora Ana Gomes, devido a toda disponibilidade, orientação e ajuda permanente durante todo o processo. Muito obrigada por toda a atenção e dedicação.

Muito obrigada à grande comunidade UAL e a todos os professores, que me receberam e ensinaram durante estes 5 anos. É uma instituição que acolhe muito bem os seus alunos, visto que grande parte do nosso tempo é passado neste local.

Para finalizar, um grande agradecimento à instituição que autorizou e tornou possível a elaboração deste trabalho, especialmente ao Diretor, todos os professores e funcionários que me acolheram e permitiram que este trabalho fosse realizado. Sem o vosso consentimento, flexibilidade e disponibilidade, nada disto seria possível.

Muitas foram as dúvidas e receios, porém se cheguei onde estou hoje a todos vocês o devo, muito obrigada!

“Podemos escolher recuar em direção à segurança ou avançar em direção ao crescimento. A opção pelo crescimento tem que ser feita repetidas vezes. E o medo tem que ser superado a cada momento.”

(Abraham Maslow)

Resumo

A adolescência caracteriza-se por ser uma fase de evolução e de mudança a nível biológico, psicológico e social. O sono é uma necessidade básica que manipula e é, sincronicamente, manipulado pelas variadas atividades, contextos e papéis, que representam uma condição fundamental para os adolescentes. Desta forma, o sono é essencial para um crescimento e desenvolvimento saudável, quer nos aspetos físicos, quer nos aspetos emocionais. Um sono desadequado pode prejudicar, severamente, a qualidade de vida dos jovens e influenciar as suas competências em regular as emoções. A capacidade em regular as emoções é fundamental para preservar o equilíbrio interno do indivíduo, assim como possibilitar relações sociais adequadas e favorecer a saúde mental. Estratégias de regulação emocional desadequadas ou insuficientes podem desencadear sentimentos desagradáveis, o que provoca nos indivíduos um grande sofrimento psicológico, que ao longo do tempo pode evoluir para uma perturbação de ansiedade. Os sujeitos que manifestem uma regulação emocional insuficiente demonstram uma segurança reduzida nas capacidades em controlar a ansiedade. O presente estudo quantitativo com um carácter transversal tem o intuito de averiguar se existe uma relação significativa entre a Sonolência Diurna, a Regulação Emocional e os níveis de Ansiedade em adolescentes do 3º ciclo. Foi seleccionada uma amostra por conveniência de 64 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e 15 anos. A análise dos dados apresentou resultados significativos, sendo possível alcançar os objetivos e as hipóteses que foram propostas.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência; Sonolência Diurna; Regulação Emocional; Ansiedade

Abstract

The teenager years are characterized as a phase of evolution and change at a biological, psychological, and social level. Sleep is a basic need that manipulates and is synchronously, manipulated by the varied activities, contexts, and roles which represent a fundamental condition for teenagers. Thus, sleep is essential for healthy growth and development, both physically and emotionally. Inadequate sleep can severely damage young people's quality of life and influence their ability to regulate emotions. The ability to regulate emotions is fundamental to preserve the individual's internal balance, as well as to enabling the correct social relationships and promote mental health. Inadequate or insufficient emotional regulation strategies can trigger unpleasant feelings, which cause individuals great psychological suffering, which, over time, can evolve into an anxiety disorder. Subjects with insufficient emotional regulation reduced confidence in their ability to control anxiety. This quantitative cross-sectional study aimed to investigate whether there is a significant relationship between Daytime Sleepiness, Emotional Regulation, and Anxiety levels in adolescents in the 3rd cycle of basic education. A convenience sample of 64 teenagers aged between 12 and 15 years was selected. The analysis of the data offered significant results and it was possible to achieve the objectives and hypotheses that were proposed.

KEYWORDS: Adolescence; Daytime Sleepiness; Emotional Regulation; Anxiety

Índice

Resumo	4
Abstract	5
Introdução	11
Parte 1- Enquadramento Teórico	14
Capítulo 1 – Sonolência Diurna	15
1.1.Sono	15
1.1.2. Estrutura do sono	18
1.1.3. Ciclo sono-vigília	19
1.2. Sonolência diurna	20
1.3. Qualidade do sono	21
1.4. Higiene do sono	22
1.4.1. Relação entre a qualidade do sono e a higiene do sono	23
1.5. Perturbações do sono	25
1.5.1. Privação do sono	25
1.5.2. Insónias	25
1.5.3. Parassónias	26
1.5.4. Sonambulismo	27
1.5.5. Narcolepsia	27
1.5.6. Apneia do sono	29
1.6. Qualidade do sono na adolescência	29
1.7. Sonolência diurna na adolescência	31
Capítulo 2 – Regulação Emocional	33
2.1. Emoções	33
2.1.1. Funções das emoções.....	36
2.1.2. Tipos de emoções	37
2.2. Regulação emocional	39
2.2.1. Tipos de regulação emocional	41
2.2.2. Estratégias de regulação emocional	42
2.3. Modelos de Gross	43

2.4. Regulação emocional na adolescência	45
2.5. Regulação emocional em relação ao sono	46
Capítulo 3 – Ansiedade	49
3.1. Ansiedade	49
3.1.1. Distinção entre ansiedade e receio	52
3.1.2. Ansiedade adaptativa ou ansiedade não-adaptativa	53
3.1.3. Ansiedade-estado e ansiedade-traço	54
3.2. Perturbações de ansiedade	55
3.2.1. Ansiedade de separação	55
3.2.2. Mutismo seletivo	57
3.2.3. Fobias específicas	58
3.2.4. Ansiedade social/fobia social	60
3.2.5. Perturbação de pânico	61
3.2.6. Agorafobia	63
3.2.7. Perturbação de ansiedade generalizada	64
3.2.8. Perturbação de ansiedade induzida por substâncias/medicamentos	66
3.2.9. Perturbação de ansiedade devido a outra condição médica	67
3.2.10. Outra perturbação de ansiedade específica	68
3.2.11. Perturbação de ansiedade não-específica	69
3.3. Ansiedade nos adolescentes	69
3.4. Ansiedade e sono	71
3.5. Ansiedade e regulação emocional	72
Parte 2 – Metodologia	74
Capítulo 4 – Método	75
4.1. Problema	75
4.2. Delineamento do Estudo	77
4.3. Objetivos da investigação	77
4.3.1. Objetivo Geral	77
4.3.2. Objetivos Específicos	77
4.4. Hipóteses de Estudo	78
4.5. Participantes	78

4.6. Instrumentos	79
4.6.1. Questionário Sociodemográfico	80
4.6.2. Pediatric Daytime Sleepiness (PDSS)	80
4.6.3. Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA)	81
4.6.4. Self-Anxiety Scale (S.A.S.)	82
4.7. Procedimentos	83
4.8. Procedimentos de Análise de Dados	83
Parte 3 – Resultados	85
Capítulo 5 – Resultados descritivos da amostra	86
5.1. Apresentação e análise dos resultados	86
5.2. Estatística descritiva	86
Parte 4 – Discussão dos Resultados	93
Parte 5 – Conclusão	100
Limitações do estudo e propostas para futuras investigações	103
Referências	105
Anexos	132

Índice de Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado

Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico

Anexo 3 – Pediatric Daytime Sleepiness (PDSS)

Anexo 4 – Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA)

Anexo 5 – Self-Anxiety Scale (S.A.S.)

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica

Tabela 2 – Consistência Interna

Tabela 3 – Análise Estatística Descritiva

Tabela 4 – Diferenças de Género

Tabela 5 – Correlações PDSS e ERICA

Tabela 6 – Correlações PDSS e S.A.S.

Tabela 7 – Correlações ERICA e S.A.S.

Tabela 8 – Diferenças de Escolaridade

Introdução

No âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento, o presente estudo tenciona averiguar se existe uma relação significativa entre a sonolência diurna, a regulação emocional e os níveis de ansiedade nos alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico. Também se pretende que esta investigação seja um contributo positivo, visto ainda existir uma carência de estudos neste âmbito.

A adolescência caracteriza-se por ser uma fase de evolução e de mudança (Jain & Thapar, 2020), no qual a evolução refere-se à transição da pré-adolescência para a idade adulta onde é seguida por mudanças tanto ao nível fisiológico como psicológico (Wang *et al.*, 2019). Na adolescência destacam-se comportamentos irrefletidos, nomeadamente, correrem riscos, supostamente, desmedidos e comportamentos de impulsividade, todavia estas condutas podem ser compreendidas como adequadas se refletirmos que a finalidade de desenvolvimento desta fase é amadurecer e ser um indivíduo adulto autónomo num ambiente inconstante e modificável (Blakemore, 2018). Desta forma, a adolescência revela ser uma fase mais vulnerável, no qual, a qualidade do meio físico e social pode desencadear alterações na área da saúde e na evolução e crescimento para a idade adulta (Patton *et al.*, 2018).

Os adolescentes devido aos seus ritmos circadianos, desenvolvimento maturacional e o estilo de vida, experienciam diversas modificações e dificuldades consideráveis, relativamente ao sono (Liu *et al.*, 2019). O sono vai reduzindo no decorrer da adolescência (Campbell *et al.*, 2017), sendo que, este se caracteriza por ser uma condição que apresenta diversas vantagens a nível fisiológico e psicológico, no qual auxilia o corpo a readquirir energia, reforçar o sistema imunológico, amadurecimento do sistema nervoso central e desenvolvimento da aptidão para a aprendizagem e memória (Altan *et al.*, 2018). A partir de um sono desajustado, surge a sonolência diurna que, atualmente é considerada uma preocupação para a saúde pública, dado que, surge com muita frequência no começo da adolescência, prolongando-se para a idade adulta (Campbell *et al.*, 2017). A sonolência diurna pode ser considerada, determinadas vezes, como um comportamento comum (Meyer *et al.*, 2017), porém, o desenvolvimento deste comportamento pode originar períodos suspensos de sono-vigília e um ritmo circadiano instável, o que conduz a resultados cognitivos e emocionais contrários, particularmente, uma regulação emocional desadequada, uma maior impulsividade, entre outras (Liu *et al.*, 2019).

As emoções caracterizam-se por apresentarem uma função essencial no funcionamento humano, visto que facultam informações sobre os próprios indivíduos, o seu ambiente circundante e prepara os mesmos a comportarem-se de acordo com a situação (Sanchis-Sanchis *et al.*, 2020). A adolescência define-se por ser uma fase de evolução fundamental para o desenvolvimento da regulação emocional, visto que, esta população experiencia elevadas emoções negativas, contrariamente às emoções positivas, assim como, maiores níveis de oscilação entre emoções e uma maior irritabilidade no seu dia-a-dia (Lennarz *et al.*, 2019). É nesta fase que as competências para a regulação emocional se desenvolvem, visto ser um período marcado pela evolução dos circuitos neurais reguladores e por diversos desafios emocionais (Desatnik *et al.*, 2017). No decorrer do tempo vão surgindo modificações na forma como os adolescentes conseguem regular as suas respostas emocionais. Na fase da infância, as crianças manifestam com maior regularidade as suas emoções e necessitam sempre de um apoio externo, nomeadamente do cuidador (Young *et al.*, 2019), sendo que na adolescência, estes necessitam de aprender, de modo mais autónomo, a controlar e regular as suas emoções, contudo, em simultâneo, as suas competências cognitivas vão-se desenvolvendo (Lennarz *et al.*, 2018). É importante os adolescentes aprenderem a controlar e a regular as suas próprias emoções, dado que é uma competência socioemocional que possibilita uma maior destreza em momentos que sejam emocionalmente desafiantes. Também surgem níveis mais elevados de reatividade emocional, assim como o aumento de condutas impulsivas, próprias da adolescência (Young *et al.*, 2019). É necessário ter competências para regular as suas emoções, sendo a sua ausência, uma condição de risco para o desenvolvimento de problemas saúde mental (Moreira & Canavarro, 2020).

A saúde-mental é a base para uma qualidade de vida satisfatória, no qual a ansiedade reduzida é uma condição fundamental para a mesma (Singh *et al.*, 2020). A ansiedade é considerada uma das perturbações mentais mais frequentes no mundo, tendo o seu início, muitas vezes, na adolescência podendo prolongar-se para a idade adulta (Ford-Paz *et al.*, 2020). Situações que desencadeiem uma maior agitação ou stress, principalmente, na fase da infância acarretam consequências em determinadas áreas do cérebro que podem alterar a direção do desenvolvimento e conduzir a patologias do foro mental, nomeadamente a ansiedade (Narmandakh *et al.*, 2020). As perturbações de ansiedade, normalmente, encontram-se relacionadas com as condições familiares, sociais e académicas (Mheen *et al.*, 2019). A ansiedade pode desenvolver diversas consequências, visto que afeta os adolescentes no decorrer do tempo, nomeadamente, maiores dificuldades de adaptação ao trabalho, relacionamentos

interpessoais comprometidos e um nível reduzido de satisfação com a vida (Cardy *et al.*, 2020). As crianças, normalmente, manifestam uma maior inquietação com ferimentos e acontecimentos naturais e, pelo contrário os adolescentes revelam maiores receios e inquietações, relativamente a aptidões sociais e ao rendimento académico. Uma grande parte das vezes, a ansiedade não é identificada em crianças e adolescentes devido a estas caracterizarem-se como mais introvertidas, responsáveis, cooperantes e tolerantes. Contudo, uma das maiores dificuldades em realizar um diagnóstico em adolescentes abrange a diferenciação entre as inquietações, receios e uma inibição normativa e ajustada à idade (James *et al.*, 2018). Uma grande parte dos adolescentes que sofram desta perturbação não acedem a intervenções e tratamentos de saúde mental (Narmandakh *et al.*, 2020), no qual esta pode desenvolver sérias consequências, visto que a perturbação de ansiedade pode evoluir para uma doença crónica (Mheen *et al.*, 2019).

De maneira a compreender estas temáticas, a metodologia escolhida prende-se com a utilização de instrumentos que possibilitam uma melhor compreensão da relação entre a sonolência diurna, a regulação emocional e a ansiedade, entre eles, destacam-se o questionário sociodemográfico, o Pediatric Daytime Sleepiness Scale (PDSS), o Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA) e, por último, a Escala de Ansiedade de Zung (S. A. S.).

Esta investigação encontra-se dividida em cinco partes, sendo a primeira parte constituída pelo enquadramento teórico onde é abordado os vários conceitos relevantes. A segunda parte abrange a metodologia, no qual é referido a pertinência do estudo, o seu delineamento, os objetivos, as hipóteses, a caracterização da população, os instrumentos e, por fim os procedimentos efetuados no decorrer do estudo. A terceira parte está relacionada com os resultados. A quarta parte diz respeito à discussão dos resultados, procedendo para uma conclusão sobre o trabalho realizado.

Parte I - Enquadramento Teórico

Capítulo 1 – Sonolência diurna

1.1. Sono

Desde há muitos séculos, que o sono é alvo de curiosidade (Cardoso *et al.*, 2009). O sono é uma necessidade fundamental para o ser humano, visto que preenche cerca de um terço das suas vidas (Ban & Lee, 2001).

Já no tempo de Aristóteles, este considerava que o sono era essencial para sustentar a percepção que, se empregada continuamente, poderia se exaurir e Hipócrates relacionava a insónia com a tristeza e tédio (Cardoso *et al.*, 2009).

Apesar da importância que o sono e as suas perturbações provocaram ao longo dos anos, foi na segunda metade do século XX que o sono começou a cativar não meramente os filósofos e poetas, como também os cientistas (Cardoso *et al.*, 2009).

O sono é uma condição fisiológica que ocorre em todos os seres vivos (Fernandes, 2006) e torna-se essencial para o desenvolvimento mental e físico, assim como, para uma maior estabilidade (Ban & Lee, 2001). Atualmente é reconhecido como um agente reparador e homeostático, com domínio no estado de vigília do sujeito (Cardoso *et al.*, 2009).

O sono refere-se, às modificações nas condutas de um indivíduo que se encontra a dormir e às alterações fisiológicas associadas às funções elétricas do cérebro. As medidas comportamentais abrangem a ausência de mobilidade ou uma ligeira mobilidade, os olhos fechados, uma cognição afetada, uma reatividade diminuída a um incentivo externo e um estado incôscio reversivo. As medidas fisiológicas referem-se a modificações na eletromiografia e eletroencefalografia (Dey *et al.*, 2020).

Este caracteriza-se por uma função biológica essencial para estabilização da memória, manutenção e recuperação de energia e restabelecimento do metabolismo energético mental. Contudo, estas funções podem desencadear nas perturbações do sono transformações consideráveis, nomeadamente, no funcionamento cognitivo, corporal e social do sujeito, para além de afetar, concisamente, a qualidade de vida (Cardoso *et al.*, 2009).

É no período do sono que o cérebro solidifica as memórias das ocorrências do dia, ou seja, o momento em que estamos a dormir, o cérebro encontra-se ocupado a ordenar as ideias (Leitão & Antunes, 2019).

O corpo segue um relógio interno. As hormonas, nomeadamente o cortisol, são geradas em quantias distintas no período do dia e a temperatura corporal também se altera segundo as horas. O sono também está sujeito a esse relógio interno que se ajusta, conforme a instabilidade da luz (Leitão & Antunes, 2019).

Algumas investigações apresentam a relevância de ter quantidades apropriadas de sono para uma maior saúde do cérebro, ou seja, na fase do sono, o cérebro exclui as toxinas que podem prejudicar o mesmo que se reúnem durante o dia, no momento em que os indivíduos se encontram despertos (World Sleep Day, 2019).

Todos os seres humanos precisam de dormir por tempos mais ou menos habituais, contudo, esses tempos não são iguais para todos os indivíduos, havendo algumas variações interindividuais que se vão modificando durante a vida. Isto pode acontecer devido a vários fatores, tais como, a cultura, idade, género, profissão e a temperatura, esta última, pode também ter uma grande influência na regulação do sono (Simões, 2019).

Os predomínios dos dilemas do sono modificam-se em consonância com as crenças culturais e étnicas. Um estudo averiguou as diferenças nos problemas de sono entre diversos adolescentes de nove grupos étnicos e culturais, utilizando como critérios o sexo, a idade e o nível socioeconómico. Como resultado, os adolescentes europeus e americanos encontravam-se em maior risco de apresentarem insónias, contrariamente aos chineses (Sweileh *et al.*, 2011).

O período do sono permite que a consciência se oculte sob circunstâncias fisiológicas regulares: os sujeitos que despertam do sono, particularmente no começo da noite, mencionam que em, pelo menos, 30% do tempo não sentiam, nem vivenciavam nada. Em outras circunstâncias, os indivíduos acordados do sono descrevem os sonhos, isto é, uma corrente de experiências vividas que surgem, mesmo estáticos, sem resposta e bastante desligado do ambiente envolvente (Siclari *et al.*, 2017).

O sono corresponde à presença ou inexistência de experiências cientes. Para além disso, as experiências nos sonhos conseguem atingir diversas formas, alterando de experiências perceptivas transparentes para pensamentos claros, de imagens compreensíveis a histórias que se desenvolvem temporalmente, que, por norma, são idênticas aos estados cientes despertos, contudo, podem ser díspares de formas estimulantes (Siclari *et al.*, 2017).

Nos indivíduos, o sono é garantido no período noturno em virtude de uma interação complicada entre dois processos, particularmente, o método de temporização circadiana e a

homeóstase do sono. Este sistema de temporização fomenta a vigília no período do dia e descansa no período da noite, pelo contrário, a homeóstase do sono está sujeita à história de sono e vigília do indivíduo (Kabrita *et al.*, 2014).

Estes dois sinais que controlam o sono, nomeadamente, o grupo homeostático e o grupo circadiano são produzidos pelo relógio biológico. Relativamente ao grupo homeostático, existem variados sinais extraídos de neurotransmissores que controlam o sono, particularmente, a noradrenalina que é uma substância orgânica de catecolaminas que dispõe o organismo para a atividade, o que promove o despertar; a serotonina, considerada também uma substância orgânica de catecolaminas, auxilia o sono; os núcleos de rafe, que se encontram no tronco cerebral, cooperam para uma regulação do ciclo sono e vigília e a histamina, pelo contrário de todas as que foram nomeadas anteriormente, prejudicam o sono REM, diminuindo-o, e favorecendo o sono NREM. O glutamato, considerado o neurotransmissor excitatório mais relevante, demonstra uma grande atividade no período da vigília e do sono REM, do que no período de sono NREM. Por último, a dopamina que se define pelas respostas de prazer e recompensa, evidencia diminuir o sono NREM, assim como, o sono REM (Acuña-Castroviejo, 2018).

No fim do dia, a atividade diminui, o que facilita a introdução de sinais que orientam o sono. No período de atividade, gera-se um alargamento compensatório do sono e a sua estabilização, que se designa por “homeóstase do sono”, ou seja, a carência do sono é nula no momento em que despertamos, contudo vai aumento no decorrer do dia (Acuña-Castroviejo, 2018).

A homeóstase do sono desencadeia uma diminuição da temperatura corporal devido à privação de calor, o que é compreendido como uma forma de fomentar o sono. Por exemplo, a atividade desportiva deve ser executada seis horas antes de irem dormir, de maneira a que a temperatura corporal, não esteja elevada, devido ao desporto praticado, e assim admita o começo do sono (Acuña-Castroviejo, 2018).

Com o decorrer dos anos, foram utilizados diversos modelos para analisar o vínculo entre o sono e a atividade cerebral. Um dos modelos utilizados, antes da descoberta da electroencefalografia (EEG), possibilitava averiguar as particularidades comportamentais, sendo elas, um aumento na profundidade do sono e uma diminuição da atividade cerebral. Contudo, com a descoberta da electroencefalografia (EEG), tornou possível analisar o sono sem interrupções (Duyn, 2012).

1.1.1. Estrutura do sono

O sono caracteriza-se por três fases que abrangem a EEG, o EOG e o EMG, em que transversalmente a estas surgem dois padrões que são importantes para o sono, sendo eles, o NREM, que se designa por não existirem movimentações oculares rápidas e o REM, em que neste já estão presentes os movimentos oculares rápidos. O sono NREM está relacionado com um relaxamento do músculo, relativamente à vigília, e o sono REM denominado de sono dessincronizado em que além de ser um estágio que se refere à dificuldade de acordar o indivíduo, também demonstra um padrão electrencefalográfico que se parece com a fase da vigília (Fernandes, 2006). Zang *et al.*, (2017, citado por Acuña-Castroviejo, 2018) também perceberam que o sono NREM está associado à preservação da memória e o sono REM está ligado às fases emocionais da memória.

O sono NREM é composto por três estágios (N1, N2 e N3), que se alteram na sua fundura. Existe uma maior facilidade em despertar no estágio N1 do que no estágio N3. O eletroencefalograma, que se caracteriza por assentar o funcionamento elétrico do cérebro, modifica-se conforme transpomos de um sono suave para um sono mais profundo, assim como, uma maior pressão dos músculos e a alteração no ritmo cardíaco e respiratório (Leitão & Antunes, 2019).

No período da noite atravessamos por diversos ciclos do sono, alternados por momentos reduzidos de despertar, que não são conservados na memória. Os primeiros ciclos referem-se ao sono NREM, sendo o estágio N1 caracterizado por um sono aparente, percorrendo para o estágio N2 que diz respeito ao sono ligeiro e por último, alcança-se o estágio N3 designado de sono profundo. Contudo, isto volta a elevar-se até atingir o estágio N1, novamente. Após um ou dois ciclos ocorre o sono REM, que continua com o avançar da noite, ao passo que o sono profundo vai sumindo. Devido a este processo, despertamos com mais facilidade de madrugada do que, quando adormecemos (Leitão & Antunes, 2019).

Estes padrões vão-se revezando durante a noite em etapas de 90 minutos, tendo o sono NREM uma duração de, aproximadamente, 65 minutos e o sono REM de 20 a 30 minutos, apesar de o sono REM continuar à medida que a noite avança (Acuña-Castroviejo, 2018).

Na fase do sono NREM, nós, indivíduos, encontramos-nos menos cientes de nós próprios e do ambiente que nos rodeia e, por isso, ao despertarmos, apresentamos dificuldades ao recordar alguma representação mental, o mesmo não acontece na fase da vigília. Todavia, as

estruturas subjacentes à diminuição do conteúdo consciente no período do sono NREM ainda se apresentam como duvidosas (Boly *et al.*, 2012).

Considera-se que a EEG quando se encontra ativada no sono REM está relacionada com a comparência de experiências de sonho e quando a atividade é de reduzida frequência do sono NREM, esta encontra-se associada à inexistência de sonho (Siclari *et al.*, 2017).

A conceção prestigiosa de que sonhar é considerada sinónimo de sono REM influenciou o trabalho de neuroimagem nos últimos anos, ainda que o aumento do número de investigações insinue que os relatórios do sonho conseguiam ser alcançados em todos os estágios do sono NREM, mesmo que apresente uma diminuta frequência (Siclari *et al.*, 2017).

1.1.2. Ciclo Sono-Vigília

O cérebro humano, na fase do ciclo sono-vigília, expõe uma sucessão de comportamentos que há muito tempo, incita curiosidade nos cientistas. O sono, apesar de ser um estado de vigília limitado, é definido como um estado complexo e que detém uma assinatura própria de neuroatividade metabólica e eléctrica (Duyn, 2012).

O sono corresponde a um procedimento de variadas modificações, tanto a nível fisiológico como a nível comportamental. O sono, ou seja, o ciclo de sono e vigília, é um género de ritmo circadiano que reveza um período de repouso com um período de atividade. Estas alternâncias de repouso para as atividades são demarcadas por transferências na atividade cerebral, assim como outros processos que sucedem no organismo, tais como, as modificações na secreção hormonal, na temperatura corporal e no sistema imunitário, para que cada um ajude e coordene o organismo nas 24 horas do dia (Acuña-Castroviejo, 2018).

O ritmo circadiano define-se como sendo uma fase que tem a duração de 24 horas, ou seja, repete-se todos os dias, com dois períodos diferentes. Em relação à fase do sono e vigília, nomeadamente no período da noite, decorre o sono e no período do dia, ocorre a vigília (Acuña-Castroviejo, 2018).

A sincronização existente entre as causas ambientais e os intervalos de 24 horas no ciclo do sono-vigília está relacionada com o revezamento do dia-noite, ou seja, o claro-escuro, com as dinâmicas familiares, os horários de trabalho, académicos e de lazer. Apesar dessa sincronização ambiental, este ciclo é produzido e ajustado endogenamente por uma organização

neural que se encontra no hipotálamo. Esta estrutura neural designa-se pelo núcleo supraquiasmático que é apreciado como o relógio biológico dos mamíferos (Cardoso *et al.*, 2009).

1.2. Sonolência Diurna

A sonolência diurna não se caracteriza como uma perturbação ou doença, porém designa-se como um indício de diversas perturbações principais do sono. É o indício mais habitual em perturbações que dizem respeito ao sono (Demirbas & Kutlu, 2020) e, normalmente considera-se que sucede como consequência de um sono desadequado ou agitado (Pekör *et al.*, 2020).

A sonolência diurna refere-se a um cansaço acrescido durante o dia após um sono escasso à noite. Esta conceção é uma questão normal, ao qual, os profissionais de saúde encontram, vulgarmente, na sua prática (Demirbas & Kutlu, 2020).

Esta designa-se como uma complicação em permanecer a vigília pretendida ou como a reclamação de uma quantidade exagerada de sono (Carvalho *et al.*, 2018).

Os motivos mais frequentes de sonolência diurna dizem respeito à privação da higiene do sono, insónias, fármacos, fatores psiquiátricos ou físicos e perturbações do sono (Pekör *et al.*, 2020).

Os indivíduos que apresentam uma sonolência diurna exagerada demonstram uma maior probabilidade em adormecerem, nos momentos que necessitam de manterem-se despertos e concentrados, nomeadamente, na condução, na prática de algum desporto, entre outros (Pekör *et al.*, 2020).

Diversos estudos averigam que a sonolência diurna é mais elevada em mulheres (22%), comparativamente, aos homens (17%), contudo, estes encontram-se associados a patologias crónicas e proporcionam um perigo para a segurança pública. Também existem outras investigações que exibem que quer a redução do sono no período da noite, quer a sonolência diurna exagerada, podem desenvolver um maior risco de morte, em virtude de doenças cardiovasculares (Demirbas & Kutlu, 2020).

1.3. Qualidade do Sono

O sono é fundamental para qualquer ser humano e a qualidade do sono está inteiramente relacionada com a saúde. Pessoas que tenham mudanças nos contextos físicos e sociais estão mais propensas a alterações na qualidade e quantidade do sono (Kalyani *et al.*, 2017).

O sono pode ser definido através de dois elementos: a quantidade e a qualidade. A quantidade do sono está relacionada com a duração do sono no período da noite, enquanto a qualidade designa-se pelo contentamento com a experiência do sono. No qual envolve o começo do sono, a conservação do sono (despertar sob a noite), a quantidade do sono e o sentimento de frescor ao despertar (Campsen & Buboltz, 2017). No que diz respeito ao sono, não é só a quantidade que é importante, contudo, também é fundamental ter uma boa qualidade de sono (Litwic-Kaminska & Kotyśko, 2017).

Segundo os autores Kalyani *et al.*, (2017) uma má qualidade do sono pode provocar mudanças quer a nível neurológico, comportamental e fisiológico, assim como, um baixo desempenho académico devido à sonolência nas aulas.

Timothy Morgenthaler, subdiretor de uma clínica de Medicina do Sono, afirma que alcançar uma boa qualidade e quantidade do sono é fundamental para um melhor envelhecimento, aumentando as hipóteses de uma melhor saúde cognitiva, emocional e física (World Sleep Day, 2019).

Diversos estudos têm demonstrado que existem vários fatores que podem influenciar a má qualidade do sono, tais como, os fatores socioeconómicos e culturais, contudo, também se encontram estudos que associam a idade e o sexo como sendo um preditor da baixa qualidade do sono (Dubey *et al.*, 2019). Os indivíduos com uma baixa qualidade de sono apresentam reduzidas expectativas de vida e um envelhecimento prematuro. As perturbações do sono, particularmente a sonolência diurna exagerada e as insónias, são problemáticas idênticas em toda a população (Cardoso *et al.*, 2009).

As perturbações do sono acarretam várias consequências para os indivíduos, especialmente, uma diminuição da qualidade de vida, assim como do desempenho escolar e profissional, um aumento na ocorrência de perturbações psiquiátricas, com danos na segurança do indivíduo e, conseqüentemente, o aumento de acidentes (Cardoso *et al.*, 2009).

As causas mais frequentes de um sono afetado são a limitação e a fragmentação. A limitação do sono está relacionada com a procura de trabalho, requisitos curriculares, comprometimento familiar, utilização de fármacos ou com os fatores pessoais, enquanto a fragmentação caracteriza-se pela qualidade e quantidade do sono impróprias devido a fatores biológicos e/ou condições ambientais que o impedem. Existem outras condições que prejudicam a qualidade do sono, associadas ao ritmo circadiano, que se expressa pelo desvio entre a fase do sono e o meio físico e social (Ribeiro *et al.*, 2014).

Existem várias investigações realizadas em diversos países de que a informação sobre a qualidade do sono e os seus hábitos estão relacionados com comportamentos agressivos, problemas emocionais e uma redução do rendimento académico (Pinto *et al.*, 2012).

1.4. Higiene do Sono

A higiene do sono, inicialmente, tinha como propósito o emprego na intervenção da insónia ligeira a moderada (Irish *et al.*, 2016), contudo, mais tarde, desenvolveu-se uma nova conceção de higiene do sono, sendo esta definida pela execução de condutas que auxiliam o sono e impedem que as mesmas se intrometam com o sono (Nam *et al.*, 2018). Hoje em dia, a higiene do sono encontra-se relacionada com fatores ambientais e comportamentais (Setyowati *et al.*, 2020) que antecedem ou intrometem com o sono (Heijden *et al.*, 2006).

Segundo os autores O'Donnell & Driller (2017), é essencial uma boa educação para a higiene do sono, no qual, abrange diversas condições, nomeadamente, as condições ambientais (ruído, luminosidade e temperatura) que manipulam o sono. A educação na higiene do sono é uma medida essencial, visto que, os indivíduos adquirem conhecimentos sobre práticas benéficas do sono e estes são estimulados a acompanhar diversas advertências de forma a aperfeiçoar o mesmo (Irish *et al.*, 2016).

A higiene do sono cumpre uma função essencial na evolução do sono, assim como, nos problemas do mesmo, principalmente na fase da infância. A higiene do sono promove uma melhor durabilidade do sono, uma qualidade satisfatória e diminui a sonolência no período do dia (Heijden *et al.*, 2018).

Diversos fatores podem afetar negativamente a higiene do sono, nomeadamente conter televisão no quarto, consumir café antes de dormir e adiar a hora de dormir, o que pode originar uma perturbação do sono (Heijden *et al.*, 2018).

Para que esta higiene seja possível é importante que os pais facultem condições para que surja um sono sereno e independente, sendo as variáveis do ambiente as que apresentam uma maior facilidade em examinar. Estas variáveis estão relacionadas com o horário, os assuntos no momento das refeições e com o meio ambiente circundante. Na hora de dormir é necessário, os indivíduos estarem descontraídos, o que não é permitido num contexto estimulante, ruidoso ou muito iluminado (Leitão & Antunes, 2019).

Relativamente à higiene do sono, existem algumas regras que podem promover esta situação, particularmente, evitar o consumo de alguns medicamentos; praticar meditação, no sentido de que diversos estudos demonstram que a meditação desenvolve o fluxo sanguíneo cerebral e favorece a criatividade, assim como, as capacidades sensoriomotoras; praticar os sonhos, ou seja, tentar sonhar propositadamente com algo em particular, sendo um processo denominado de incubação do sono, possibilita descobrirmos uma solução, no período em que se dorme; por último, cuidar do ambiente em que nos encontramos, isto é, na hora de dormir, no quarto deve existir algumas características, nomeadamente silêncio, ausência de luz e de aparelhos, temperatura ambiente e comodidade (Acuña-Castroviejo, 2018).

Para concluir, é fundamental averiguar os sujeitos que apresentem uma perturbação do sono, no qual, não existiu uma intervenção, de modo, a compreender se podem incluir condutas desajustadas de higiene do sono, com o propósito de diminuir o sono inadequado, por exemplo, o consumo de café. Contudo, é necessário o reconhecimento destes sujeitos, de forma, a dirigi-los para intervenções mais adequadas (Irish *et al.*, 2016).

1.4.1. Relação entre a qualidade do sono e a higiene do sono

A higiene do sono é fundamental para se obter uma qualidade do sono satisfatória, assim como, despertar durante o dia, uma durabilidade ajustada e a competência em sustentar o ciclo do sono-vigília durante diversos dias sucessivos (Setyowati *et al.*, 2020).

As condições mais adequadas para antever a qualidade do sono estão relacionadas com as condições comportamentais, no qual, está incluída a higiene do sono (Setyowati *et al.*, 2020).

As condutas da higiene do sono consideram-se procedimentos que fomentam uma quantidade satisfatória e adequada de sono, assim como, uma benéfica qualidade do mesmo e uma condição de alerta no período do dia. Estas condutas, habitualmente, incluem quatro fatores, sendo eles condutas associadas à duração e planificação do sono, à agitação, comportamentos relacionados com a alimentação e ao meio circundante do sono (Peach *et al.*, 2016).

Existem diversas formas de alcançar uma boa quantidade e qualidade do sono, nomeadamente, repousar constantemente, por exemplo, fazer algumas pausas durante o dia, descansar em ambientes calmos e seguros e evitar o consumo de bebidas alcoólicas e café, antes de descansar (Setyowati *et al.*, 2020). Contudo, também existem condições ambientais que influenciam o sono, nomeadamente, o som, a temperatura e a luminosidade que se encontra no quarto (Li *et al.*, 2016).

Uma condição que prejudica a higiene do sono está relacionada com a idade, contudo, esta não prejudica a qualidade do sono. Embora, os adolescentes tenham menos possibilidades de adquirirem doenças relacionadas com o sono, estes apresentam uma má qualidade do sono, provavelmente por não cumprirem com as práticas de uma higiene do sono satisfatória, em virtude da influência do crescimento do trabalho ou do estudo. Relativamente aos adultos, ainda que apresentem uma melhor compreensão sobre a higiene do sono, no qual deve conduzir a hábitos favoráveis do sono, essas vantagens podem ser de reduzida dimensão devido a modificações fisiológicas ou patológicas que conduzem ao agravamento da qualidade do sono (Voinescu & Szentagotai-Tatar, 2015).

A investigação realizada pelos autores Voinescu & Szentagotai-Tatar (2015) insinua que, apesar dos indivíduos apresentarem uma melhor compreensão sobre a higiene do sono, não confirma, obrigatoriamente, que tem uma qualidade do sono satisfatória. Além disso, uma melhor compreensão da higiene do sono foi considerada um indício de descontentamento do sono alcançado.

A compreensão da higiene do sono não se refere a uma aplicação adequada da higiene do sono, possivelmente, devido a esta não ser estimada como vantajosa ou por ser empregada erradamente (Voinescu & Szentagotai-Tatar, 2015).

Normalmente, os adolescentes apresentam uma qualidade e quantidade insuficiente de sono, assim, uma boa higiene do sono é fundamental para sustentar esta qualidade e quantidade do sono (Setyowati *et al.*, 2020).

1.5. Perturbações do Sono

1.5.1. Privação do sono

A privação do sono designa-se pela eliminação parcial ou cessão do sono num organismo. Esta carência de sono provoca lesões no estado de alerta, no cumprimento cognitivo e no humor. A competência para concretizar um trabalho a nível mental decai cerca de 25% em cada 24 horas seguidas em que o sujeito mantém-se desperto (Antunes *et al.*, 2007).

Esta falta de sono pode desencadear várias consequências, tais como a fadiga, comprometimento da aprendizagem e da memória e também existe uma tendência para aumentar os níveis de ansiedade e depressão (Kalyani *et al.*, 2017).

A privação do sono, apesar de fragilizar as funções mentais e físicas, também reduz a eficiência do trabalho e pode desencadear problemas mentais, por isso, esta carência de sono apresenta uma grande influência nos sujeitos e na sociedade (Ban & Lee, 2001).

Devido às consequências da privação do sono, algumas escolas recorreram a novas estratégias, particularmente, a alteração dos horários do começo das aulas para mais tarde, com a finalidade de reduzir esta privação nos adolescentes (Hagenauer *et al.*, 2009).

1.5.2. Insónias

As insónias caracterizam-se por uma dificuldade perseverante em adormecer ou permanecer a dormir, empenhando uma consistência, duração ou a propriedade do sono. Esta perturbação apresenta um forte impacto na atividade do dia-a-dia (Leitão & Antunes, 2019).

A insónia é considerada uma das primordiais perturbações do sono, que inclui algumas condições, particularmente o stress e a ansiedade. Esta encontra-se relacionada com a ampliação do tempo para começar o sono (latência), sendo regular até 30 minutos (Ribeiro *et al.*, 2014).

A insónia pode ser considerada crónica quando sucede no mínimo há três meses e emerge diversas vezes por semana. Caso, esta subsista por menos de três meses, designa-se por curta duração, contudo não significa que seja de pouca importância (Leitão & Antunes, 2019).

Das diversas perturbações do sono, a insónia é a mais vulgar em todas as faixas etárias. Esta ocorre entre 15 a 50% em crianças com menos de 3 anos, 10 a 30% em crianças maiores e 13% nos adolescentes. A insónia só deve ser considerada a partir dos meses em que os bebés conseguem dormir noites inteiras. Nos adultos, 10% apresentam uma insónia crónica e 35% uma insónia casual (Leitão & Antunes, 2019).

Os indivíduos que apresentam esta perturbação expõem modelos de sono fraccionados, com ocorrências de despertares noturnos, passando a estarem fatigados e sonolentos sob o dia (Ribeiro *et al.*, 2014).

As consequências desta perturbação são diversas, nomeadamente, problemas de concentração e memória, modificações nas competências para estruturar, desenvolver e determinar os dilemas e lentidão psicomotora. O desempenho escolar diminui, assim como, a motivação e segurança nas suas aptidões (Leitão & Antunes, 2019).

1.5.3. Parassónias

As parassónias caracterizam-se como sendo a segunda perturbação do sono mais frequente. Define-se como episódios físicos inadequados (Cruz *et al.*, 2017) ou experiências que afetam o sono (Ruotolo *et al.*, 2016) no seu começo, duração e ao acordar, abrangendo sintomas emocionais, motores e comportamentais (Cruz *et al.*, 2017).

Esta perturbação divide-se por quatro grupos, as que se encontram relacionadas com o sono REM, relacionadas com o sono NREM, outras parassónias (enurese noturna) e indícios (soníloquo, isto é, falar enquanto está a dormir) (Leitão & Antunes, 2019).

As parassónias são muito vulgares até à adolescência, onde normalmente terminam, contudo, existem algumas exceções, podendo estas permanecerem ou ressurgirem na fase da puberdade ou em idade adulta (Leitão & Antunes, 2019).

As condições genéticas também são fundamentais, visto que, a incidência aumenta quando um dos progenitores é sonâmbulo e aumenta ainda mais quando são ambos os

progenitores (Leitão & Antunes, 2019). O surgimento desta perturbação, além de estar relacionada com os fatores genéticos, também pode estar associado a determinados fármacos, incentivos auditivos no meio envolvente do sono, entre outros (Ruotolo *et al.*, 2016).

1.5.4. Sonambulismo

O sonambulismo caracteriza-se por uma deambulação que surge na fase do sono, sendo um estado modificado de consciência no período da deambulação (Cock, 2016).

Os indivíduos que sofrem desta perturbação têm dificuldades em acordar e, quando despertados, encontram-se desorientados e, particularmente, amnésicos (de modo parcial ou total) do acontecimento. O sonambulismo pode constituir um hábito de condutas que sucedem em momentos impróprios como, por exemplo, ir para o telhado de casa e sair à rua (Cock, 2016). A deambulação pode findar em sítios desconhecidos ou o indivíduo sonâmbulo pode conseguir regressar ao seu quarto e despertar onde se estendeu, contudo este não tem consciência do que aconteceu (Leitão & Antunes, 2019).

Esta perturbação é habitual em crianças e adolescentes, contudo esta tem tendência a terminar na idade adulta. No entanto, cerca de 2,5 a 4% dos indivíduos adultos permanecem sonâmbulos (Cock, 2016).

Quando as condutas não são de elevado risco e abrangem o silêncio, pouca deambulação e calma, a família deve permanecer serena e deve adotar ajustes no ambiente (Cock, 2016), de forma a melhorar a sua segurança. Essas adaptações começariam em cerrar ou trancar portas e janelas, instalar alarmes ou colocar campainhas e remover objetos que possam colocar em risco a vida dos indivíduos (Svirnovsky, 2017). No entanto, quando os indivíduos apresentam comportamentos arriscados ou agressivos devem ser adotados determinados tratamentos (Cock, 2016).

1.5.5. Narcolepsia

A narcolepsia define-se como uma doença crónica do sono incapacitante, com um predomínio determinado, sensivelmente, de 1 para 2.000 habitantes no global, e pode persuadir austeramente as atividades do quotidiano (Yeh *et al.*, 2020).

Clinicamente, esta perturbação determina-se por uma sonolência diurna exagerada, com investidas súbitas de sono, irregularidades velozes de sono nas circulações oculares, tais como, a cataplexia, acordares fraccionados e a paralisação do sono (Yeh *et al.*, 2020).

Esta perturbação tem início entre os 5 e os 15 anos. Contudo, é frequentemente diagnosticada na fase entre os 10 e 20 anos (Karcesk, 2018).

A narcolepsia está dividida por dois grupos, no qual, ambos iniciam na mesma idade e desencadeiam diversos indícios idênticos. O indício mais frequente é a fadiga durante o dia. O indivíduo com esta perturbação adormece e, diversas vezes desperta, manifestando-se fortalecido, todavia, passado algumas horas demonstram a fadiga novamente (Karcesk, 2018).

A narcolepsia do grupo 1 é, habitualmente, mais diagnosticada que o grupo 2 de narcolepsia (Karcesk, 2018). A narcolepsia do grupo 1 é considerada uma doença neurológica crónica caracterizada pela presença da cataplexia, ocorrências de debilidade muscular provocada por emoções intensas e a sonolência diurna exagerada (Bonvalet *et al.*, 2017). A cataplexia é uma paralisia parcelar que sucede após uma emoção intensa. Esta paralisia, normalmente, inicia na face e depois percorre para os braços e peito, tendo uma duração de 1 a 2 minutos (Karcesk, 2018). Em praticamente, todos os indivíduos com esta perturbação do grupo 1, a doença é originada pela carência do neurotransmissor orexina, visto que, este se designa como um neurotransmissor fomentador de vigília (Bonvalet *et al.*, 2017).

O grupo 2 de narcolepsia está relacionado com a presença de sonolência diurna exagerada, indícios irregulares de sono REM, ausência de cataplexia e foco de hipocretina no líquido cefalorraquidiano (Aguilar, 2020). Para existir um diagnóstico do grupo 2 é necessário estar presente indícios de hipersonolência com duração de 3 meses (Cerdas, 2018).

Existem dois fármacos eficientes para o tratamento da narcolepsia, nomeadamente, a modafinil e o metilfenidato. O fármaco modafinil tem como finalidade fomentar a vigília, enquanto o metilfenidato diminui a sonolência diurna exagerada, desenvolve o começo do sono, amplia a latência do sono REM e diminui a quantidade de sono REM (Yeh *et al.*, 2020).

As comorbidades com a narcolepsia são vulgares e abrangem a hiperatividade, a ansiedade, o humor, perturbações alimentares, entre outros (Yeh *et al.*, 2020).

1.5.6. Apneia do Sono

A respiração irregular durante o sono é considerada uma das perturbações mais normais da população em geral. A apneia do sono designa-se por breves interrupções da respiração no período da noite, que sucedem de 5 a 30 vezes por hora e apresentam uma duração entre 10 a 30 segundos (Carleton & Barling, 2020).

Os níveis de oxigénio no sangue, em cada evento são diminuídos e o sono torna-se alterado quando os sujeitos despertam para recuperar a respiração (Carleton & Barling, 2020). O oxigénio no sangue pode reduzir até 50% e em casos mais graves pode ter uma diminuição mais agravada. O cérebro revela uma resposta de recompilação do reduzido oxigénio e recorda o corpo que provoca uma pequena agitação do sono, assim, reestabelece os modelos regulares de respiração. Estes modelos podem acontecer diversas vezes durante a noite (Achmad *et al.*, 2020).

Numa ocorrência de apneia do sono existe um fluxo aéreo que termina devido à faringe, uma redução e/ou contraste das movimentações do tórax e do abdómen e, posteriormente, sucede um acordar momentâneo ou ligeiro do sono, depois da apneia (Campos *et al.*, 2017).

Devido à qualidade do sono ser diminuída no decorrer do tempo, a privação do sono pode progredir e a apneia do sono apresenta consequências negativas que estão associadas a um reduzido desempenho, produtividade e stress (Carleton & Barling, 2020).

1.6. Qualidade do sono nos adolescentes

Tem-se assistido a uma redução no tempo de sono, consoante a criança vai evoluindo até à adolescência. Os adolescentes têm a necessidade de dormir, pelo menos 9,2 horas por dia (Dubey *et al.*, 2019). Cerca de 25 a 50% das crianças sofrem de má qualidade do sono, assim como, 40% dos adolescentes (Onat *et al.*, 2019).

A adolescência é a fase em que o sono se encontra mais modificado, tanto em quantidade como qualidade, comparativamente, às alterações fisiológicas, ambientais, comportamentais e sociais que fazem parte desse período de vida. A propensão de uma má qualidade do sono e da falta de higiene nos adolescentes é considerada uma inquietação da saúde pública, nomeadamente, pode originar um aumento de peso, imunidade reduzida, comprometimento

cognitivo e problemas de saúde mental. Por isso, a estima da qualidade do sono é fundamental para um bem-estar dos adolescentes, visto que, as elevadas modificações no sono e na higiene são prejudiciais para o sono nessa fase (Simsek & Tekgül, 2019).

Devido a uma mudança no processo de temporização do ritmo circadiano, as modificações que se sucedem na fase da puberdade intercedem em algumas transformações no sono do jovem, especialmente, a demora na altura do dormir durante a semana, conduzindo a uma reduzida duração do sono no período de aulas, sendo estendido nos fins de semana. O restabelecimento do sono ao fim de semana caracteriza-se por uma estrutura reversal homeostática da dívida do sono concebida ao longo da semana, ao passo que a suposição de que as demoras das fases no horário de dormir decorrem de modificações no processo de temporização do ritmo circadiano (Kabrita *et al.*, 2014).

A qualidade do sono, no período da adolescência, vai sofrendo grandes alterações tendo origem em vários fatores, tais como, insónias, mudanças no ciclo sono-vigília e sonolência excessiva. Esta baixa qualidade de sono não deriva de uma diminuição da necessidade de dormir, porém de uma junção de diversas influências psicológicas, biológicas e socioculturais que estão relacionadas com as alterações nos ritmos circadianos, utilização de vários dispositivos, entre outras (Gomes *et al.*, 2017).

Em crianças de idade escolar, a carência do sono está relacionada com uma diminuição na compreensão de raciocínio verbal, assim como uma redução na memória de trabalho e de longo prazo. Na adolescência, o ritmo de sono e vigília, mudam para uma preferência de acordar tarde de manhã e iniciar o sono mais tarde. Esta população demonstra que tem uma maior atenção pelo cronótipo vespertino, o que sugere uma maturação que está ligada a modificações na regulação homeostática do sono, que vai desenvolver um atraso no sono. Este método que é nomeado como normal no desenvolvimento dos adolescentes, pode conduzir a uma fase de vulnerabilidade para as transformações do ritmo do sono e vigília (Acuña-Castroviejo, 2018).

O instituto Carskadon concebeu uma teoria sobre o sono tardio na fase da adolescência, onde integra modificações no progresso do ímpeto homeostático e do período circadiano. Segundo esta teoria, os adolescentes incrementam uma resistência à imposição do sono, o que lhes possibilita ficarem despertos durante mais tempo (Hagenauer *et al.*, 2009).

Para os adolescentes, estes encontram-se desmotivados ao realizar os seus trabalhos, vão estar inquietos ou então sonolentos, no período de aulas. Os adultos encontram-se mais

protegidos, relativamente às consequências derivadas da falta do sono, contrariamente às crianças e adolescentes que são mais frágeis (Preety *et al.*, 2018).

É necessário ter em consideração que as queixas dos adolescentes, nomeadamente, um mal-estar, angústia, fadiga, podem estar relacionadas com o desenvolvimento do sono e do sistema circadiano (Hagenauer *et al.*, 2009).

Estudos demonstram que os adolescentes utilizam diversos meios eletrónicos de forma habitual, o que conduz a uma baixa qualidade do sono (Mesquita & Reimão, 2010). Contudo, é possível auxiliar os adolescentes a alcançarem o controlo sobre os seus modelos de sono, assim como, minimizar a utilização de aparelhos eletrónicos e diminuir a exposição à luz no período da noite (Hagenauer *et al.*, 2009).

As descrições que os pais fazem sobre o sono dos seus adolescentes muitas vezes estão relacionadas com o tempo que os mesmos passam no quarto no período da noite, visto que, os pais não percebem se os filhos ficam despertos após desligarem as luzes (Short *et al.*, 2013).

Devido à presença de diversos meios eletrónicos no interior do quarto e a tendência biológica à demora do estágio de vigília durante a noite permite aos adolescentes sustentar essa mesma vigília sem o conhecimento dos pais. Os pais devem demonstrar um papel ativo na regulação dos modelos do sono dos filhos, para que estes apresentem um melhor funcionamento diurno, contudo é inverosímil que atuem se não tiverem conhecimento sobre a reduzida qualidade do sono dos seus adolescentes (Short *et al.*, 2013).

1.7. Sonolência diurna nos adolescentes

A sonolência diurna apresenta um aumento no período da adolescência (Altan *et al.*, 2018), com propensão a crescer no decorrer dos anos (Campbell *et al.*, 2017). A sonolência diurna, na fase da adolescência, apresenta uma prevalência de 16 a 47%, conseguindo ultrapassar a população em geral que demonstra uma prevalência de 19 a 27% (Owen *et al.*, 2020).

Os adolescentes, quando entram nesta fase designada de adolescência, apresentam maiores problemas relacionados com o sono, no qual, o problema mais habitual denomina-se de sonolência diurna, visto que é desencadeada por um sono desajustado e de baixa qualidade (Altan *et al.*, 2018).

A fase da adolescência designa-se por consideráveis alterações fisiológicas, no qual, podem prejudicar o sono. Na adolescência, o indivíduo passa por diversas fases, no que diz respeito ao sono, nomeadamente, modificações na estrutura do sono, uma redução da atenção durante a tarde (Hein *et al.*, 2020), uma maior propensão em adormecer mais tarde e acordar mais tarde, carência de sono durante as aulas e o seu restabelecimento no fim de semana. Devido a estas alterações fisiológicas, os adolescentes podem desenvolver diversos problemas, o que também beneficia o surgimento da sonolência diurna (Barbosa *et al.*, 2020).

A sonolência diurna, apesar de surgir de consideráveis alterações fisiológicas, também pode desenvolver diversas patologias, tais como, problemas relacionados com o ritmo cardíaco e com as insónias, perturbações psiquiátricas, consumo de substâncias ou fármacos, entre outras. Contudo, de modo, a distinguir a sonolência diurna fisiológica da patológica é necessário efetuar uma avaliação clínica, onde abrange uma entrevista, aplicação de questionários e diversos exames (Hein *et al.*, 2020).

Na fase da adolescência, o impacto da sonolência diurna encontra-se relacionada com diversas consequências negativas, particularmente, no rendimento e desempenho escolar, ausência nas aulas, dificuldades de aprendizagem e alterações de humor (Barbosa *et al.*, 2020).

Neste seguimento, a sonolência diurna também pode desencadear problemas ao nível da saúde somática, isto é, aumento de obesidade, dores abdominais e lombares e desregulação da tensão arterial; problemas ao nível do funcionamento psíquico, nomeadamente, problemas interpessoais; e problemas ao nível de condutas de risco e consumo de substâncias. Desta forma, a sonolência diurna é um preditor de problemas no que diz respeito à saúde pública, em adolescentes (Hein *et al.*, 2020).

Capítulo 2 – Regulação Emocional

2.1. Emoções

Investigadores e cientistas que revelam interesse pela mente humana têm estudado acerca da origem das emoções (Lindquist *et al.*, 2014). As emoções são fundamentais para o entendimento da psicodinâmica dos seres humanos, quer seja em indivíduos com um desenvolvimento típico, quer em indivíduos que se encontrem com alguma patologia (Molina *et al.*, 2018). Todos os seres humanos têm emoções, a partir do momento em que nascem (Barrett, 2017).

A existência das emoções é um tema que tem desencadeado diversas dúvidas e questões em vários autores, contudo, o autor Frijda (2016) demonstrou através de quatro condições que as emoções existem.

Em primeiro lugar, deduzimos as emoções dos outros indivíduos quando estes apresentam atitudes e comportamentos que abrangem todo o ser, desta forma, nestas situações, é necessário os indivíduos compreenderem a situação, averiguar o que eles compreenderam e, por fim, responder ao que os indivíduos entenderam, tudo dentro do mesmo período.

Posteriormente, em segundo lugar, as emoções podem ser deduzidas no momento em que os indivíduos apresentam atitudes que criam ou alteram as interações com outros indivíduos, objetos e contextos.

A terceira condição supõe que surge uma emoção quando um comportamento ou atitude aparenta ter sucedido num indivíduo, isto é, essa reação ou atitude adota o controlo do indivíduo, incentiva a efetuar algo que vai contra o seu propósito.

A última e quarta condição refere-se às emoções serem consideradas visíveis quando os comportamentos e atitudes aparentam ser mais fortes, velozes ou perseverantes, relativamente ao que ao que o momento exige, podendo desta forma, tornarem-se contra-indicadas.

Os autores Cotrufo & Bares (2018) definem as emoções como um grupo de manifestações fisiológicas, cognitivas e motoras que são suscitadas por uma apreciação, consciente ou inconsciente, de um incentivo, numa certa circunstância e alusiva aos propósitos de um sujeito, dependendo do período da vida em que este se encontra.

Nesta definição, a componente que mais se sobressai refere-se à presença de uma emoção que se encontra ligada a uma atitude ou reação (manifestação fisiológica ou cognitiva), no qual se apresenta de modo concreto (objetivo). Relativamente às manifestações fisiológicas, algumas reações seriam, particularmente, emocionais, nomeadamente, o aumento do batimento cardíaco, da respiração e o surgimento da sudorese. Contudo, a manifestação fisiológica, cognitiva ou motora desencadeada por um incentivo, por si só, não consegue caracterizar uma emoção, por exemplo, quando se consome um café (incentivo) ao mesmo tempo vai originar um aumento do batimento cardíaco (manifestação fisiológica), porém não está presente uma emoção (Cotrufo & Bares, 2018).

Estas definem-se pela competência fundamental que possibilita captar como o indivíduo se sente e o que pode estar a pensar. Assim, é possível compreender os propósitos dos outros, antecipar a sua conduta e experienciar uma emoção suscitada pela sua emoção (Sekhri *et al.*, 2017).

As emoções também se designam por serem uma condição neuropsicofisiológica direta que se pode dividir como positiva ou negativa, exclusivo para circunstâncias internas ou ambientais, no qual, suspendem as ações em curso, provocando modificações no pensamento e no comportamento (Joaquim, 2020).

Os autores Martins & Melo (2016) referem que as emoções são fundamentais, tanto a nível biológico, psicológico e social. A nível biológico, as emoções incutem alterações corporais e, no momento, em que estas decorrem, modificam o delineamento electroencefalográfico, a pressão muscular, o accionamento do sistema nervoso vegetativo, entre outros, o que pode desencadear doenças psicossomáticas; relativamente ao nível psicológico, as emoções alteram as funções intelectuais, principalmente, a compreensão, o pensamento, a aptidão de concentração e a memória, por fim, a nível social, as emoções executam uma função de grande importância na motivação humana, conseguindo persuadir diversos fatores, nomeadamente, as relações sociais, o crescimento a nível profissional e a personalidade.

A partir do momento em que os cientistas colocam de parte o olhar clássico, emerge uma nova conceção de emoção. Esta nova conceção refere que as emoções não são universais devido à mudança de cultura em cultura e que as mesmas não são ativadas, mas é o indivíduo que as concebe. Ocorre, deste modo, um acordo entre as características físicas do corpo do

indivíduo, o cérebro maleável que se junta a um meio onde progride e à cultura, que esse meio faculta (Barrett, 2017).

As emoções são produzidas pelo corpo, apresentando como suporte duas normas: o que se está a viver naquele instante e os conhecimentos de experiências anteriores que se encontram conservadas na mente e no corpo. Em vista disso, quando se está perante uma emoção, por exemplo a vergonha, essa emoção tem tendência a surgir e apresenta um fundamento (Nelson, 2020).

As emoções são determinadas pelo indício, conteúdo e matéria, todavia, o fundamental é que estas compõem o significado, que abrange diversos graus de intensidade ponderados pela prática qualitativa, ou seja, o sentimento e a conduta. No que diz respeito à durabilidade e intensidade, as emoções encontram-se categorizadas por emoções afetivas que podem ser de curta duração e intensas (no máximo 5 segundos), emoções apropriadas, sendo intensas e com uma duração de 4 a 5 segundos e as emoções de fundo que são duradouras e de intensidade reduzida. Contudo também é frequente a presença de obsessões e paixões, que se definem como emoções intensas, que tem força, no qual, podem ter uma durabilidade longa (Mordka & Sklodowska, 2016).

As emoções, de modo mais amplo, limitam os aspetos comportamentais, quer negativos, quer positivos ou voluntários e involuntários, e podem corresponder significativamente a diferentes manifestações, tais como, a afetividade, a inteligência emocional e interpessoal, a personalidade, a cognição, entre outros, do qual, a relevância no processo de aprendizagem e nas interações a nível social é fundamental (Fonseca, 2016).

No momento em que o indivíduo se encontra perante uma emoção, surgem três aspetos. O primeiro está relacionado com o facto de o corpo originar uma oscilação emocional, posteriormente, começa a surgir a emoção e diversos pensamentos e impressões físicas que a compõem e, por último, escolhemos deixar a emoção cessar, o que durará alguns minutos. Esta última fase designa-se pelo processamento, no qual, assim que esteja concluído, progride-se com êxito através da experiência emotiva, o que não deve acarretar quaisquer consequências. Porém, se alguma fase for suspensa, a experiência emocional fica inacabada (Nelson, 2020).

A mesma emoção pode causar um impacto diferente num conjunto de pessoas ou apresentar consequências distintas para o mesmo indivíduo, dependendo do contexto onde a emoção é absorvida (Matsimbe *et al.*, 2018).

Perante as necessidades, importâncias e objetivos dos indivíduos, as emoções proporcionam informações relevantes para idealizar e conceber ações para concretizarem os seus objetivos. Ao longo do seu progresso, os seres humanos, no seu percurso apresentam atitudes e pensamentos que são conduzidos pelas emoções (Fonseca, 2016).

Conforme a visão clássica, as faces são a base para analisar com exatidão e concretamente as emoções. Todos os seres humanos, no mundo, demonstram e identificam emoções através de expressões faciais. Cada emoção é apresentada na face como um modelo específico de movimentos, isto é, a “expressão facial” (Barrett, 2017).

Tomkins, Izard e Ekman (1960, citado por Barrett, 2017) elaboraram diversas fotografias onde revelavam seis emoções básicas, sendo elas, a alegria, raiva, admiração, receio, tristeza e repulsa. Essas fotografias demonstravam para cada emoção, uma expressão facial, no qual, estes autores assumem que a identificação das emoções é universal. Contudo, outros autores receavam que este procedimento fosse demasiado subjetivo devido a abranger a apreciação humana.

2.1.1. Funções das emoções

As emoções contêm uma função essencial quanto à otimização da subsistência, quer a nível psicológico, quer a nível físico. Neste sentido, as emoções apresentam como objetivo a subsistência, porém, também a qualidade da mesma, isto é, a nível psicológico, as emoções representam uma função fulcral para a promoção de bem-estar mental (Vasco, 2013).

As emoções representam diversas funções essenciais, nomeadamente, um papel orientador em vários níveis, quer em aspetos psicológicos, físicos e interpessoais, isto é, conceder importância à experiência; um papel de comunicação com o próprio indivíduo e com os que o rodeiam; um papel prudente, por exemplo, quando o indivíduo não se permite sentir o medo, este acaba por entrar num estado de pânico e, por último, o papel de sinalização e de organização para a ação que, de certo modo, engloba todas as funções anteriores (Vasco, 2013).

2.1.2. Tipos de Emoções

Os indivíduos experienciam diversas emoções, tanto positivas como negativas, que emergem em resposta a interpretações mentais originadas a nível interno ou através de sinais externos. Diversas vezes, pode-se considerar que é adaptável regular essas emoções em determinados ambientes, ou seja, empregar estratégias para ampliar ou reduzir os resultados positivos ou negativos (Strauss *et al.*, 2016).

As emoções positivas referem-se a emoções que proporcionam uma experiência aprazível, assim como, a satisfação, o bem-estar e o amor (Martins & Melo, 2016). Experienciar emoções positivas apresenta diversos resultados benéficos, tanto a nível de saúde física como de saúde mental (psicológica). Estas emoções apresentam diversas consequências saudáveis e favoráveis, tais como, uma maior longevidade, aumento da qualidade do sono, diminuição de episódios de AVC e menores níveis de cortisol. Estas condições demonstram um grande impacto favorável, em diversas áreas da saúde, nomeadamente, um bom funcionamento cardiovascular, a redução da gravidade de uma doença e dos casos de mortalidade (Silton *et al.*, 2020).

As emoções negativas caracterizam-se por emoções que proporcionam uma experiência emocional desagradável, assim como, a melancolia, ira e a ansiedade (Martins & Melo, 2016). Os indivíduos, normalmente, experienciam emoções negativas, contudo, vivem essas experiências de formas díspares. Existem indivíduos que podem avaliar essas emoções como inadmissíveis ou péssimas, onde tentam questionar essas experiências e empenham-se em modifica-las ou, pelo contrário, existem indivíduos que conseguem consentir essas emoções e identificam-nos como um acontecimento natural (Ford *et al.*, 2018).

Segundo o autor Vasco (2013) as emoções caracterizam-se como emoções agradáveis ou desagradáveis e adaptativas ou não adaptativas. Visto que, pode haver experiências emocionais que se designem por emoções agradáveis e não adaptativas como, por exemplo, a satisfação relacionada com o consumo e experiências emocionais descritas como desagradáveis, porém adaptativas como, por exemplo, o sentimento de tristeza relacionado com uma perda importante.

Existem quatro modelos de emoções, conforme Vasco (2013), nomeadamente, as emoções adaptativas primárias que estão relacionadas, por exemplo, com a felicidade face a ocorrências pretendidas, a tristeza perante uma perda, entre outros. Este modelo é adaptativo

devido aos indivíduos se encontrarem em contacto com as situações e estimularem propósitos de ação motivacional, do ponto de vista da subsistência e do bem-estar psicológico. Outro modelo das emoções diz respeito às emoções aprendidas e desadaptativas, no qual, este género de emoções advém, fundamentalmente, de aprendizagens nos métodos de socialização inseguros, onde a manifestação ocorrente das necessidades da criança é confrontada com respostas inadequadas dos seus cuidadores. As emoções secundárias caracterizam-se por se sobreporem às emoções adaptativas primárias, ou seja, estas emoções demonstram um carácter muito defensivo, no que diz respeito a normas interditas ou circunstâncias desastrosas associadas à prática das emoções adaptativas primárias. Por fim, as emoções instrumentais encontram-se relacionadas com as condutas emocionais, no qual, a finalidade é persuadir os indivíduos.

Contrariamente ao que foi referido anteriormente, desenvolveu-se uma teoria que distingue as emoções primárias das emoções secundárias, no qual, as emoções primárias dizem respeito à felicidade, ira, melancolia, receio e repulsa, enquanto as emoções secundárias estão relacionadas com o amor, vergonha, surpresa, desprezo, gratidão, inveja e culpa (Joaquim, 2020).

As emoções primárias são definidas como processos neurofisiológicos exclusivos e pré-codificados, caracterizados geneticamente e que progrediram como uma explicação adaptativa a impulsos ambientais considerados importantes. Estas emoções são consideradas universais porque não resultam de uma cultura ou de valores sociais. Pelo contrário, existem as emoções secundárias, no qual, são moldadas pela cultura onde estão inseridas, isto é, não são consideradas emoções inatas, todavia necessitam de um certo desenvolvimento cognitivo e de uma experiência de conexões com outros indivíduos. As emoções primárias necessitam sempre de um estímulo externo, enquanto, as emoções secundárias podem suceder sem o mesmo (Cotrufo & Bares. 2018).

As emoções primárias podem dispersar-se a partir do momento que cumprem o seu objetivo de adaptação ao meio e manifestações perante uma ocorrência concreta, pelo contrário, as emoções secundárias podem manter-se durante muito tempo ou até anos (Cotrufo & Bares, 2018).

Diversos estudos têm vindo a confirmar que as emoções secundárias também revelam expressões faciais e condutas expressivas específicas, no qual, podem ser analisadas de modo

concreto e claro. Por exemplo, a emoção orgulho revela uma expressão não-verbal diferenciada que consegue ser identificada, tanto pelos adultos como pelas crianças (Joaquim, 2020).

2.2. Regulação Emocional

Os métodos empregues para orientar as emoções são, conjuntamente, designados de regulação emocional (Opitz *et al.*, 2015). A diferenciação entre as emoções e a regulação emocional é praticável, isto é, uma emoção emerge no momento em que o indivíduo compreende um determinado acontecimento como significativo para um certo propósito, por exemplo, o indivíduo sentir ira quando outros indivíduos deitam lixo no chão. A regulação emocional advém quando uma atitude emocional se encontra exposta à avaliação, como positiva ou negativa, e quando essa avaliação conduz ao accionamento de um objetivo, de modo a modificar esse percurso de resposta emocional (Gross, 2014). Referindo o exemplo precedente, o indivíduo encontra-se incomodado com o facto de os indivíduos poluírem o ambiente, censurando os seus filhos, porém, pode considerar a sua ira de forma negativa e ficar descontente com a sua atitude. Desta forma, existe uma boa regulação emocional se esse sentimento de descontentamento conduzir o indivíduo a moderar ou controlar a sua ira (Gross, 2014). Uma regulação eficiente das emoções é imprescindível para a saúde, quer mental quer física (Denny, 2020).

Segundo Gross (1998), a regulação emocional caracteriza-se por sistemas onde os sujeitos manipulam as emoções que têm, o momento em que as têm e a forma como experienciam e manifestam essas emoções. Nesta definição, o autor focou-se em cinco aspetos, no qual, o primeiro refere-se ao facto de os sujeitos desenvolverem, conservarem e reduzirem as emoções positivas e negativas; o segundo aspeto diz respeito ao percurso das emoções neurais que não evidenciam impor-se integralmente; o terceiro aspeto está relacionado com a designação de regulação emocional salientar a regulação em si próprio, visto existir diversas designações que abrangem esforços para persuadir e manipular as emoções de outros indivíduos; o quarto aspeto caracteriza-se pela distinção entre sistemas conscientes ou inconscientes; e por último, o quinto aspeto refere-se a não designar à priori a regulação emocional como favorável ou desfavorável.

A regulação emocional refere-se a comportamentos ou estratégias que podem ser consideradas conscientes ou inconscientes e que tem como objetivo incentivar ou impedir a expressão emocional (Gross & Thompson, 2007).

Esta define-se como um método de identificação de emoções e emprego de habilidades para modificar as emoções na proporção essencial para atingir o resultado pretendido (Harrington *et al.*, 2020).

De modo a elaborar uma analogia, a regulação emocional é idêntica a realizar uma viagem, isto é, existe uma emoção experimentada primeiramente (ponto de partida), uma apresentação emocional pretendida, distinta da emoção experimentada (um destino) e um estratagema de regulação emocional, conforme a ação aparente (sistema de viagem). Segundo uma viagem, a reflexão conjunta do ponto de partida e destinos emocionais conduzem à base essencial de que quer a distância, quer o percurso são fundamentais para compreender, totalmente, a natureza de uma certa viagem. Isto quer dizer, que algumas viagens da regulação emocional são longínquas, relativamente a outras, devido a abranger trajetos entre estados emocionais muito diversos (Scott *et al.*, 2020).

Os autores Gross & Thompson (2007) referem três aspetos que pertencem à regulação emocional, sendo eles, as pessoas conseguirem regular as suas próprias emoções; perceberem a ligação dos aspetos inconscientes na regulação emocional e, por último, não existirem maneiras de regulação emocional mais benéficas que outras.

Gross (2014) também definiu três particularidades essenciais de regulação emocional, nomeadamente, a finalidade da regulação emocional que se designa pelo que os indivíduos pretendem concretizar; o estratagema da regulação emocional que diz respeito a métodos próprios envolventes para alcançar essa finalidade e, por último, o resultado que está relacionado com os desfechos de tentar adquirir esse estratagema particular.

Este conceito contém três categorias essenciais que a diferenciam de outras concepções. A primeira categoria diz respeito ao indivíduo que se define como regulador e tem como finalidade manipular o percurso emocional de outro indivíduo. A regulação designa-se pelos esforços em alterar estados ou condutas mentais com o objetivo de atingir o resultado pretendido, surgindo, por meio do estabelecimento de objetivos, onde este determina o resultado ambicionado. A segunda categoria refere-se a um objetivo extrínseco de regulação emocional que pode ampliar ou reduzir as emoções positivas ou negativas. Todavia, o indivíduo definido como regulador pode dirigir de modo positivo as emoções negativas do outro indivíduo, assim como, dirigir de modo negativo as emoções positivas (por exemplo, diminuir o ânimo de alguém). Por fim, a terceira categoria está relacionada com o indivíduo, definido como regulador, ter de proceder de modo a persuadir o percurso da emoção do outro indivíduo

com suporte no propósito extrínseco da regulação emocional. O indivíduo, como regulador, deve colocar em prática uma ação concreta com apoio no propósito extrínseco, contudo, esta ação pode-se caracterizar como verbal ou não-verbal e pode alcançar o outro indivíduo de forma direta ou indireta, ou de modo preciso ou subentendido (Nozaki & Mikolajczak, 2020).

2.2.1. Tipos de Regulação Emocional

Existem, ainda, muitas dúvidas sobre a regulação emocional, nomeadamente se esta deve ser considerada como intrínseca ou extrínseca, em que consideram que os processos intrínsecos se focam mais em investigações com adultos, enquanto os processos extrínsecos estão mais relacionados com a investigação sobre o desenvolvimento (Gross & Thompson, 2007). A regulação emocional intrínseca sucede quando os indivíduos dirigem as suas próprias emoções (Tamir *et al.*, 2020), ao passo que, a regulação emocional extrínseca é caracterizada pela ação efetuada com o propósito de manipular o percurso emocional de outro indivíduo, no qual, pode pretender ampliar ou reduzir a emoção positiva ou negativa (Nozaki & Mikolajczak, 2020). Todos estes modelos de regulação emocional são conduzidos para finalidades emocionais (Tamir *et al.*, 2020).

Os autores Braunstein *et al.*, (2017) distinguem a regulação emocional implícita e explícita através de duas extensões psicológicas, sendo elas, a essência do propósito da regulação emocional, alternando entre o implícito e explícito, e a essência da modificação emocional, alternando entre o inconsciente e o consciente.

A primeira extensão caracteriza-se pelos objetivos implícitos e explícitos, no qual, a proporção do objetivo refere-se à natureza da finalidade da regulação emocional, contudo pode alterar de implícito para explícito. Importa ressaltar, que os objetivos são designados por interpretações mentais de prováveis estados internos que podem ser controlados e explícitos ou automáticos e implícitos. Os propósitos explícitos da regulação emocional estão relacionados com uma intenção consciente de modificar as emoções e, pelo contrário, os propósitos implícitos não estão relacionados uma intenção consciente em modificar a atitude emocional. Assim sendo, os propósitos implícitos e explícitos da regulação emocional conseguem ser concebidos de duas formas, tanto de modo interno como externo. Relativamente aos objetivos concebidos internamente, estes surgem de concepções, pensamentos ou interpretações mentais

de um sujeito, pelo contrário, os objetivos concebidos externamente, surgem do exterior do sujeito, abrangendo um incentivo ou outros sujeitos (Braunstein *et al.*, 2017).

A segunda extensão diz respeito à essência dos sistemas de transformação das emoções, podendo alternar-se entre o inconsciente e consciente. Um sistema de transformação das emoções mais inconsciente ou automático conduz a uma intervenção mais involuntária. Este processo abrange poucos sistemas conscientes e propende a inserir, progressivamente, modificações na atitude emocional, que podem advir no decorrer do tempo. Os sistemas inconscientes de transformação emocional abrangem a aprendizagem emocional, no qual, um organismo vivencia alterações no ambiente (Braunstein *et al.*, 2017).

Assim, originou-se quatro categorias de estratégias de regulação emocional, consideradas conforme as suas metas e sistemas, sendo eles, duas categorias que detêm a generalidade das formas de regulação, nomeadamente, a regulação emocional explícita consciente, que abrange objetivos explícitos que principiam a regulação sustentada por sistemas controlados e a regulação emocional implícita que abrange objetivos implícitos que principiam a regulação sustentada por sistemas automáticos. As restantes duas categorias emergem de acordos menos comuns, nomeadamente, a regulação emocional implícita consciente que abrange metas implícitas e está sujeita a sistemas de modificação mais controlados e a regulação emocional explícita inconsciente que abrange metas explícitas e sistemas de modificação mais automáticos (Braunstein *et al.*, 2017).

2.2.2. Estratégias de Regulação Emocional

Diversas abordagens teóricas sobre a regulação emocional proporcionam disposições organizacionais para analisar as distintas estratégias de regulação emocional (Young *et al.*, 2019).

A regulação emocional caracteriza-se pelos esforços em modificar uma resposta emocional, podendo ser adquirida através de uma diversidade de estratagemas de regulação emocional (Gross, 1998). Diversas habilidades são empregadas para moderar as emoções indesejadas, surgindo três que são, correntemente, utilizadas, sendo elas, a distração, a reavaliação cognitiva e a supressão manifesta. A distração refere-se a uma alteração de atenção, distanciando-se dos aspetos emocionais da circunstância ou afastando-se da ocorrência (Suria *et al.*, 2017); a reavaliação cognitiva designa-se pela compreensão de um episódio emocional,

cuja finalidade é modificar a emoção seguinte e, por último, a supressão manifesta que se define pelo impedimento da manifestação de uma emoção vivenciada (McRae *et al.*, 2017).

Contudo, existem diversas estratégias que prejudicam a durabilidade e a intensidade das emoções negativas, assim como, a deliberação de problemas, o consentimento e a ruminação (Young *et al.*, 2019).

Os autores Cludius *et al.*, (2020) apresentam três estratégias de regulação emocional, nomeadamente, a reavaliação cognitiva, a ruminação positiva (estratégias adaptativas) e a ruminação negativa (estratégias desadaptativas).

A reavaliação cognitiva é, definida por Gross (1998), como sendo um método onde uma ocorrência é reinterpretada para alterar o impacto emocional dessa mesma ocorrência. Esta técnica é determinada como uma estratégia adaptativa de regulação emocional, contudo, esta pode ser afetada de duas formas distintas: os sujeitos podem empregar a reavaliação cognitiva com reduzida constância ou sujeitos que empreguem a reavaliação cognitiva de modo menos eficiente na regulação emocional de emoções negativas.

A ruminação caracteriza-se por ser uma técnica de regulação emocional, no qual, é constantemente investigada e analisada e está associada à modificação cognitiva. A ruminação negativa refere-se a uma ponderação acerca de emoções negativas ou episódios negativos, enquanto a ruminação positiva abrange ideias regulares acerca de estados emocionais positivos, situações positivas e atributos positivos da vida do indivíduo (Cludius *et al.*, 2020).

2.3. Modelos de Gross

Gross (1998) construiu um modelo, sobre os processos de regulação emocional que tem como objetivo os indivíduos conseguirem regular as suas emoções. Este modelo apresenta cinco categorias, sendo elas, a seleção da situação, modificação da situação, direção da atenção, mudança cognitiva e modulação da resposta. A seleção da situação está relacionada com uma avaliação que o indivíduo faz previamente, devido a situações em que apresenta emoções mais ou menos agradáveis, onde o encaminha a evitar umas e a escolher outras; no que diz respeito à modificação da situação, esta define-se por uma alteração nas condições externas, de forma a que proporcione um impacto emocional que esteja em sintonia com os objetivos do indivíduo; a direção da atenção consiste na maneira como os indivíduos, perante uma situação, encaminham a sua atenção para atingirem as suas emoções; a mudança cognitiva está

relacionada com a maneira como os indivíduos modificam a sua importância emocional ou os seus pensamentos, por último, a modulação da resposta é caracterizada pela forma como influencia, diretamente, as repostas comportamentais, entre outras.

As situações onde determinadas emoções particulares são reguladas abrangem estratégias concentradas no precedente, que persuadem uma emoção antes de estar completamente concebida, e estratégias concentradas na resposta, que persuadem uma emoção depois de esta estar completamente desenvolvida. As estratégias que estão relacionadas com o precedente abrangem a seleção de situação (desviar momentos emocionais), a modificação de situação (resolução de dilemas), direção da atenção (falta de atenção) e a modificação cognitiva (reavaliação cognitiva), enquanto as estratégias relacionadas com a resposta abrangem a modulação da resposta (supressão afetiva) (Compas *et al.*, 2017).

Gross (2015), posteriormente, desenvolveu outro modelo mais abrangente, sendo, constituído por três estágios, apresentando as deliberações que demarcam se e como a regulação sucederá. O primeiro estágio está relacionado com o estágio de identificação, no qual, este se caracteriza por reconhecer emoções que necessitam de regulamentação. Nesta fase, o indivíduo identifica a emoção onde delimita se a importância agregada à emoção é considerada positiva ou negativa e, finalmente determina um objetivo para regular a emoção. O segundo estágio, a seleção, designa-se em selecionar uma estratégia para regular as emoções. Nesta etapa, o indivíduo constrói uma apreciação de valor acerca da melhor maneira de alcançar o objetivo de regular as emoções, ajustando uma das cinco categorias apresentadas pelo modelo original, nomeadamente, selecionar se se compromete ou precavê situações (seleção da situação), alterar situações (modificação da situação), conduzir interiormente a atenção nos momentos (direção da atenção), conferir um sentido aos momentos (mudança cognitiva) e modificar a atitude fisiológica e psicológica do indivíduo (modulação da resposta). Por fim, o indivíduo particulariza um objetivo para regular as emoções de modo elegido. O terceiro estágio diz respeito ao estágio de implementação que se define pelos esforços de autorizar a regulação de forma adequada ao momento, ou seja, o sujeito compreende o objetivo da regulação, elabora uma apreciação de valor, relativamente às estratégias que devem ser aplicadas e, por fim, confirma a cognição/conduita.

Terminando estes estágios, os sujeitos supervisionam o seu sistema de regulação emocional. A supervisão, provavelmente, torna-se mais relevante depois do último estágio, o estágio de implementação, no qual, os sujeitos apreciam o resultado da sua regulação e

deliberam se preferem preservar, modificar ou suspender os seus esforços. A supervisão advém ao longo de todo o seguimento da regulação emocional, visto que, os sujeitos acompanham o desenvolvimento dos seus esforços e deliberam se devem realizar rectificações no percurso (Ford & Gross, 2019).

2.4. Regulação Emocional na Adolescência

Os autores Lennarz *et al.*, (2019) afirmam que o êxito da regulação emocional é uma fase fulcral do funcionamento a nível psicossocial e da saúde mental e admitem que se aperfeiçoa durante a adolescência. Também vincular as habilidades de regulação emocional no quotidiano é uma forma crítica de compreender a regulação e a vida afetiva dos adolescentes.

Os processos da evolução a nível biológico, cognitivo, emocional e social na fase da infância e puberdade apresentam comprometimentos no progresso de competências de regulação emocional (Compas *et al.*, 2017).

A fase de transição da infância para a adolescência é determinada pelas relações sociais, que se tornam mais complexas, e pelas expectativas e desafios que são colocados. A regulação emocional apropriada pode ser fundamental para dosear essa mudança com êxito (Perry *et al.*, 2020).

Na fase da infância, as crianças ao compreenderem melhor as suas emoções, possibilita que os progenitores transitem de um controlo imediato das respostas emocionais das crianças para uma forma de treinar as mesmas na evolução de estratégias de regulação emocional. As crianças principiam a empregar estratégias de natureza cognitiva, assim como, estratégias de relaxamento, de modo a diminuir a agitação fisiológica (Compas *et al.*, 2017).

A adolescência é uma fase delicada para a reestruturação dos processos reguladores, no qual, se encontra uma maior facilidade em afetar as estratégias de regulação emocional. A reatividade emocional, simultaneamente, com o crescimento da emoção negativa, tornam o começo da adolescência uma fase crítica da evolução emocional e, por consequência, regular as emoções é uma competência fundamental para o progresso dos adolescentes (Toney, 2019).

A adolescência caracteriza-se por ser uma fase de perigo para o surgimento de diversas perturbações, visto que, se encontram relacionadas com a regulação emocional, tanto positiva como negativa. Graças à maior autonomia e independência dos adolescentes,

comparativamente, às crianças, estes apresentam uma maior necessidade em regular as suas próprias emoções. Caso, estes não apresentem esta necessidade, podem desencadear doenças do foro mental (Young *et al.*, 2019).

Os adolescentes têm uma emoção muito imprevisível e desproporcional, no qual, alguns demonstram emoções instáveis, no sentido de mudarem de humor rapidamente e outros apresentam períodos longos de mau humor e pensamentos positivos ou negativos durante dias (Heller & Casey, 2016).

Na adolescência, as interações entre os pares adquirem relevância e auxiliam como base de apoio, para lá das aprendizagens complementares acerca de experiências emocionais, padrões para os estratagemas de regulação emocional. Nesta fase, existe um crescimento na aptidão para refletir sobre as próprias emoções, assim como, nas emoções dos outros. Ademais, a evolução de competências da função executiva possibilita que os adolescentes incorporem estratagemas suplementares da regulação emocional e sejam igualmente controlados na manifestação das emoções (Compas *et al.*, 2017).

Os adolescentes que apresentem uma diminuída regulação emocional têm maiores dificuldades a nível académico, o que pode desencadear uma certa ansiedade, medo e frustração. Desta forma, as aptidões que manifestam para regular as emoções de modo adequado possibilitam que os adolescentes prossigam a tarefa e que foquem a atenção na aprendizagem, o que promove um melhor desempenho académico (Perry *et al.*, 2020).

2.5. Regulação emocional em relação ao sono

É do senso comum que dormir bem, durante a noite, melhora as emoções e o bem-estar da pessoa, assim como, tendo uma noite difícil provoca o aumento de emoções negativas e uma maior tensão (Sandru & Voinescu, 2014).

Uma regulação emocional adequada deve proporcionar um maior bem-estar, contudo, é diversas vezes afetado nos indivíduos que apresentem insónias ou perturbações do sono (Vantieghem *et al.*, 2016).

Um sono adequado permite ao indivíduo melhorar as suas emoções positivas, enquanto um sono desajustado favorece o aumento de emoções negativas, que acarreta como consequências uma maior irritabilidade (Sandru & Voinescu, 2014). Ainda que, as emoções

prejudiquem o sono, existem estudos que afirmam que o sono apresenta um papel essencial para a regulação emocional. Durante o período de vigília, o surgimento de episódios emocionais prejudicam, severamente, o sono, assim como a quantidade e qualidade do mesmo, visto que persuadem a forma como se reage perante esses episódios, prejudicando o bem-estar do indivíduo (Vandekerckhove & Wang, 2018).

Nos adolescentes, a privação do sono pode conduzir a diversas alterações na regulação emocional, sendo elas, a redução do controlo emocional, o que pode resultar em condutas de elevado risco. A dificuldade que os indivíduos têm em controlar as suas emoções pode desencadear o aparecimento de níveis de agressividade, uso de substâncias ilícitas, entre outras (Dahl, 1999).

Os indivíduos, diversas vezes, não conseguem dominar as condições de stress que surgem na vida, todavia, podem escolher formas de regulação emocional mais eficazes e, desta forma, dominar os influxos desfavoráveis no funcionamento do sono. Desse modo, os indivíduos são competentes para evitar um “ciclo vicioso”, através do qual, a carência de sono responsabiliza a regulação emocional e advém um crescimento da emoção negativa, que prejudica o sono, conduzindo a danos suplementares no bem-estar emocional. A carência de sono reduz a aptidão para regular as emoções (Vandekerckhove & Wang, 2018).

A inaptidão de adquirir um sono satisfatório pode desencadear resultados emocionais consideráveis e pôr os sujeitos em perigo de diversas perturbações psiquiátricas. As investigações realizadas até esta altura verificaram que o sono apresenta um grande impacto relativamente ao funcionamento emocional, abrangendo défices na regulação emocional por intermédio de sistemas neurobiológicos, cognitivos e comportamentais. No que diz respeito aos sistemas neurobiológicos e comportamentais, o sono evidencia causar impacto na regulação emocional recorrendo a diversos instrumentos, nomeadamente a seleção da situação, a modificação da situação, direção da atenção, modificação cognitiva e a modulação de resposta (Palmer & Alfano, 2017).

No período da adolescência, nas estratégias de regulação emocional, o sono pode ser, particularmente, crítico devido a estar associado ao progresso do cérebro, visto que, o sono auxilia na evolução das zonas neurais responsáveis pela regulação emocional (Toney, 2019).

Apesar da relevância da relação entre a regulação emocional e o sono na fase da adolescência, as investigações realizadas neste âmbito ainda são limitadas, ainda que, determinados estudos preambulares tenham emergido (Toney, 2019).

Capítulo 3 – Ansiedade

3.1. Ansiedade

A palavra ansiedade surgiu do latim “anxietas” que era empregue para fazer alusão a um estado afetivo de desassossego e inquietação. Deste modo, é possível compreender a ansiedade como uma experiência emocional determinada por um sentimento de receio difuso e inespecífico provocado por um possível perigo (Tafet, 2019). O indivíduo não se encontra perante um perigo verídico, contudo, prevê a eventualidade de esse risco suceder (Silva, 2019).

Todos os indivíduos, em algum momento das suas vidas, experienciam sentimentos de ansiedade. A ansiedade apresenta uma panóplia de experiências, sendo, muitas delas consideradas normais e são experienciadas por todos os indivíduos, contudo esta ansiedade pode tornar-se preocupante e prejudicial quando excede determinados limites. Desta forma, existem diversos níveis de ansiedade, nomeadamente a ansiedade funcional e adaptativa e a ansiedade disfuncional e desadaptativa. A ansiedade funcional caracteriza-se por uma inquietação e cuidado que auxilia os indivíduos a confrontarem-se com acontecimentos que sejam mais difíceis de gerir, pelo contrário a ansiedade disfuncional está relacionada com inquietações e receios exagerados que o indivíduo considera reais (Drăghici, 2013). Segundo os autores Mkrtchian *et al.*, (2017), a ansiedade adaptativa detém mecanismos implícitos que podem constituir a base para o desenvolvimento de uma ansiedade disfuncional e patológica.

Para examinar a ansiedade é necessário considerar diversos aspetos em pormenor. É importante salientar que a emoção predominante é o receio, mesmo que não seja possível reconhecer, rigorosamente, a quê; refere-se a uma emoção que se gera de modo adiantado, isto é, é possível sentir essa emoção, relativamente a uma experiência atual ou futura e é exequível experimentar a ansiedade perante uma ocorrência imediata, com constância inesperada, conforme o qual não existe um sentimento de domínio (Tafet, 2019).

As perturbações de ansiedade são consideradas uma das doenças psiquiátricas mais comuns e a ansiedade apresenta-se como um indício omnipresente nos diversos estados psiquiátricos (Kalin, 2020). Contudo, a ansiedade também pode apresentar uma atitude adaptativa ao stress, incentivando os sujeitos a incluírem condutas de precaução de ameaças (Charpentier *et al.*, 2016).

As perturbações de ansiedade, normalmente, iniciam na fase da infância, originando um sofrimento e inaptidão consideráveis e encontram-se associados a um seguimento crónico (Kalin, 2020) e uma prevalência no decorrer do tempo de 28% (Duval *et al.*, 2015).

A ansiedade, segundo os autores Draghi *et al.*, (2020), designa-se como uma “emoção caracterizada por sentimentos de tensão, preocupação e mudanças físicas, como o aumento da pressão arterial”.

Esta patologia caracteriza-se por um estado de grande precaução e aptidão de resposta que advêm de uma diversidade de condutas protetoras calculáveis. Essas condutas auxiliam na antecipação ou diminuição de lesões no organismo perante acontecimentos imprevisíveis e potencialmente arriscados e, por isso, a ansiedade é considerada um instrumento fisiológico adaptativo fundamental para a sobrevivência (Babaev *et al.*, 2018).

A ansiedade é determinada por dois fatores, sendo eles a ansiedade cognitiva e a ansiedade somática. A ansiedade cognitiva define-se por uma preocupação exagerada de pessimismo e apreensão, enquanto a ansiedade somática caracteriza-se por modificações temporárias na ativação fisiológica, de maneira que aumenta a pressão arterial, a frequência cardíaca, mudanças respiratórias, tensão muscular, entre outros. Esta ansiedade somática divide-se em traço de ansiedade que pode exteriorizar-se em diversos momentos, fazendo parte da personalidade, e também pode ser considerada um estado de ansiedade que se define por alterações cognitivas e somáticas que se apresentam devido a um ambiente ansiógeno, suscitado por circunstâncias específicas (Alejo *et al.*, 2020).

Assim, como outras práticas emocionais, a ansiedade é seguida de sensações corporais, consequência do accionamento do sistema nervoso autónomo, especialmente, do sistema simpático, visto ser, o primeiro a revelar-se em momentos de stress (Tafet, 2019). As manifestações de ansiedade apresentam, definitivamente, um carácter pessoal, ou seja, as expressões primárias abrangem a face vermelha ou, excessivamente pálida, alterações na voz e na atitude, assim como, melancolia, mau humor, sentimentos negativos, entre outros (Pacesova *et al.*, 2018).

Relativamente aos sintomas mais frequentes da ansiedade, salienta-se o crescimento do ritmo cardíaco (taquicardia), no qual, é possível compreender sob o modo de palpitações; o crescimento da constância respiratória (taquipneia), visto que, proporciona uma sensação de falta de ar (dispneia suspirosa). Os estados de ansiedade, habitualmente, concebem uma

transpiração abundante, no qual é possível sentir em todo o corpo, contudo pode ser mais visível nas mãos. Esta perturbação também concebe, normalmente, modificações no sistema digestivo que podem ser entendidas como dores abdominais e náuseas. Para além destes sintomas, a ansiedade também origina dores em várias partes do corpo, sendo as mais habituais, as que sucedem na parte superior das costas e pescoço (Tafet, 2019).

O autor Moxnes (2018) classifica a ansiedade como quente e fria, no qual a ansiedade quente caracteriza-se pelo indivíduo estar ansioso e confiante ao mesmo tempo, contudo consegue controlar essa ansiedade, pelo contrário, na ansiedade fria, o indivíduo fica nervoso com novos desafios ou modificações e sente pressão quando se encontra em diferentes contextos. Resumindo, a ansiedade quente incita à ação, à resiliência, enquanto a ansiedade fria deixa o indivíduo paralisado.

Todos os indivíduos podem experienciar a ansiedade em diversas ocorrências, visto ser, uma resposta normal a um perigo estranho, inesperado ou incontrolável (Tafet, 2019).

Diversas investigações revelam que a tendência para desenvolver perturbações de ansiedade, através da genética é, sensivelmente, 30 a 250% e, da mesma forma que sucede em outras doenças psiquiátricas, a genética abrange abundantes genes, no qual, individualmente colaboram com reduzidas quantias para o perigo genético global (Kalin, 2020). A perturbação de ansiedade pode ser conduzida de pais para filhos. Um dos estilos parentais que mais se destaca é o excesso de controlo no comportamento dos filhos, no qual, dificultam a sua autonomia e podem desencadear a ansiedade e inibição. Contudo, a ansiedade nas crianças também pode provocar um controlo exagerado por parte dos pais, para que os filhos sofram menos (Telman *et al.*, 2018).

As condições não hereditárias que cooperam para o risco de perturbações de ansiedade, no qual, não são característicos da ansiedade, abrangem experiências prematuras, nomeadamente, o estilo parental e as contrariedades na infância, que podem envolver exibição do stress e violência (Kalin, 2020).

A desregulação da ansiedade causada por fatores genéticos conduz a perturbações de ansiedade patológicas, sendo estas consideradas doenças neuropsiquiátricas mais frequentes, apresentando uma prevalência de 28% nos adultos (Babaev *et al.*, 2018).

As respostas, relativamente, às intervenções psicológicas e farmacológicas apresentam resultados abaixo dos 50%, visto que, a generalidade dos indivíduos não corresponde à primeira

intervenção (Robinson *et al.*, 2019). Quando estas perturbações não usufruem de tratamento, os indícios de ansiedade permanecem e encontram-se relacionados com lacunas consideráveis no funcionamento e reduzida qualidade de vida (Duval *et al.*, 2015).

3.1.1. Distinção entre Ansiedade e Receio

A ansiedade e o receio caracterizam-se por serem reações adaptativas e protetoras de perigos entre os seres humanos. Todavia, a ansiedade ou o receio em demasia podem intrometer-se na qualidade de vida dos indivíduos (Robinson *et al.*, 2019).

Inicialmente é importante compreender que o receio, considerado um sentimento muito frequente no dia-a-dia, caracteriza-se por uma resposta direta a um determinado perigo verídico ou entendido, posto que, existe uma excitabilidade ampliada, que tem como objetivo auxiliar numa ocorrência de perigo (Carvalho *et al.*, 2018). O receio é uma reação essencial e adaptativa para a sobrevivência, todavia pode progredir para uma patologia debilitante se não for possível reduzir a inexistência do perigo. A atitude excessiva de receio designa-se por uma particularidade relevante das perturbações de ansiedade (Maeng & Milad, 2016).

O receio caracteriza-se por um aviso de cautela idêntico da ansiedade, contudo, deve ser distinguido. O receio refere-se a uma resposta a um perigo externo identificado, enquanto a ansiedade caracteriza-se por uma resposta a um perigo interno estranho (Sadock *et al.*, 2017).

Ainda que, a ansiedade e o receio apresentem muitos dos mesmos indícios fisiológicos e subjetivos, estes conseguem ser distinguidos com suporte em traços comportamentais demarcados pela convicção, no qual, podem ser separados na eventualidade, exatidão temporal e exatidão espacial do perigo. Desta forma, a ansiedade caracteriza-se por um perigo mais difundido e duvidoso. A ansiedade refere-se a um estado persistente de detenção de potenciais perigos futuros, seguido de sentimentos negativos, inquietação, atenção acrescida e indícios involuntários. Em relação ao receio, este caracteriza-se por uma ameaça imediata, evidente e movimenta o organismo para uma atitude contígua. O receio, mais que tudo, define-se como uma resposta comportamental veloz que conduz ao evitamento dinâmico ou a diferentes respostas inconscientes (Robinson *et al.*, 2019).

3.1.2. Ansiedade Adaptativa e Ansiedade Não-Adaptativa

A ansiedade pode suceder em diversos momentos e, em alguns casos, apresenta-se como suave e some-se em pouco tempo, porém, por sua vez, pode apresentar uma longa duração e ser bastante grave, no qual, pode desencadear disfunções a nível mental e corporal (Xi, 2020).

Diversas doutrinas dominantes da ansiedade não-adaptativa sugerem que esta surge devido a um desajuste da ansiedade adaptativa. De modo, a entender como esse desajuste surge na ansiedade não-adaptativa, é essencial, inicialmente, compreender as particularidades cognitivas relacionadas com a ansiedade adaptativa, ou seja, o grau de ansiedade pode alterar internamente ou entre os sujeitos, contudo não provêm na evolução de indícios relacionados com a perturbação de ansiedade (Charpentier *et al.*, 2016).

A ansiedade pode caracterizar-se como adaptativa, visto que funciona para indicar perigos ou potenciais ameaças no contexto e simplifica os estratagemas de enfrentamento que a auxiliam (Kalin, 2020). A mesma é considerada uma condição adaptativa que conduz a condutas de enfrentamento de potenciais ameaças, porém, se a ansiedade apresentar-se, de modo, exagerada e injustificada pode ser considerada disfuncional, proporcionando uma maior facilidade em evoluir para uma perturbação de ansiedade (Saviola *et al.*, 2020).

Neste enquadramento da perturbação de ansiedade, existe uma grande diversidade de respostas ao receio e à ansiedade, onde é possível salientar as condutas de fuga, ampliação da atenção, tensão muscular, entre outros. Estas respostas são consideradas patológicas ou não-adaptativas, a partir do momento, em que começam a aumentar, por tempo continuado e afetam a qualidade de vida do sujeito, intrometendo-se a nível familiar e social. Determinadas respostas conseguem abrandar o grau de ansiedade, nomeadamente, as condutas de fuga ou podem afetar em demasia a perturbação, assim como sucede no ataque de pânico, ou seja, tudo está sujeito à forma como o indivíduo atua perante uma conduta ansiosa, sendo em nível mais ou menos elevado (Carvalho *et al.*, 2018).

Independentemente, de os sujeitos apresentarem todos os sintomas para um diagnóstico, a ansiedade considerada não-adaptativa ou patológica refere-se a uma ansiedade que é exageradamente forte ou sucede em ocorrências ou ambientes que, de outro modo, não era expectável que desencadeasse a ansiedade. Os critérios da ansiedade patológica estão relacionados com uma inquietação em demasia, agitação fisiológica e condutas de evitamento (Kalin, 2020).

A ansiedade não-adaptativa ou patológica pode ser reconhecida, de modo fiável na infância, contudo existe um ensejo para fomentar novas intervenções no princípio da vida com a finalidade de atenuar os efeitos na evolução e no decorrer da vida, no qual, advém as perturbações de ansiedade (Kalin, 2020).

Relativamente à natureza dimensional é fundamental ressaltar que apesar das perturbações de ansiedade serem excessivamente dominantes, existem diversos sujeitos que combatem contra a ansiedade não-adaptativa (patológica), visto que não completam todas as características da perturbação (Kalin, 2020).

3.1.3. Ansiedade-estado e Ansiedade-traço

A ansiedade refere-se a uma resposta orgânica, determinada pela preocupação e pela ampliação da vigilância em ocorrências de ameaças duvidosas ou de potenciais perigos para a integridade do organismo. Todavia, surgem duas conceções complementares de ansiedade, sendo elas, a ansiedade-estado, que está relacionada com um estado psicofisiológico e a ansiedade-traço que está associada à personalidade (Leal *et al.*, 2017), no qual, apresentam consequências, quer para o bem-estar mental, quer físico dos indivíduos (Tian *et al.*, 2016).

A ansiedade-estado incide sobre as reações momentâneas fisiológicas e psicológicas que encontram-se associadas aos acontecimentos contrários numa certa ocasião (Leal *et al.*, 2017). No entanto, esta também caracteriza-se por ser uma condição emocional forte transitória relacionada com um crescimento provisório da funcionalidade do sistema nervoso simpático, contudo não apresenta estados patológicos particulares (Saviola *et al.*, 2020).

Pelo contrário, a ansiedade-traço diz respeito a um traço de personalidade, relatando as diferenças individuais associadas a uma propensão para exibir a ansiedade-estado (Leal *et al.*, 2017). Esta ansiedade caracteriza-se pela propensão sólida de experienciar e mencionar emoções negativas, nomeadamente, receios, inquietações e ansiedade em diversas circunstâncias (Gidron, 2013). Também considera-se sólida no decorrer do tempo e caracteriza-se por uma particularidade relevante de indivíduos com a perturbação de ansiedade devido a exibirem uma maior ansiedade-traço do que indivíduos saudáveis (Leal *et al.*, 2017).

3.2. Perturbações de Ansiedade

A perturbação de ansiedade é constituída por onze categorias, sendo elas, a perturbação de ansiedade de separação; mutismo seletivo; fobia específica; perturbação de ansiedade social (fobia social); perturbação de pânico; agorafobia; perturbação de ansiedade generalizada; perturbação de ansiedade induzida por substâncias/medicamentos; perturbação de ansiedade devido a outra condição médica; outra perturbação de ansiedade específica e a perturbação de ansiedade não específica (APA, 2014).

3.2.1. Ansiedade de Separação

A perturbação de ansiedade de separação é considerada uma das patologias mentais mais frequentes, principalmente em crianças e adolescentes, e pode prejudicar, gravemente, o seu desenvolvimento, a aprendizagem e o seu quotidiano. Presentemente, a perturbação de ansiedade de separação inicia por volta dos 8 anos e pode permanecer até à idade adulta (Hu *et al.*, 2020).

O significado da perturbação de ansiedade de separação tem vindo a desenvolver algumas modificações no DSM-5, sendo a mais relevante, a possibilidade de conceder um diagnóstico a indivíduos com mais de 18 anos (Hu *et al.*, 2020).

A ansiedade de separação caracteriza-se pelo indivíduo demonstrar uma grande inquietação e ansiedade com o afastamento de sujeitos, com o qual, apresenta uma grande ligação emocional, consideradas as suas figuras de referência. Esta perturbação também desencadeia um mal-estar e inquietações que acarretam como consequências um receio permanente de perder esses sujeitos (Basyouni, 2018).

Esta perturbação de ansiedade pode surgir de forma hereditária ou de forma social, visto que as crianças e adolescentes podem apresentar uma tendência ansiosa que está inata, podem ser influenciadas pelos seus cuidadores que detêm ansiedade ou desencadeiam ansiedade ou patentear uma interação entre a genética e o meio envolvente (Milrod *et al.*, 2014).

Nas crianças, esta perturbação pode apresentar-se de diversos modos, especificamente, o receio de perder um dos progenitores ou permanecer na escola. É possível ocorrer que, apesar de a criança conseguir afastar-se dos seus progenitores e perceber essa ausência, encontrar-se

numa ruminação permanente sobre as ameaças que podem suceder, tanto para a própria como para os seus familiares (Silva, 2019).

A ansiedade de separação em crianças que se encontrem na faixa etária dos 3 anos pode indicar um sinal normativo de interações saudáveis, contudo se esta se manifestar recorrentemente, afeta, negativamente o bem-estar, a autonomia e dificulta o trabalho de desenvolvimento que é normativo nestas idades como, por exemplo, ir à escola ou dormir sozinho (Milrod *et al.*, 2014).

A particularidade que determina a perturbação de ansiedade de separação em adultos diz respeito a um receio exagerado do afastamento de indivíduos com quem se tem algum vínculo. A aflição pode suceder quando os sujeitos são afastados ou prevêm esse afastamento das pessoas consideradas importantes para si (Posavac & Posavac, 2020).

A perturbação de ansiedade de separação proporciona complicações, tanto para os indivíduos que sofrem desta patologia como para os seus familiares, nomeadamente, uma inquietação imprópria, dificuldades com o sono, stress em contextos sociais e uma diversidade de indícios físicos que diminuem a qualidade de vida (Hu *et al.*, 2020). As crianças são caracterizadas, pelos seus progenitores, como sendo a sua sombra, visto que, os perseguem para todos os lados ou encontram-se, frequentemente, a serem chamados, de forma a assegurarem que se encontram por perto (Silva, 2019).

Quando os indivíduos sabem que vão estar separados das suas figuras de referência, estes apresentam como sinais relevantes, indícios emocionais (receio), indícios físicos (dores de cabeça) e dificuldades de funcionamento social (dificuldades de aprendizagem) (Hu *et al.*, 2020).

As crianças que sofrem desta perturbação apresentam uma maior probabilidade em desenvolverem indícios físicos, tais como, o choro, as palpitações ou dores de cabeça, visto que, estas presumem ou experienciam episódios de separação que podem conduzir a elevados níveis de ansiedade. Em situações radicais, as crianças podem autoagredirem-se ou ferirem quem tentar impor a separação (Silva, 2019).

Os sujeitos que demonstrem, pelo menos, três indícios de ansiedade de separação e se permanecerem, no mínimo, quatro semanas apresentam uma perturbação de ansiedade de separação (Hu *et al.*, 2020).

3.2.2. Mutismo Seletivo

Atualmente, o mutismo seletivo caracteriza-se por uma perturbação de ansiedade que, normalmente tem início na infância (Koskela *et al.*, 2020). Esta perturbação não é muito frequente, apresentando uma prevalência de 1% em crianças, sendo o sexo feminino mais comum e com um início previsto antes dos 5 anos (Oerbeck *et al.*, 2018), porém este estado pode não ser notado até a criança começar a frequentar a escola (Driessen *et al.*, 2020).

O mutismo seletivo refere-se a uma privação firme de comunicação em eventos sociais particulares, onde está presente uma expectativa de o indivíduo ter de comunicar, nomeadamente, na escola. Contudo, este pode dialogar noutras ocorrências, designadamente, em casa (Oerbeck *et al.*, 2018). Considera-se, desta forma que o mutismo seletivo não é considerado uma perturbação de desenvolvimento da linguagem (Driessen *et al.*, 2020).

Anteriormente, o mutismo seletivo era caracterizado como “afasia espontânea”, sendo um título que insinua que as crianças que sofrem dessa patologia seleccionam propositadamente não comunicar em determinadas circunstâncias ou com determinados indivíduos. Porém, posteriormente, a “afasia espontânea” foi alterada para “mutismo seletivo” devido a salientar que a privação da comunicação sucede quando as crianças encontram-se em ocasiões ou meios característicos (Muris *et al.*, 2016).

Esta dificuldade não resulta do domínio espontâneo do indivíduo, nem reduz de modo voluntário: é uma revelação de ansiedade intensa que o indivíduo sente em eventos sociais. Esta perturbação não é causada por nenhuma ocorrência traumática e a maior parte das crianças desenvolve esta patologia no começo da escola (Silva, 2019).

Foi possível reconhecer atributos que aparentam ser transversais a todos os indivíduos que sofram de mutismo seletivo, conduzindo a ponderar a suposição de um perfil de funcionamento típico. Estes indivíduos manifestam distorções e severidade no modo de raciocinar, transversais à globalidade dos ambientes, e não somente em situações, no qual, esta perturbação se expressa. As distorções e crenças apresentam-se mais persistentes quanto mais elevado for o Q.I. (quociente de inteligência) e a severidade. Quando um Q.I. alto coliga-se à severidade cognitiva, estes dois aspetos fortalecem-se, ampliando a verossimilhança de o quadro de mutismo seletivo se tornar perdurável (Silva, 2019).

A aplicação do conceito de mutismo seletivo só deve ser empregue se os indícios surgirem de modo permanente em acontecimentos particulares sociais com uma duração de, no mínimo, um mês (Koskela *et al.*, 2020).

Em lugar, das crianças interagirem por comunicação verbal, as que sofrem desta perturbação interagem através de outros recursos, nomeadamente, gestos, movimento da cabeça ou referem ligeiras afirmações monossilábicas (Mulligan *et al.*, 2015). A comunicação não-verbal também é um fator a considerar, principalmente se for eficiente. Este género de comunicação eficaz pode conservar o dilema, visto que suprime uma parte da necessidade de comunicar. Desta forma, no decorrer do processo terapêutico considera-se essencial proporcionar um ambiente que imponha comunicar, de modo a impedir que os estratagemas de comunicação opcional sejam fortalecidos sem a necessidade de modificação (Silva, 2019).

Diversas investigações revelam que as crianças que sofrem de mutismo seletivo e são seguidas durante uma longa etapa demonstraram que a perturbação apresenta uma duração de, pelo menos, 8 anos, onde o primeiro indício (a falta de comunicação em acontecimentos particulares), geralmente, extingue-se. Todavia, isto não indica, que as crianças não apresentem mais complicações, visto que, outras investigações manifestaram que as crianças que sofreram desta perturbação no passado, prosseguem com dificuldades na fala, apresentam um mau desempenho, tanto na escola como no trabalho e revelam uma maior probabilidade em adquirir outras patologias psiquiátricas no decorrer da sua evolução (Muris *et al.*, 2016).

3.2.3. Fobias Específicas

As perturbações fóbicas apresentam como particularidade fundamental, um receio salientado e constante de acontecimentos ou objetos. O indivíduo evita o incentivo que lhe provoca receio, o que, posteriormente irá desencadear lesões a nível psicológico e social (Carvalho *et al.*, 2018).

A fobia específica designa-se por um receio exagerado suscitado por um objeto ou ocorrência em particular (Duval *et al.*, 2015). Estas, normalmente iniciam no período da infância, contudo, a incidência alcança o foco em adultos (Weaton *et al.*, 2018), atingindo cerca de 1 em 10 indivíduos, apesar de evidenciar que sucede mais em famílias e, principalmente, no sexo feminino (Singh & Singh, 2016). Estas fobias são consideradas relevantes graças ao seu começo prematuro e uma intensa constância no decorrer do tempo (Weaton *et al.*, 2018).

Diversas investigações revelam que a prevalência das fobias no decorrer do tempo altera-se, mundialmente, entre 3 a 15%, sendo os objetos de fobias mais frequentes, a altura e os animais (Weaton *et al.*, 2018).

Conforme diversos estudos, existem condições genéticas (história familiar), contextuais (nível socioeconómico), personalidade (autoestima) e o modo de vida (uso de substâncias) que podem ser consideradas uma das variadas condições de perigo perceptíveis para a evolução das perturbações de ansiedade, especialmente da fobia específica (Coelho *et al.*, 2020).

Os autores Singh & Singh (2016) revelam que pode existir cinco géneros de fobias específicas, nomeadamente a fobia relacionada com os animais (por exemplo, cobras e aranhas); fobias sobre o ambiente (por exemplo, alturas e tempestades); fobias que dizem respeito ao sangue (por exemplo, receio de ver sangue); fobias sobre a situação (por exemplo, espaços fechados e receio de aviões) e, por último, fobias relacionadas com acontecimentos que podem provocar sufoco ou doenças.

Independentemente da fobia, esta pode ser acompanhada de receios exagerados e consistentes; evitamento do incentivo causador de ansiedade; ideias ou pensamentos perturbadores acerca da circunstância receada; atenção centrada em todos os aspetos duvidosos; indícios somáticos e a frequência de ataques de pânico (Silva, 2019).

Contrariamente, aos receios normativos ou específicos da idade, que são temporários, as fobias permanecem e podem ser tão veementes que, se desconsideradas, intrometem-se no quotidiano das crianças e da família. Visto que, tendem a agravar, é essencial que exista uma intervenção precoce (Silva, 2019).

Segundo os autores Singh & Singh (2016), as fobias podem iniciar através de três formas, pela experiência traumática, pela aprendizagem observacional e pela aprendizagem informativa. A experiência traumática, também designada por aprendizagem direta, está relacionada com um indivíduo que passou por um episódio traumático, por exemplo um acidente de carro e, a partir desse momento, o indivíduo apresenta uma grande apreensão (receio) em conduzir novamente. A aprendizagem observacional caracteriza-se por uma criança, no qual, o pai tem receio de alturas, então esta também desenvolve esse receio. Por último, a aprendizagem informativa refere-se a um indivíduo adquirir receio de andar de avião, após ter observado uma notícia acerca de um acidente aéreo.

Existem diversas intervenções eficientes para o tratamento de fobias específicas, cuja finalidade da intervenção é reduzir o receio, o evitamento do objeto ou acontecimento fóbico e diminuir o sofrimento (Singh & Singh, 2016).

3.2.4. Ansiedade social/Fobia social

A ansiedade social, em 1980, foi considerada pela American Psychiatric Association (APA) uma perturbação de ansiedade social (fobia social), divulgada na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM-III) das perturbações mentais (Hofmann & Otto, 2017).

Atualmente, a ansiedade social caracteriza-se por um receio vincado e constante, no qual o indivíduo depara-se com momentos sociais onde sente-se analisado por outros, quer sejam sujeitos conhecidos ou não. Este medo dirige para o evitamento dessas situações e intromete-se, claramente, com o seu quotidiano (Silva, 2019).

A perturbação de ansiedade social, também designada de fobia social, é considerada uma das patologias psiquiátricas mais frequentes (Vilaplana-Pérez *et al.*, 2020), sendo a quarta perturbação mais comum, apresentando uma prevalência de 12,1% (Bouchard *et al.*, 2017) e está relacionada com sérios resultados a nível psicológico, profissional e interpessoal, originando danos na qualidade de vida dos indivíduos (Gilboa-Schechtman *et al.*, 2019). A perturbação de ansiedade social é determinada por um começo prematuro, isto é, na infância e, aproximadamente, 50% dos indivíduos com esta perturbação recordam-se de viver nestas condições (Marazziti *et al.*, 2014).

Esta perturbação divide-se em duas categorias, sendo elas, a generalizada e a circunscrita. A ansiedade generalizada está relacionada com, praticamente, todos os eventos sociais serem causadores de ansiedade, onde nestas situações, a ansiedade torna-se visível na relação com os pares. A ansiedade circunscrita refere-se ao receio de episódios particulares, nomeadamente de interação social (por exemplo, receio de comunicar em público) (Silva, 2019).

Como consequências, os indivíduos que sofrem desta perturbação revelam níveis de autoestima muito reduzidos e caracterizam-se como introvertidos (Marazziti *et al.*, 2014). Embora estes indivíduos sejam introvertidos, importa não misturar a timidez com a ansiedade

social. Um indivíduo tímido só necessita de um determinado tempo para se sentir confortável, enquanto, um indivíduo que sofra de ansiedade social não vai iniciar nenhuma interação, apesar de se manter nesse ambiente. Este sujeito pode recusar todos os esforços de aproximação. Esta atitude pode desencadear consequências negativas, especificamente, o isolamento e a inibição do progresso de uma rede social (Silva, 2019). Apesar de, quererem a companhia de outros indivíduos, estes evitam o contacto social e privam-se de manifestar os seus pareceres devido a apresentarem receio de serem avaliados como insignificantes (Marazziti *et al.*, 2014).

Em todas as perturbações de ansiedade, incluindo a ansiedade social, é vulgar as queixas somáticas que, ocasionalmente são muito intensas e que suscitam ataques de pânico (Silva, 2019).

Na fase da adolescência, a prevalência de ansiedade social altera-se entre 3 a 9%. A perturbação de ansiedade social considera-se um estado crónico e firme que prejudica, severamente, o desenvolvimento no decorrer do tempo e desencadeia riscos elevados de isolamento social, desistência escolar, depressão, utilização de substâncias e pensamentos suicidas (Garcia-Lopez *et al.*, 2016).

É na fase da adolescência que a ansiedade social torna-se mais forte, pela aptidão em adiantar a perspetiva do outro e de determinar confrontos sociais, adiantando o que os outros indivíduos julgam sobre si e pelas suas atitudes (Silva, 2019).

Nesta fase, tanto o sexo feminino como o sexo masculino, apresentam os mesmos receios sociais, contudo, é o sexo feminino que manifesta um maior número de ocorrências de ansiedade social (Garcia-Lopez *et al.*, 2016).

Indivíduos que sofram desta patologia aparentam evitar os profissionais de saúde, assim como evitam outras circunstâncias (Chesham *et al.*, 2018). Estes sentem um grande constrangimento dos seus indícios e receios, principalmente, quando é para debatê-los com outros sujeitos, abrangendo também os técnicos de saúde. Inclusivamente, a psicoterapia para estes indivíduos pode ser estimada como um perigo à sua intimidade (Bouchard *et al.*, 2017).

3.2.5. Perturbação de Pânico

A perturbação de pânico apresenta uma prevalência de 5%, sendo uma patologia muito vulgar (Carvalho *et al.*, 2018). Esta patologia é mais frequente no sexo feminino e esta emerge

entre o fim da adolescência e a idade adulta, apesar de também, em certos casos, apresentarem um começo prematuro ou tardio, contudo é menos frequente (Pompoli *et al.*, 2016).

A perturbação de pânico define-se por ataques de pânico súbitos, diversas vezes sucedendo de modo imprevisível, acompanhados de um mês ou mais de inquietação pelo aparecimento de outro ataque (Imai *et al.*, 2016).

Estes ataques súbitos de ansiedade ou receios que, por norma, são momentâneos, podem ser tão intensos que leva os indivíduos a considerarem que vão desmaiar ou falecer. A partir deste momento, os indivíduos apresentam uma inquietação constante de que ocorra, novamente, um ataque e evitam circunstâncias onde os mesmos possam suceder (Andrews *et al.*, 2018).

Um ataque de pânico caracteriza-se por uma fase de ansiedade ou receio, no qual, apresenta um começo muito veloz, alcançando o seu máximo em dez minutos, onde, no mínimo, o indivíduo sente quatro dos treze indícios específicos. Desses indícios, diversos abrangem o sistema corporal (frequência cardíaca acelerada e desmaios), como a cognição de receios (receios de morrer ou de colapso) (Pompoli *et al.*, 2016).

Para além dos ataques de pânico, diversos indivíduos que sofrem desta perturbação padecem de ansiedade antecipatória e alterações desadaptativas na aprendizagem e nas condutas, originando uma evitação fóbica (Sobanski & Wagner, 2017). A perturbação de pânico é estimada pelos profissionais de saúde como uma doença crónica graças à elevada recorrência e à natureza enfraquecida dos indícios de pânico (Lee *et al.*, 2020).

Os indícios mais frequentes durante o ataque de pânico abrangem batimentos cardíacos rápidos, falta de ar, pressão no peito, receio de morrer e sudorese (Duval *et al.*, 2015). Indivíduos que sofram desta perturbação revelam um elevado perigo de desenvolverem condutas maníacas, utilização de substâncias, depressão e ideação suicida (Liu *et al.*, 2020).

Os indivíduos que apresentam esta perturbação demonstram uma maior facilidade em desenvolver a agorafobia, no qual, evitam sítios ou eventos onde acreditam que pode acontecer um ataque de pânico (Duval *et al.*, 2015). Geralmente, esta começa com uns ataques, que vão evoluindo para uma perturbação de agorafobia (Carvalho *et al.*, 2018).

Em paralelo com sujeitos saudáveis, os sujeitos que sofrem da perturbação de pânico revelam valores mais elevados de desemprego, frequente constância em médicos e hospitais, prejudicando, gravemente a sua qualidade de vida (Liu *et al.*, 2020).

Diversas investigações relativas à perturbação do pânico referem que esta patologia é multifatorial, no qual, abrange episódios traumáticos na fase da infância como um fator relevante. As crianças que padeceram de um determinado trauma vão ficando demasiado responsivas a incentivos reduzidos graças à sensibilização e ao accionamento do receio (Lee *et al.*, 2020).

Apesar de existirem diversos tratamentos para a perturbação de pânico, cerca de metade dos indivíduos com esta patologia ou não são diagnosticados, são erradamente diagnosticados ou não são tratados (Liu *et al.*, 2020).

3.2.6. Agorafobia

A agorafobia, segundo o DSM-IV, não era caracterizada como uma patologia psiquiátrica, pois era considerada como uma categoria da perturbação de pânico. Contudo, em 2013, no DSM-V, a definição de agorafobia foi modificada para uma perturbação que pode suceder autonomamente de outras patologias, nomeadamente, a perturbação de pânico ou de ansiedade generalizada (Balaram & Marwaha, 2020).

A prevalência de agorafobia sem ou com a perturbação de pânico associada, na idade adulta altera-se entre os 0,8 e os 2,6% (Christoforou *et al.*, 2017) e existe uma maior propensão para o sexo feminino (Pompoli *et al.*, 2016).

Esta patologia é reconhecida como uma das doenças crónicas mais perseverantes, apresentando níveis elevados de inércia e inaptidão para trabalhar, comparativamente a outras doenças (Christoforou *et al.*, 2017).

Esta perturbação, normalmente, surge antes dos 35 anos, porém existe um crescimento no perigo de desenvolver a agorafobia no fim do período da adolescência e começo da fase adulta (Balaram & Marwaha, 2020).

A perturbação de agorafobia caracteriza-se pelo indivíduo começar a evitar certos eventos ou sítios devido ao medo de aparecer um ataque (Carvalho *et al.*, 2018). Sujeitos que apresentem esta patologia manifestam pensamentos trágicos acerca de um possível perigo numa circunstância ou lugar, principalmente, perder os sentidos e ser desprezado ou gozado por outros, no qual, acarreta como resultado adotar condutas de segurança, de modo a diminuir a ansiedade ou evitar esse perigo (Christoforou *et al.*, 2017).

A agorafobia tem uma maior propensão em manifestar-se em áreas abertas, tais como, centros comerciais (Wittmann *et al.*, 2014), túneis, meios aéreos, entre outros (Carvalho *et al.*, 2018). Os indivíduos que sofrem desta perturbação, diversas vezes, prevêm que vai surgir um ataque de pânico ou que os indícios são idênticos aos de pânico, nomeadamente, a frequência cardíaca aumentada, exsudação, sentimento de aperto, dores no corpo e o receio de falecer (Wittmann *et al.*, 2014). Esses indícios devem permanecer, no mínimo, seis meses e devem desencadear um grande sofrimento ao indivíduo, prejudicando a sua qualidade de vida (Balaram & Marwaha, 2020).

Com o desenvolvimento da perturbação, o sujeito vai tornando-se, dia após dia, mais dependente e com um conjunto de atividades muito circunscrito (Carvalho *et al.*, 2018), graças à evitação constante de circunstâncias e locais (Christoforou *et al.*, 2017).

Relativamente ao diagnóstico de agorafobia, ainda não foi possível encontrar um acordo acerca das condições de risco psicossociais, das experiências na fase da infância e das particularidades da personalidade. Contudo, diversas opiniões concordam que pode estar relacionado com condições etiológicas, isto é, a existência de receios infantis ou terrores noturnos, uma elevada proteção por parte dos cuidadores, experiências sobre a perda ou eventos traumáticos e uma predisposição hereditária (Balaram & Marwaha, 2020).

As condições de risco são classificadas de três modos, nomeadamente, uma predisposição fisiológica e hereditária; temperamental que diz respeito ao neuroticismo, sensações de ansiedade e perturbações de ansiedade; e ambiental que está relacionado com episódios traumáticos na fase da infância ou uma grande proteção por parte dos cuidadores (APA, 2014).

Para prevenir o surgimento da perturbação de agorafobia é necessário uma intervenção nas condições de risco, ou seja, devem existir estratégias adequadas que envolvam um reconhecimento prematuro dos indícios, uma intervenção direta, aquisição de recursos, assim como de técnicos de saúde mental (Balaram & Marwaha, 2020).

3.2.7. Perturbação de Ansiedade Generalizada

A perturbação de ansiedade generalizada é um conceito que foi sofrendo ao longo dos anos diversas modificações em distintas publicações do Manual de Diagnóstico e Estatística de

Perturbações Mentais, tendo como finalidade um apoio de conhecimento sobre esta patologia (Ruscio *et al.*, 2017).

Inicialmente, a perturbação de ansiedade generalizada era caracterizada, pelo Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM-III), como uma patologia que patenteava uma constante ansiedade. Esta ansiedade continha, pelo menos, a duração de um mês, no qual, os indivíduos teriam de apresentar três de quatro sintomas, nomeadamente, hiperatividade, tensão motora, vigilância e uma preocupante expectativa (Robichaud *et al.*, 2019). Todavia, com o surgimento do atual Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM-V), foi possível averiguar diversas alterações que clarificaram os critérios de diagnóstico. Desta forma, é necessário o sujeito apresentar dificuldades em dominar essa preocupação e ansiedade; uma inquietação exagerada e ansiedade com uma duração de, no mínimo seis meses; a preocupação (inquietação) e a ansiedade encontram-se relacionadas com três ou mais indícios, sendo eles, a preocupação ou emoções apreensivas, fadiga, dificuldades de concentração, irritabilidade, pressão muscular e dificuldades do sono (Crocq, 2017).

Esta perturbação designa-se por uma inquietação exagerada e incontornável com incentivos e situações díspares. Em sentido inverso das restantes perturbações da ansiedade que aparentam centrar-se numa matéria em particular, na ansiedade generalizada tudo é susceptível de conceber inquietações provocando um persistente mal-estar, desatenção e irritabilidade que intromete-se, constantemente, com a vida do indivíduo. Estes sujeitos despendem do seu tempo para estruturar e assegurar que nada ocorre de forma errada, pois prevêem as consequências mais negativas para as suas ações (Silva, 2019).

A preocupação exagerada e descontrolada traduz-se na realidade em que os sujeitos com esta perturbação, normalmente, se inquietam com as mesmas coisas que as outras pessoas, porém, os sujeitos que apresentam esta perturbação tem uma maior preocupação com eles próprios e tem dificuldades em deixarem de se preocupar. Este conceito de ansiedade e preocupação descontrolada surgiu, de modo, a diferenciar a ansiedade generalizada patológica da não patológica (Robichaud *et al.*, 2019).

Normalmente, esta perturbação ocorre quando o indivíduo obtém um grau de desenvolvimento cognitivo que lhe possibilita fazer interpretações simbólicas de si próprio e do futuro, isto é, o sujeito idealiza possíveis resultados negativos e fomenta um discurso interno, em concordância, perdendo-se no ininterrupto desfilar de inquietações (Silva, 2019).

Relativamente aos sintomas, estes surgem, normalmente, antes dos 20 anos, podendo existir um historial de fobias infantis (Carvalho *et al.*, 2018) e apresenta um maior predomínio no sexo feminino, comparativamente, ao sexo masculino (Crocq, 2017). Como sintomas estes podem manifestar-se de duas formas, sendo eles, os aspetos fisiológicos que podem manifestar-se como dores de cabeça, fadiga, palpitações, dores musculares e dificuldades no sono e os aspetos comportamentais, no qual, estes podem traduzir-se em perguntas e persistentes pedidos de aprovação ou da constante necessidade de auxílio e feedback do adulto (Silva, 2019).

Ainda que, esta perturbação seja, tendencialmente crónica, existe a possibilidade de auxiliar o indivíduo a minorar o seu impacto e a estender as fases em que as inquietações são menos fortes (Silva, 2019). Contudo esta patologia caracteriza-se por ser muito resistente à intervenção, existindo alguns indivíduos que apresentam recaídas, após haver alguma evolução (Watson & Greenberg, 2017).

3.2.8. Perturbação de Ansiedade Induzida por Substâncias/Medicamentos

A perturbação de ansiedade induzida por substâncias/medicamentos caracteriza-se por ser uma perturbação de ansiedade onde os indícios emergem no momento ou após a intoxicação e a privação de uma substância (Stewart *et al.*, 2016) ou através de uma intervenção medicamentosa (APA, 2014).

Relativamente à intoxicação, a perturbação pode suceder devido ao consumo de álcool, cafeína, cocaína ou outras substâncias, pelo contrário, a privação da substância diz respeito à abstinência ao álcool, analgésicos e cannabis (Fisher & Roget, 2008) e a medicação pode desencadear indícios de ansiedade, envolvendo a insulina, analgésicos, antidepressivos, entre outros (APA, 2014).

Esta perturbação apresenta como condição principal os indícios de ansiedade (graças aos resultados diretos da substância) que podem originar um grande sofrimento ou danos ao nível do funcionamento social (Fisher & Roget, 2008), profissional ou em outras áreas de interesse do indivíduo (APA, 2014).

Estes sintomas podem surgir através de ataques de pânico, fobias, ansiedade generalizada ou de obsessões (Fisher & Roget, 2008). Outros sintomas que também podem

surgir estão relacionados com a perda de equilíbrio, descontrolo do intestino ou da bexiga, dificuldades na fala ou episódios de amnésia (Dopheide, 2010).

A perturbação de ansiedade induzida por substâncias/medicamentos insinua que os indícios de ansiedade referem-se a efeitos biopsicossociais do emprego crónico de substâncias, ou seja, os indícios de ansiedade tanto se caracterizam como uma explicação fisiológica que está diretamente relacionada com a intoxicação ou privação da substância, como pode suceder através de recursos mais indiretos, nomeadamente, a culpa associada aos resultados da perturbação do uso de substâncias (Zahradnik & Stewart, 2009).

Na fase da adolescência, o consumo de substâncias pode desencadear diversos indícios que incentivam à ansiedade, nomeadamente, sinais físicos. Inclusivamente, a utilização de fármacos em crianças e jovens para a resolução de problemas emocionais e comportamentais pode apresentar como consequências a evolução de indícios de ansiedade (Ray *et al.*, 2015).

Relativamente ao diagnóstico, este só deve acontecer se os sintomas de ansiedade ou pânico sucederem após a intoxicação ou a privação de uma substância/medicamento ou se estes sintomas permanecerem por um tempo prolongado (APA, 2014).

Esta patologia sempre foi considerada pouco frequente, no qual, confirma existir uma prevalência de 0.002% em toda a população (APA, 2014).

3.2.9. Perturbação de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica

A perturbação de ansiedade graças a outra condição médica caracteriza-se pelo surgimento de indícios de ansiedade que são o resultado fisiológico de outro estado ou carácter médico (APA, 2014). O sujeito demonstra sinais de ansiedade e/ou pânico, no qual, estes não se encontram associados a outra perturbação de ansiedade (Rhoads & Murphy, 2015).

O diagnóstico desta perturbação é considerado sempre que a condição médica é revelada por se encontrar relacionada com os indícios de ansiedade; também quando esta condição antecede o surgimento de indícios, tanto de ansiedade como de pânico (Rhoads & Murphy, 2015) e sempre que os sintomas de ansiedade e ataques de pânico sejam constantes e que afetem, gravemente, o funcionamento social, profissional ou outras áreas de interesse do sujeito (APA, 2014). Contudo, ao realizar um diagnóstico é necessário ter em consideração diversos

diagnósticos médicos que estão relacionados com indícios de ansiedade, nomeadamente, doenças neurológicas, cardiovasculares, respiratórias e cancro (Rhoads & Murphy, 2015).

Os principais sinais de uma possível perturbação de ansiedade devido a outra condição médica abrangem, frequentemente, elementos físicos, nomeadamente, a dificuldade em respirar (APA, 2014).

Uma avaliação prudente e ampla de diversas condições é essencial para diagnosticar esta perturbação e, dessa forma, diversos fatores devem ser ponderados, nomeadamente, o início dos sintomas, agravamento ou diminuição dos indícios de ansiedade ou da condição médica, presença de fatores invulgares para outra perturbação de ansiedade e, por fim, certezas e provas na literatura sobre um componente físico que provoque a ansiedade (APA, 2014).

3.2.10. Outra Perturbação de Ansiedade Específica

Esta categoria define-se pelo surgimento de sintomas de ansiedade, contudo os critérios não correspondem a nenhuma das diversas perturbações de ansiedade e desencadeiam um sofrimento considerável na vida do indivíduo (Rhoads & Murphy, 2015), tanto a nível profissional como social, porém não é suficiente para preencher todos os critérios de uma perturbação de ansiedade (APA, 2014).

Quando se realiza um diagnóstico é necessário ter em consideração a falta de critérios sobre uma perturbação em particular de ansiedade e deve-se justificar com novos critérios que estejam presentes como, por exemplo, um sujeito desenvolver uma ansiedade considerável que sucede em determinados dias, esta perturbação seria designada de uma ansiedade geral que não decorre todos os dias (Rhoads & Murphy, 2015).

A categoria de outra perturbação de ansiedade específica é empregada por técnicos profissionais, de modo, a diagnosticar diversos sintomas que não são suficientes para preencher os critérios de outras perturbações de ansiedade. Estes técnicos utilizam outra perturbação de ansiedade específica para explicar a razão, pelo qual, os requisitos não são satisfatórios para outra perturbação (Ray *et al.*, 2015) e, dessa forma, é efetuado um registo de “outra patologia de ansiedade específica” (APA, 2014).

3.2.11. Perturbação de Ansiedade Não Específica

A perturbação de ansiedade não específica caracteriza-se pela presença de indícios próprios da perturbação de ansiedade, no qual, podem revelar um grande sofrimento ou prejudicar o funcionamento em diversas áreas de vida do indivíduo, nomeadamente, a nível profissional e social. Todavia, esses sintomas não preenchem todos os requisitos de uma perturbação de ansiedade específica (Rhoads & Murphy, 2014).

Esta perturbação é, diversas vezes, utilizada em circunstâncias onde o técnico profissional decide não especificar o motivo, pelo qual, os requisitos de uma perturbação de ansiedade não são suficientes e que não existem evidências satisfatórias para realizar um diagnóstico mais específico (Ray *et al.*, 2015).

3.3. Ansiedade nos Adolescentes

A fase da adolescência caracteriza-se por uma mudança difícil e exigente da infância para a fase adulta. A adolescência é determinada por diversas modificações, tanto a nível do funcionamento biológico, cognitivo, emocional e também nas relações sociais, porém, estas não decorrem em simultâneo. Ainda que, algumas destas modificações cooperem para o desenvolvimento do adolescente, outras originam uma maior idiossincrasia às perturbações, nomeadamente a ansiedade (Kendall & Peterman, 2015).

A perturbação de ansiedade, atualmente, é considerada o problema de saúde mental mais predominante, principalmente em crianças e adolescentes (Radomski *et al.*, 2020), apresentando uma elevada prevalência entre os 6 e 10 anos (3 a 5%) (Zhang *et al.*, 2015), entre os 11 e 16 anos (7.9%) e entre os 17 e 19 anos (13.1%) (Cardy *et al.*, 2020), porém, esta patologia tem uma elevada propensão em evoluir no decorrer do tempo (Zhang *et al.*, 2015).

A nível mundial, as crianças e jovens apresentam uma prevalência de 6,5%, sendo este valor, severamente, preocupante, visto que, as perturbações de ansiedade nestas idades podem desencadear um seguimento crónico (Lawrence *et al.*, 2017), apresentar um risco mais elevado de desenvolverem problemas relacionados com dificuldades escolares e sociais, prejudicar a autoestima (Radomski *et al.*, 2020; Tomoniko, 2019) e um elevado risco para a evolução de outras patologias mentais na idade adulta (Lawrence *et al.*, 2017).

A ansiedade, como surge em distintas fases da vida do adolescente, pode originar situações onde se revela, gravemente dominante e, a partir daí, possa prejudicar a autoestima, o desempenho escolar e as interações sociais dos adolescentes (Tomoniko, 2019). Esta, sendo um indício psicológico que é, frequentemente, referido pelas crianças e jovens, revela-se através de diversas formas, nomeadamente, dores de cabeça, de estômago e pela pressão muscular (Zhang *et al.*, 2015).

A perturbação de ansiedade, normalmente, emerge na fase da infância ou da adolescência, no qual cerca de 50% dos indivíduos começam a apresentar sintomas antes dos 11 anos (Lawrence *et al.*, 2017).

Os adolescentes que sofrem de ansiedade apresentam uma maior tendência em traduzir, de modo, negativo todas as circunstâncias que sejam duvidosas ou temíveis, graças à sua inaptidão para enfrentar esses acontecimentos, de maneira eficiente (Rehna *et al.*, 2020).

A perturbação de ansiedade pode originar nas crianças e adolescentes diversas consequências, particularmente, um constrangimento comportamental, um modelo de temperamento determinado por sintomas de receio e um afastamento de contextos desconhecidos (Lawrence *et al.*, 2017). Contudo, apesar de a adolescência revelar-se uma fase de maior fragilidade e instabilidade perante a ansiedade, esta também se caracteriza como uma fase onde os adolescentes desenvolvem uma maior autonomia (Kendall & Peterman, 2015).

A família é considerada um suporte fundamental para a fase da adolescência, visto que, os jovens se confrontam com a ambivalência e inconstância diversas vezes e, desta forma, necessitam de uma grande base e cooperação por parte da família (Joybari *et al.*, 2016).

Ainda que, o apoio social represente uma função essencial na vida das crianças e jovens, este mesmo apoio se for desajustado e diminuto pode apresentar diversas consequências, nomeadamente, o consumo de substâncias, condutas agressivas, presença de emoções negativas e o surgimento de ansiedade (Joybari *et al.*, 2016).

Diversas investigações referem que os adolescentes caracterizados como ansiosos apresentam uma maior propensão em aumentar o significado da experiência negativa, vulgarizando-a a todas outras situações idênticas e díspares, adotando a pior consequência desse acontecimento (Rehna *et al.*, 2020).

Como intervenções para a perturbação de ansiedade existem os tratamentos através da psicoterapia e de fármacos, porém, a psicoterapia revela ser a mais utilizada em crianças e jovens (Zhang *et al.*, 2015).

3.4. Ansiedade e Sono

A perturbação do sono é considerada uma patologia que, por norma, está presente nas perturbações de ansiedade, principalmente em adultos, contudo, o reconhecimento desses indícios em crianças e adolescentes ainda é pouco identificado. Em sentido inverso aos adultos, a conduta do sono em crianças e adolescentes apresenta uma tendência em modificar no decorrer dos anos devido ao seu desenvolvimento e à suspensão do sono que pode iniciar em qualquer fase (Brown *et al.*, 2017).

Entre a ansiedade e o sono está presente uma correlação, ou seja, os problemas de ansiedade, tais como a inquietação e a ruminação, estão muitas vezes presentes quando existem dificuldades ao nível do sono (Afkham-Ebrahimi *et al.*, 2010). Segundo os autores Gould *et al.*, (2018), os indícios da perturbação de ansiedade podem estar, somente, relacionados com uma baixa qualidade do sono e com uma grande dificuldade em conservá-lo.

Os autores Chueh *et al.*, (2019) revelam que cerca de 60 a 70% dos indivíduos que apresentem uma perturbação de ansiedade manifestam dificuldades em começar e preservar o sono, tendo a necessidade de, por vezes, despertar durante a noite e passar o dia com sonolência. Segundo os autores Gray & Lemke (2017), a ansiedade, sendo uma patologia que se caracteriza por assegurar os indivíduos despertos durante a noite, incita a que estes que sofrem de ansiedade experienciem uma qualidade do sono reduzida, em virtude, do aparecimento de indícios de insónias

A ansiedade é uma condição que manipula o ciclo do sono-vigília, graças aos horários e trabalhos escolares, assim, aparenta cooperar, de modo a desenvolver a perturbação de ansiedade (Silva *et al.*, 2020).

O interesse em avaliar a ansiedade e a qualidade do sono em todos os estudantes está relacionado com a proximidade dessas dimensões com a saúde, tanto a nível individual como coletivo (Silva *et al.*, 2020).

Um número significativo de crianças apresenta problemas relativamente ao sono, todavia os adolescentes que sofrem de ansiedade encontram-se entre a população mais atingida pelo mesmo (Alfano *et al.*, 2015). Diversas investigações referem que, cerca de 90% dos adolescentes que sofrem de ansiedade apresentam problemas e dificuldades de sono, estando estes problemas, muitas vezes, relacionados com a oposição em adormecer e dificuldades em começar e preservar o sono (McMakin & Alfano, 2015).

A ansiedade é caracterizada como, sendo uma das principais causas de défice de sono e apresenta consequências fundamentais no funcionamento cognitivo, motor e no humor (Silva *et al.*, 2020). Relativamente à carência de sono, os indivíduos que sofram desta patologia tem uma maior probabilidade em desenvolver ansiedade, desencadeando como resultados, dificuldades de concentração e atenção, sendo estas, cruciais para um rendimento escolar satisfatório (Leite *et al.*, 2020).

Os autores Alvaro *et al.*, (2013) referem a existência de uma relação bidireccional entre a ansiedade e o sono, apontando que cada um coopera para a evolução e são resultado um do outro. Desta forma, controlar a ansiedade e preservar uma boa qualidade do sono é essencial para alcançar uma satisfatória e suficiente saúde mental, emocional e física (Silva *et al.*, 2020).

3.5. Ansiedade e Regulação Emocional

No momento em que os indivíduos vivenciam acontecimentos incómodos e desagradáveis, estratégias de regulação emocional serão operacionalizadas. Assim sendo, se estas estratégias forem insuficientes e impróprias, vão desencadear, novamente, sentimentos incómodos e desagradáveis, o que origina nos sujeitos um elevado sofrimento psicológico, que no decorrer do tempo pode progredir para uma perturbação de ansiedade (Loevaas *et al.*, 2018).

A desregulação emocional tem-se evidenciado como essencial para avaliar as perturbações de ansiedade. Esta pode surgir cedo na vida dos indivíduos, prejudicando o seu desenvolvimento psicossocial e a sua saúde mental (Schneider *et al.*, 2018).

A desregulação emocional, resultando das perturbações de ansiedade ou dos seus indícios, pode ser vivenciada de distintas formas. Indivíduos que sofram da perturbação de ansiedade generalizada apresentam uma maior propensão em manifestar uma elevada veemência emocional, juntamente com problemas na percepção de emoções. Também

indivíduos que apresentem uma perturbação de ansiedade social exibem grandes adversidades para ajustar o afeto em circunstâncias sociais. Relativamente à perturbação de pânico e de separação, os indivíduos que sofram destas patologias manifestam uma reduzida autoeficácia, no que diz respeito às aptidões para trabalhar com as emoções mais fortes (Schneider *et al.*, 2018).

Segundo os autores Woodward *et al.*, (2018), os sujeitos que apresentam uma elevada desregulação emocional manifestaram uma reduzida segurança na competência em controlar a sua ansiedade.

Indivíduos que sofrem, de uma das diversas perturbações de ansiedade mencionaram uma maior desregulação de afeto, comparativamente, a indivíduos que não apresentem esta patologia (Loevaas *et al.*, 2018). Também estes indivíduos que apresentem alguma perturbação de ansiedade demonstram uma maior fragilidade na perceção das emoções, ou seja, tem dificuldades em manifestar determinadas emoções e também exibem uma reduzida autoeficácia das suas capacidades de regulação emocional (Schneider *et al.*, 2018).

Situações antagónicas e stressantes que surgem, diversas vezes, durante a infância, são consideradas condições de elevado risco, relativamente ao surgimento de uma possível patologia. Contudo, existem estudos que confirmam que a aptidão de regular as emoções perante essas circunstâncias pode representar uma função de mediação (Young *et al.*, 2019).

Em virtude de uma maior autonomia na fase da adolescência, surge uma maior vontade em regular as emoções, relativamente aos acontecimentos antagónicos e stressantes, no qual, caso isto não se verifique, pode desencadear patologias do foro mental. Desta forma, uma regulação emocional satisfatória pode dificultar o aparecimento de alguma psicopatologia, nomeadamente a ansiedade (Young *et al.*, 2019).

Os adolescentes apresentam dificuldades em incrementar estratégias de regulação emocional eficientes, o que provoca uma maior probabilidade em evoluir para problemas emocionais, nomeadamente a ansiedade. Enquanto, uma grande parte dos adolescentes consegue fomentar estratégias de regulação emocional eficientes, outra parte progride para a ansiedade (Davis *et al.*, 2019).

Diversos estudos confirmam que os problemas de regulação emocional nos adolescentes podem ser considerados uma condição de risco para o surgimento da perturbação de ansiedade (Loevaas *et al.*, 2018).

Parte II – Metodologia

Capítulo 4 – Método

Este capítulo da investigação tem como finalidade desenvolver a metodologia fundamental para a operacionalização da mesma. Neste seguimento, iremos caracterizar a problemática, o delineamento do estudo, identificar os objetivos (objetivo geral e objetivos específicos), formular hipóteses, descrever os participantes e os instrumentos utilizados e, por último, apresentar os procedimentos.

4.1. Problema

Para que todos os indivíduos consigam manter uma vida equilibrada e saudável, é fundamental um sono satisfatório, visto que, este se caracteriza por ser um fator importante para proporcionar um equilíbrio emocional e estratégias de aprendizagem, nomeadamente, a função executiva, cognitiva e a memória (Rhie & Chae, 2018).

Na adolescência, a dificuldade do sono, que diversas vezes é referida, caracteriza-se pela sonolência diurna, sendo esta desencadeada por um sono desajustado e por uma baixa qualidade do mesmo (Altan *et al.*, 2018).

A adolescência caracteriza-se por ser uma fase onde a sua evolução está relacionada com modificações fisiológicas e emocionais consideráveis, sendo a higiene do sono um aspeto, muitas vezes negligenciado, logo é muito comum encontrar sonolência diurna nesta faixa etária. Efetivamente, o desenvolvimento dos adolescentes relaciona-se com alterações na estrutura do sono, levando a consequências como: redução da atenção durante a tarde, maior propensão em adormecer mais tarde e o ciclo sono-vigília desproporcional, isto é, uma carência de sono durante a época escolar e o restabelecimento do mesmo ao fim de semana (Hein *et al.*, 2020).

A sonolência diurna apresenta um maior aumento na fase da adolescência, visto que estes indivíduos dormem em horários desapropriados, o que origina problemas cognitivos e comportamentais (Altan *et al.*, 2018).

Esta fase também caracteriza-se por apresentar diversas provocações emocionais, nomeadamente, pressões ao nível escolar, uma maior preocupação e interesse nas relações de pares e amorosas e uma maior autonomia no que diz respeito à família. Nesta fase também é

comum surgir uma maior reatividade emocional, comportamentos irreflectidos e uma maior tendência para o risco (Young *et al.*, 2019).

As competências para regular as emoções vão evoluindo no decorrer da adolescência, contudo, diversas investigações confirmam que os adolescentes demonstram menos capacidades em regular as suas emoções no começo da adolescência devido a modificações no meio ambiente e na estrutura do cérebro (Young *et al.*, 2019).

Esta fase caracteriza-se pelos adolescentes experienciarem situações mais desprazerosas no dia-a-dia, assim como reduzidas emoções positivas e elevadas emoções negativas, contrariamente, quando eram crianças. Inclusivamente, esta população necessita de compreender melhor como regular as suas emoções, de modo, mais autónomo, sendo que, nesse tempo, decorre a evolução das suas capacidades cognitivas, o que possibilita estes reconhecerem e regularem da melhor forma as suas emoções (Lennarz *et al.*, 2019).

Relativamente à ansiedade, esta apresenta uma elevada prevalência na fase da adolescência (Cardy *et al.*, 2020) e também é caracterizada como uma perturbação que pode prejudicar os sujeitos de distintas formas devido a estar relacionada com diversas condições biológicas, psicológicas e sociais. Principalmente, na fase da adolescência, o surgimento de indícios de ansiedade encontram-se associados a possíveis evoluções de outras patologias no futuro, nomeadamente a perturbação de ansiedade e inaptidão académico e social (Grolli *et al.*, 2017).

A adolescência é entendida como uma fase de desenvolvimento muito frágil e sensível onde, diversas vezes, o adolescente pode apresentar mudanças de humor e fomentar o envolvimento em condutas de risco. Também é característico da ansiedade, os adolescentes manifestarem uma maior propensão em organizar as ideias em sentido inverso, incluindo determinadas ideias como excessivamente perigosas (Grolli *et al.*, 2017).

Na adolescência, a ansiedade pode representar uma condição positiva quando o adolescente está a preparar-se para uma prova e surge a ansiedade, no qual, esta incita a que este se empenhe e, assim, aprenda e estude mais para conseguir obter bons resultados. Todavia, a ansiedade também pode apresentar um carácter negativo quando se torna exagerada e desproporcional, no qual, o adolescente fica bastante prejudicado e não encontra formas de se concentrar. Esta situação pode ocorrer, por exemplo, quando a ansiedade se transforma num obstáculo entre o adolescente e os outros, sendo que, pode evoluir para um evitamento, visto

que, o adolescente encontra-se sobre uma grande pressão ou em estado de pânico (Khesht-Masjedi *et al.*, 2019). Neste seguimento, surgiu a seguinte questão, ponderando a realidade exposta anteriormente: **“Será que se verifica uma relação entre a sonolência diurna, a regulação emocional e os níveis de ansiedade em alunos do 3º ciclo?”**

4.2. Delineamento do Estudo

Esta investigação apresenta uma abordagem quantitativa, visto que, está relacionada com a investigação dos fenómenos observáveis, assim como, com a avaliação das variáveis comportamentais ou até socioafetivas (Coutinho, 2014), que podem ser apresentadas de forma estandardizada e quantificada (Rahman, 2017). Esta abordagem também salienta a objetividade e segue uma metodologia organizada, no qual, utilizam ferramentas delineadas para a recolha de dados, através de amostras de uma população (Queirós *et al.*, 2017). A presente investigação inclui-se num estudo positivista, dado que, auxilia a abordagem quantitativa e baseia-se numa realidade constante e verdadeira, no qual, consegue ser rigorosamente avaliada (Rahman, 2017), através da análise de dados, sendo essencial o emprego de ferramentas estandardizadas (Silveira & Córdova, 2009). Por último, este estudo também se caracteriza por apresentar um corte transversal, no qual, os dados são recolhidos num determinado momento e focam-se, apenas, num grupo representativo da população-alvo que se encontra em estudo (Ribeiro, 1999), assim, os cortes transversais caracterizam-se por obterem resultados e particularidades imediatas (Levin, 2006).

4.3. Objetivos da investigação

4.3.1. Objetivo Geral

O objetivo geral desta investigação é estudar a relação que existe entre a sonolência diurna, a regulação emocional e os níveis de ansiedade em alunos do 3º ciclo.

4.3.2. Objetivos Específicos

Como objetivos específicos enumeram-se os seguintes:

- Verificar a sonolência diurna, a regulação emocional e os níveis de ansiedade nos alunos do 3ºciclo;

- Observar as diferenças entre o género na sonolência diurna, na regulação emocional e nos níveis de ansiedade;

- Analisar se existe uma relação entre a sonolência diurna e a regulação emocional;

- Analisar se existe uma relação entre a sonolência diurna e a ansiedade;

- Analisar se existe uma relação entre a regulação emocional e os níveis de ansiedade.

4.4. Hipóteses de Estudo

Perante os objetivos que foram referidos, pretende-se dar uma resposta ao problema de investigação, em que para tal é necessário expor hipóteses, sendo estas:

H1: É esperado que quanto maior for a sonolência diurna, menor seja o recurso a estratégias de regulação emocional;

H2: É esperado que quanto maior for a sonolência diurna, maior sejam os níveis de ansiedade;

H3: É esperado que quando menor for as estratégias de regulação emocional, maior sejam os níveis de ansiedade.

4.5. Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 64 adolescentes do 3º Ciclo do Ensino Básico, com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos, sendo que 27 são do sexo feminino (n= 42.2%) e 37 do sexo masculino (n= 57.8%), no qual, apresenta uma média de idades de 13.38 anos. Relativamente à distribuição da escolaridade, cerca de 21 adolescentes frequentam o 7º ano (32.8%), 12 adolescentes frequentam o 8º ano (18.8%) e a maior parte da nossa amostra frequenta o 9º ano, sendo constituído por 31 adolescentes (48.4%). Esta amostra frequenta uma escola privada, na grande área metropolitana de Lisboa.

Em relação às questões éticas, foi realizada uma declaração de “Acordo de Consentimento Informado” (Anexo I), no qual, foi entregue aos encarregados de educação ou aos titulares da responsabilidade parental do adolescente, de forma a assegurar a confidencialidade dos mesmos. Importa salientar que esta declaração cumpre todos os princípios éticos da Declaração de Helsínquia e também foi autorizada pela Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa.

O único critério de inclusão está relacionado com o consentimento dos encarregados de educação ou dos titulares da responsabilidade parental, de modo a que o aluno participe nesta investigação, através do “Acordo de Consentimento Informado” e como critério de exclusão são os alunos que não apresentem este consentimento.

Tabela 1
Caracterização Sociodemográfica (N=64)

	N	%
Género		
Feminino	27	42.2
Masculino	37	57.8
Idade		
12 anos	17	26.6
13 anos	11	17.2
14 anos	31	48.4
15 anos	5	7.8
Escolaridade		
7º ano	21	32.8
8º ano	12	18.8
9º ano	31	48.4

4.6. Instrumentos

Nesta investigação foram utilizados quatro instrumentos que são adaptados à medição das variáveis que se encontram em estudo, sendo elas, o questionário sociodemográfico que foi elaborado de maneira a fornecer informações pretendidas para o estudo; Pediatric Daytime Sleepiness Scale (PDSS) (validado para a população portuguesa por Moreno em 2012); Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA) (validado para a população

portuguesa por Reverendo & Machado em 2010) e, por último, a Self Anxiety Scale (S.A.S.) (validado para a população portuguesa por Ponciano, Relvas & Serra em 1982).

4.6.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi elaborado com base na população específica desta investigação. O objetivo principal deste questionário é caracterizar os indivíduos que participam nesta amostra, através de informações como os dados biográficos, sociais e familiares.

Este questionário pretende adquirir informações sobre o género, a escolaridade, nacionalidade e com quem vivem. É constituído por respostas simples e diretas.

4.6.2. Pediatric Daytime Sleepiness Scale (PDSS)

A escala “Pediatric Daytime Sleepiness Scale” foi originada por Christopher Drake, em 2003, no qual, se designa por uma escala de autoavaliação de sonolência diurna, com um público-alvo dos 11 aos 15 anos (Moreno, 2012). Este questionário, primeiramente, continha 32 itens, que incluíam diversas questões múltiplas referentes à sonolência, aos modelos do sono, atividades extracurriculares, entre outras (Drake *et al.*, 2003).

Posteriormente, esta escala sofreu algumas modificações, passando a ser constituída por 8 itens, variando entre 0 (Nunca); 1 (Raramente); 2 (Por vezes); 3 (Frequentemente) e 4 (Sempre), numa pontuação que pode chegar aos 32 valores (Drake *et al.*, 2003). O indivíduo que apresente como resultado final uma pontuação entre os 20 e 32 valores, é considerado como tendo uma sonolência excessiva (Moreno, 2012). Esta escala também apresenta um coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach de 0.8 (Drake *et al.*, 2003).

Neste questionário, o autor optou por acrescentar outras perguntas que dizem respeito à duração do sono, o horário de dormir e de despertar, quais as atividades extracurriculares, o desempenho académico e o seu estado de espírito em geral (Moreno, 2012).

Em 2012, Moreno considerou que era importante aferir esta escala para a população portuguesa, visto não existir nenhuma escala que avaliasse a sonolência diurna em adolescentes. Esta escala permanece com 8 itens, contudo apresenta um coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach 0.71, ou seja, ligeiramente inferior à escala original.

4.6.3. Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA)

A escala “Emotion Regulation Index for Children and Adolescents” (ERICA) foi originada, em 2010, pelos autores MacDermott, Gullone, Allen, King & Tonge, no qual, esta define-se por ser um instrumento de autorrelato que apresenta como finalidade analisar a qualidade da regulação emocional. Esta escala está adequada para crianças e adolescentes que se encontrem entre os 9 e 16 anos (Machado & Reverendo, 2012).

Este questionário surgiu de uma análise da escala “Emotion Regulation Checklist for Adolescents” (ERCA), visto que, este instrumento era aplicado a adolescentes de 16 anos ou maiores de idade, assim, desta forma, os autores MacDermott, Gullone, Allen, King & Tonge perante esta restrição aumentaram a faixa etária, possibilitando a aplicação em crianças e adolescentes (Reverendo, 2011).

Esta escala apresenta três subescalas, sendo elas, o controlo emocional, a autoconsciência emocional e a responsividade situacional. O controlo emocional é constituído por 7 itens e define-se por analisar a desregulação do afeto negativo, ou seja, avalia as atitudes e manifestações emocionais que são desadequadas, socialmente. Relativamente à subescala da autoconsciência emocional esta é composta por 5 itens, no qual, caracteriza-se pela identificação e agilidade emocional de forma a reduzir as emoções negativas e a favorecer as emoções positivas. Por fim, a subescala da responsividade situacional é formada por 4 itens e refere-se à susceptibilidade social e às atitudes emocionais que se caracterizam como adequadas, socialmente (MacDermott *et al.*, 2010).

Este instrumento é composto por 16 itens, variando entre 5 (Concordo Totalmente); 4 (Concordo); 3 (Não Concordo nem Discordo); 2 (Discordo); 1 (Discordo Totalmente), numa pontuação que pode chegar aos 80 valores. Esta cotação é realizada através da soma do valor de cada item e apresenta diversos itens inversos, nomeadamente, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 16. Os indivíduos que apresentem como resultado final uma pontuação elevada, significa que tem uma regulação emocional apropriada e funcional. Esta escala também apresenta um coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach de 0.75 na escala em geral, sendo que alterna entre .60 e .73, individualmente nas três subescalas (MacDermott *et al.*, 2010).

Este instrumento foi adaptado e validado para a população portuguesa pelos autores Reverendo & Machado (2010, citado por Reverendo, 2011). Estes autores tentaram manter a escala o mais idêntico possível à original, contudo modificaram a subescala “Controlo

Emocional”, de modo a que este se defina como o fator que analisa a regulação do afeto negativo. Isto tem como propósito os resultados encontrarem-se na mesma direção que as outras subescalas (Machado & Reverendo, 2012).

4.6.4. Self-Anxiety Scale (S.A.S.)

A escala Self-Anxiety Scale (S.A.S.) foi originada, em 1971, pelo autor Zung, no qual, esta se designa por ser um instrumento de avaliação da ansiedade (Bobrowicz-Campos *et al.*, 2017).

Este instrumento foi adaptado e validado para a população portuguesa pelos autores Ponciano, Serra & Relvas (1982), sendo que realizaram a tradução e retrotradução da escala de Zung, de modo, a manter o instrumento o mais idêntico possível (Amorim *et al.*, 2017). A versão portuguesa é designada como a “Escala de Autoavaliação de Zung” em que como o nome indica, esta escala é de autoavaliação que pretende avaliar os níveis de ansiedade (Amorim, 2014) e pode ser aplicada à população em geral (Mendes, 2010). Porém, não é possível avaliar a ansiedade traço, isto é, a ansiedade não é analisada conforme a personalidade, mas de forma a perceber como a pessoa reage a situações propícias à ansiedade (Amorim, 2014).

Esta escala é formada por 20 itens que tem quatro possíveis respostas desde “nenhuma ou raras vezes”, “algumas vezes”, “uma boa parte do tempo” e “a maior parte ou totalidade do tempo” (Costa *et al.*, 2018). Nesta escala, cada sujeito deve assinalar qual a opção que está de acordo com o momento em que se encontra (Amorim *et al.*, 2017).

A escala de Autoavaliação de Zung também analisa quatro subescalas que são importantes na ansiedade, tais como, a subescala cognitiva (item 1 ao 5), a subescala motor (item 6 ao 9), a subescala vegetativa (item 10 ao 18) e a subescala sistema nervoso central (item 19 e 20) (Amorim, 2014).

A pontuação varia entre um a quatro valores, que vai desde o menos ao mais ansioso, contudo a pontuação total altera-se entre 20 a 80 pontos (Amorim, 2014). Para a cotação, soma-se todos os valores da escala, dividindo por 80 e multiplicando-se por 100 (Dunstan & Scott, 2020). Considera-se a ansiedade normal, se esta encontrar-se entre os valores 20 a 44, ansiedade média a moderada se os valores estiverem entre 45 a 59, ansiedade forte se estiver entre os 60

a 74 valores e uma ansiedade extrema entre os 75 e 80 valores (Sequeiros, 2009). Assim é possível obter o índice de ansiedade (Dunstan & Scott, 2020).

4.7. Procedimentos

Primeiramente, foram realizadas algumas reuniões com a orientadora desta investigação, com o propósito de estruturar e planear da melhor forma os objetivos deste estudo. Numa outra fase, o projeto foi apresentado à Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa, obtendo um parecer favorável.

Para a aplicação dos instrumentos foi necessário entrar em contacto com o diretor de uma escola da área metropolitana de Lisboa, no sentido de marcar uma reunião para explicar a investigação, assim como, a importância do estudo, os seus objetivos, procedimentos, contudo, sempre protegendo a confidencialidade dos alunos e da escola. Após esta explicação, foi atribuído um parecer favorável por parte da escola.

Posteriormente, foram entregues os consentimentos informados com a finalidade de comunicar e informar os encarregados de educação, pormenorizadamente, sobre toda a investigação e como se iria processar a aplicação dos instrumentos, de modo, a que estes aprovassem a participação dos seus educandos. No consentimento informado (Anexo I) foi colocado um breve esclarecimento sobre a investigação, no sentido de os encarregados de educação e os alunos entenderem qual o objetivo do estudo e que também aprovassem a sua participação. Após o parecer favorável dos encarregados de educação e dos alunos, foram entregues os consentimentos informados e procedeu-se à aplicação dos instrumentos. Nesta recolha de dados, os adolescentes preencheram o questionário sociodemográfico (Anexo II), um questionário relacionado com a sonolência diurna (Anexo III), outro questionário que diz respeito à regulação emocional (Anexo IV) e, por fim, um questionário que se referia à ansiedade (Anexo V).

4.8. Procedimentos de Análise de Dados

Para a análise estatística dos dados recolhidos foi utilizado o software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) statistics 26.

Esta análise estatística abrange duas dimensões, sendo elas uma análise descritiva que está relacionada com a apresentação dos dados (frequências absolutas e relativas, médias e respectivos desvios-padrão) e uma análise inferencial que está relacionada com o raciocínio que é fundamental para adquirir conclusões, através dos dados (Ferreira, 2005). Para a análise dos dados recorreu-se ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, ao teste *t* de Students para amostras independentes, ao teste Anova One-Way e ao coeficiente de correlação de Pearson. Importa salientar que se utilizou o teste Kolmogorov-Smirnov, de forma a analisar a normalidade dos dados.

Parte III - Resultados

Capítulo 5 – Resultados descritivos da amostra

5.1. Apresentação e análise dos Resultados

Para realizar a análise estatística foi necessário a utilização do software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) statistics 26 para o Windows.

A análise estatística abrange duas dimensões, sendo elas uma análise descritiva que está relacionada com as frequências absolutas e relativas, médias e, respetivos, desvios-padrão e a análise inferencial.

Para a análise dos dados recorreu-se ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, ao teste t de Students para amostras independentes, ao teste Anova One-Way e ao coeficiente de correlação de Pearson. Importa salientar que se utilizou o teste Kolmogorov-Smirnov, de forma a analisar a normalidade dos dados.

5.2. Estatística Descritiva

Nas diversas variáveis foram analisadas o coeficiente de consistência interna de Alfa de Cronbach. A escala que avalia a sonolência diurna, é representada por um alfa de Cronbach de .708. Relativamente, à escala que avalia a regulação emocional, esta apresenta um alfa de Cronbach de .811 e, por último, a escala que avalia os níveis de ansiedade apresenta como escala total um alfa de Cronbach de .838.

Tabela 2
Consistência Interna

	Alfa de Cronbach	Nº de Itens
Escala de Sonolência Diurna	.708	8
Escala de Regulação Emocional		
Controlo Emocional	.707	9
Autoconsciência Emocional	.521	3
Responsividade Situacional	.731	4
Total	.811	16
Escala de Ansiedade		
Componente Cognitiva	.748	5
Componente Motora	.476	4
Componente Vegetativa	.543	9
Componente Sistema Nervoso Central	.248	2
Total	.838	20

Objetivo 1: “Verificar a sonolência diurna, a regulação emocional e os níveis de ansiedade nos alunos do 3ºciclo”

Os resultados de estatística descritiva alcançada pelos adolescentes (valores mínimo e máximo, a média e os desvios-padrão) encontram-se presentes na tabela 3. É possível verificar que os adolescentes apresentam uma média da escala de sonolência diurna de 12.66, sendo este valor ligeiramente superior ao ponto médio da escala. Relativamente à escala de regulação emocional, esta apresenta uma média de 59.55, no qual este valor é significativamente elevado, comparativamente ao ponto médio da escala. Nas subescalas foi possível averiguar que o “controlo emocional” apresenta a média mais elevada. A escala que avalia a ansiedade apresenta uma média de 43.77, sendo este valor ligeiramente superior ao ponto médio da escala. Também a subescala que demonstra uma média superior, relativamente às outras subescalas, é a “componente vegetativa”.

Tabela 3
Análise Estatística Descritiva

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Escala de Sonolência Diurna	1	25	12.66	5.26
Escala de Regulação Emocional				
Controlo Emocional	15	42	30.31	5.59
Autoconsciência Emocional	5	15	11.77	2.22
Responsividade Situacional	7	20	17.47	2.57
Total	33	77	59.55	8.61
Escala de Ansiedade				
Componente Cognitiva	6	20	11.23	3.37
Componente Motora	5	15	8.91	2.53
Componente Vegetativa	14	30	19.10	4.04
Componente Sistema Nervoso Central	3	10	4.53	1.76
Total	29	69	43.77	9.86

Objetivo 2: “Observar as diferenças entre o género na sonolência diurna, na regulação emocional e nos níveis de ansiedade”

Relativamente às diferenças de género, foram encontradas algumas diferenças significativas, nomeadamente:

Diferenças significativas em função do sexo na responsividade situacional ($t(56) = -2.99, p < .01$). O sexo feminino revelou níveis significativamente superiores de responsividade situacional ($M = 18.4, DP = .28$), comparativamente com o sexo masculino ($M = 16.8, DP = .49$).

Diferenças significativas em função do sexo na componente motora ($t(62) = -1.96, p < .01$). O sexo feminino revelou níveis significativamente superiores de componente motora ($M = 9.95, DP = .52$), comparativamente com o sexo masculino ($M = 8.14, DP = .35$).

Diferenças significativas em função do sexo na componente vegetativa ($t(62) = -2.13, p < .05$). O sexo feminino revelou níveis significativamente superiores de componente vegetativa ($M = 20.3, DP = .77$), comparativamente com o sexo masculino ($M = 18.2, DP = .64$).

Diferenças significativas em função do sexo na componente do sistema nervoso central ($t(62) = -2.25, p < .05$). O sexo feminino revelou níveis significativamente superiores de componente do sistema nervoso central ($M = 5.09, DP = .36$), comparativamente com o sexo masculino ($M = 4.12, DP = .26$).

Tabela 4
Diferenças de Género

	Feminino		Masculino		<i>t</i>
	M	DP	M	DP	
Escala de Sonolência Diurna	13.70	.97	11.89	.88	-1.371
Escala de Regulação Emocional					
Controlo Emocional	29.89	1.17	30.62	.86	.515
Autoconsciência Emocional	12.11	.37	11.51	.40	-1.066
Responsividade Situacional	18.44	.28	16.76	.49	-2.997
Escala de Ansiedade					
Componente Cognitiva	12.18	.28	10.54	.47	-1.880
Componente Motora	9.95	.52	8.14	.35	-3.011
Componente Vegetativa	20.32	.77	18.21	.64	-2.127
Componente Sistema Nervoso Central	5.09	.36	4.12	.26	-2.248

Objetivo 3: Analisar se existe uma relação entre a sonolência diurna e a regulação emocional

Hipótese 1: É esperado que quanto maior for a sonolência diurna, menor seja o recurso a estratégias de regulação emocional

Na correlação entre a escala PDSS e a escala ERICA, apenas a correlação entre as dimensões PDSS e Controlo emocional é estatisticamente significativa e negativa ($r = -.416^{**}$). Os restantes coeficientes de correlação, embora um deles negativo, são não significativos. Desta forma, isto sugere que quanto mais elevado são os níveis de sonolência diurna, menores são os recursos a estratégias de regulação emocional. Confirma-se, assim, a hipótese enunciada.

Tabela 5
Correlações PDSS e ERICA

	PDSS
Controlo Emocional	-.416**
Autoconsciência Emocional	.024
Responsividade Situacional	-.040

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

Objetivo 4: Analisar se existe uma relação entre a sonolência diurna e a ansiedade

Hipótese 2: É esperado que quanto maior for a sonolência diurna, maior sejam os níveis de ansiedade

Na correlação entre a escala PDSS e a escala S.A.S., uma grande parte das correlações apresenta uma correlação positiva, sendo a correlação mais elevada entre as dimensões Componente Cognitiva e o PDSS ($r=.374^{**}$). Desta forma, isto sugere que quanto mais elevado são os níveis de sonolência diurna, maiores são os níveis de ansiedade. Confirma-se, assim, a hipótese enunciada.

Tabela 6
Correlações PDSS e S.A.S.

	PDSS
Componente Cognitiva	.374**
Componente Motora	.354**
Componente Vegetativa	.212
Componente Sistema Nervoso Central	.274*

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

Objetivo 5: Analisar se existe uma relação entre a regulação emocional e os níveis de ansiedade

Hipótese 3: É esperado que quanto menor for as estratégias de regulação emocional, maior sejam os níveis de ansiedade

Na correlação entre a escala ERICA e a escala S.A.S., existem diversas correlações significativas negativas, no qual, a correlação mais elevada ocorre entre as dimensões Controlo Emocional e a Componente Motora ($r = -.374^{**}$). Os restantes coeficientes de correlação caracterizam-se por serem não significativos. Contudo, isto sugere que quanto mais elevado são os recursos de estratégias de regulação emocional, menores são os níveis de ansiedade. Não se confirma, assim, a hipótese enunciada.

Tabela 7

Correlações ERICA e S.A.S.

	ERICA		
	Controlo Emocional	Autoconsciência Emocional	Responsividade e Situacional
Componente Cognitiva	-.368 ^{**}	-.245	.010
Componente Motora	-.374 ^{**}	-.249 [*]	.059
Componente Vegetativa	-.187	-.075	.068
Componente Sistema Nervoso Central	-.265 [*]	-.171	-.052

^{**}. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

^{*}. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Comparação por níveis de escolaridade

Na comparação por níveis de escolaridade, apenas foi encontrado uma diferença significativa no componente sistema nervoso central ($F(2) = 3.21, p < .05$). O 7º ano revelou níveis significativamente superiores da componente do sistema nervoso central ($M = 5.30, DP = 1.89$), comparativamente com o 9º ano ($M = 4.11, DP = 1.65$).

Tabela 8*Diferenças de Escolaridade*

	7º ano		8º ano		9º ano		<i>F</i>
	M	DP	M	DP	M	DP	
Escala de Sonolência Diurna	13.29	5.89	10	3.89	13.26	5.11	1.94
Escala de Regulação Emocional							
Controlo Emocional	30.9	6.43	30.75	5.40	29.74	5.16	.310
Autoconsciência Emocional	12.38	2.09	11	2.30	11.65	2.23	1.60
Responsividade Situacional	18.14	1.93	17	3.74	17.19	2.4	1.10
Escala de Ansiedade							
Componente Cognitiva	11.79	3.66	10.31	3.16	11.21	3.27	.726
Componente Motora	9.29	2.76	9.27	2.79	8.51	2.27	.742
Componente Vegetativa	19.64	3.98	19.58	4.84	18.55	3.81	.557
Componente Sistema Nervoso Central	5.30	1.89	4.27	1.46	4.11	1.65	3.21

Parte IV – Discussão dos Resultados

Discussão dos Resultados

Esta investigação apresenta como propósito averiguar se existe uma relação significativa entre a sonolência diurna, as estratégias de regulação emocional e os níveis de ansiedade, nos alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico. Neste seguimento e com base nos resultados apresentados anteriormente, iremos efetuar a discussão dos mesmos, considerando o enquadramento teórico.

A presente investigação, de modo, a satisfazer todos os objetivos inicialmente propostos, procurou averiguar o nível de sonolência diurna, de regulação emocional e de ansiedade nesta população-alvo.

Assim, depois de analisados os resultados obtidos, foi possível verificar que os adolescentes que participaram neste estudo revelaram uma sonolência diurna normativa, demonstrando uma média de 12.66. Embora esta média apresente um valor mais reduzido, comparativamente, a outras investigações efetuadas em diferentes países, esta pode estar relacionada com diversos fatores, tais como, o começo e o fim das aulas, o trânsito para chegar à escola e a casa e o tempo que se disponibiliza para a realização dos trabalhos de casa (Altan *et al.*, 2018). O estudo dos autores Randler *et al.*, (2019) confirma que os valores diminuem conforme a idade dos adolescentes, ou seja, os valores são mais elevados em adolescentes mais velhos, comparativamente, a adolescentes mais novos. Assim, segundo estes autores, a idade é uma condição essencial para o nível de sonolência diurna, visto que está relacionada com o desenvolvimento dos adolescentes. Desta forma, conclui-se que os adolescentes mais velhos necessitam de descansar por mais tempo, contrariamente, aos adolescentes mais novos, com a finalidade de alcançarem o mesmo grau de desempenho cognitivo. Com estes resultados foi possível comprovar que a sonolência diurna ao não apresentar níveis elevados representa um sinal favorável de atendimento das necessidades diárias relacionadas com o sono (Altan *et al.*, 2018).

A adolescência é caracterizada como uma fase de diversos desafios, no que diz respeito às emoções, todavia, esses desafios emocionais (integrar num grupo, por exemplo), que esta população experiencia, estão relacionados com a forma como estes indivíduos regulam as suas emoções (Lennarz *et al.*, 2019). Assim, através deste estudo, foi possível averiguar que os adolescentes apresentaram valores elevados, relativamente à regulação emocional, com uma

média de 59.55, estando de acordo com o estudo realizado por Reverendo (2011), no qual, também demonstraram uma média muito semelhante, 59.7. Também segundo este autor, os valores mais elevados referem-se a adolescentes que apresentam uma regulação emocional apropriada, ajustada e funcional. Os autores Lennarz *et al.*, (2019) mencionam que uma regulação emocional adaptativa e funcional é essencial para o funcionamento psicossocial e, posteriormente para o desenvolvimento de saúde mental. Segundo os autores Sanchis-Sanchis *et al.*, (2020) a aquisição de competências para articular as respostas emocionais, no período da adolescência, encontra-se, profundamente, associada à maturação que delineia distintos níveis, nomeadamente o nível cognitivo, fisiológico e comportamental. Assim, determinadas particularidades do ambiente que os adolescentes frequentam podem beneficiar ou complicar as competências e capacidades que os mesmos aprendem para manifestar as emoções.

Relativamente à ansiedade, foi possível verificar que os adolescentes apresentaram uma média de 43.77, no qual, segundo o autor Sequeiros (2009) estes valores demonstram uma ansiedade dentro de valores normativos, contudo, está no limiar de uma ansiedade média a moderada. Estes resultados vieram contrariar a suposição de que os adolescentes apresentam elevados níveis de ansiedade. Segundo os autores Bertuol & Valentini (2006), estes valores podem estar relacionados com a fase maturacional dos adolescentes, sendo que os adolescentes mais velhos manifestam níveis mais elevados de ansiedade, comparativamente a adolescentes mais novos. A ansiedade quando surge em dimensões equilibradas, proporciona uma redução na “exibição inconsciente e irrefletida” a determinados perigos que é propício da adolescência, assim como, uma diminuição de morbilidade (Silva & Silva, 2013). Os autores Nelemans *et al.*, (2014) mencionam que os indícios de ansiedade pertencem ao desenvolvimento regular de todos os indivíduos e, desta forma, os adolescentes deparam-se com novas situações no decorrer da sua evolução, no qual, os indícios de ansiedade apresentam uma tendência em crescer ou diminuir. Também investigações dos autores Hale *et al.*, (2008) e Van Oort *et al.*, (2009) referem que os indícios de ansiedade apresentam-se como comuns no começo da adolescência, todavia, estes vão diminuindo no decorrer da mesma.

O objetivo 2 pretende analisar as diferenças entre o género, no qual, foi possível concluir que a escala que avalia a sonolência diurna demonstrou uma maior prevalência desta no sexo feminino (13.70), comparativamente ao sexo masculino (11.89), contudo, não apresenta diferenças significativas. Assim sendo, também o estudo dos autores Fatani *et al.*, (2015), confirma que a sonolência diurna é mais frequente em adolescentes do sexo feminino, comparativamente ao sexo masculino, no qual, acreditam que possa estar relacionado com a

maneira como os adolescentes encaram a vida, assim como, as atividades físicas e as condutas de saúde. O estudo de Moreno (2012) confirma que estes valores podem estar relacionados com a adolescência ser mais precoce nas meninas e o estudo de Barbosa *et al.*, (2020), além de concordar com as várias investigações referidas anteriormente, acrescenta que a maturação cerebral sucede no sexo feminino, de modo mais veloz, e também o ritmo circadiano e a capacidade de humor podem apresentar consequências na sonolência diurna.

Relativamente à escala que avalia a regulação emocional, foi possível averiguar que o sexo feminino demonstrou valores mais elevados, comparativamente ao sexo masculino. A subescala “responsividade situacional” apresentou diferenças significativas em função do sexo, no qual, o sexo feminino revelou níveis significativamente superiores, relativamente ao sexo masculino. Desta forma, a autora Reverendo (2011) veio reforçar os resultados, visto que, o seu estudo demonstrou também diferenças significativas na subescala “responsividade situacional” que está relacionada com as atitudes emocionais socialmente adaptativas. Na regulação emocional, o género cumpre uma função fundamental, no qual, diversos estudos referem que o sexo feminino consegue apresentar uma melhor regulação emocional, comparativamente ao sexo masculino (Reverendo, 2011). Também o estudo dos autores Sancho *et al.*, (2019) demonstrou que o sexo feminino apresentou menos dificuldades em regular as suas emoções, comparativamente ao sexo masculino. Esta situação pode ocorrer devido ao sexo feminino demonstrar uma elevada propensão em mencionar o seu estado emocional e, desta forma, utilizar estratégias de regulação emocional mais adequadas, visto que, o sexo masculino apresenta mais dificuldades em utilizar estratégias de regulação emocional apropriadas (Sancho *et al.*, 2019). O sexo feminino apresenta uma maior tendência em utilizar estratégias de reavaliação cognitiva, com a finalidade de regular as suas próprias emoções, enquanto o sexo masculino apresenta uma propensão em utilizar a supressão manifesta (Zhang *et al.*, 2020). Esta diferença de valores pode estar relacionada com os níveis de reatividade, isto é, o sexo feminino demonstra uma maior veemência de melancolia, irritabilidade, contrariamente ao sexo masculino (Reverendo, 2011).

A nível da escala da ansiedade, foi possível averiguar que o sexo feminino predominou em todas as subescalas, apresentando valores mais elevados, comparativamente ao sexo masculino, revelando até valores com diferenças significativas. Segundo os autores Giraldo *et al.*, (2018), os níveis de ansiedade são mais elevados no sexo feminino, comparativamente ao sexo masculino, o que pode estar relacionado com, o facto, de o sexo masculino apresentar uma maior confluência de testosterona, ao passo que, o sexo feminino apresenta uma maior

confluência de estrogênio. Assim, estas hormonas podem ajudar a controlar a forma como os homens e as mulheres respondem ao stress. Todavia, com o estudo dos autores Chaves *et al.*, (2015), foi possível apurar que, apesar do sexo feminino demonstrar valores mais elevados que o sexo masculino, estes divergem entre eles, no que diz respeito aos sentimentos de ansiedade, visto que, os maiores níveis de ansiedade no sexo feminino podem estar relacionados com diversas condições, assim como, fisiológicas e psicossociais. Por último, também os autores Smirni *et al.*, (2020) referem que o sexo feminino experiencia sentimentos de aflição e angústia associados a uma elevada ansiedade, ainda que revelem competências de consciência emocional idênticas ao sexo masculino.

Segundo os resultados do nosso estudo, a sonolência diurna afeta, negativamente, as estratégias de regulação emocional. O mesmo comprova o estudo de Rhie *et al.*, (2011), que elevados valores de sonolência diurna, conduzem a reduzidas estratégias de regulação emocional, revelando como consequências uma maior instabilidade emocional e a uma diminuição do rendimento escolar. Assim, o estudo de Kendall & Peterman (2015) refere que na adolescência, os jovens atravessam uma fase caracterizada por diversas modificações, tanto ao nível biológico como ao nível social, que prejudicam, severamente, a qualidade do sono que, por sua vez, conduz a uma sonolência diurna, o que contribui para uma reduzida regulação emocional. A sonolência diurna encontra-se muito presente na fase da adolescência e, desta forma, acarreta diversas adversidades aos adolescentes, nomeadamente, surge um aumento de violência/agressividade, dificuldades de comportamento, temperamento negativo, rendimento académico reduzido e dificuldades em moderar e regular as emoções (Spilsbury *et al.*, 2007). Também diversos estudos evidenciam que a relação entre um sono desajustado e as dificuldades emocionais podem prejudicar, severamente, os indícios emocionais, o que pode evoluir para o desenvolvimento de indícios afetivos (Sarchiapone *et al.*, 2014). Os adolescentes ao diminuírem o sono durante a semana, prolongam-no durante o fim de semana, o que provoca um maior cansaço durante o período de aulas. Assim, esta inconstância dos horários relacionados com o sono apresenta uma grande probabilidade de desencadear uma sonolência excessiva. Uma elevada sonolência diurna e um sono insuficiente intrometem-se, consideravelmente e negativamente, na estabilidade emocional (Giannotti *et al.*, 2002).

Relativamente à análise da sonolência diurna e da ansiedade, foi possível averiguar que a sonolência diurna afeta, negativamente, os níveis de ansiedade. Os autores Chung *et al.*, (2020) identificaram os problemas psiquiátricos que mais afetam e manipulam o sono, sendo eles, as perturbações do foro mental, especialmente a ansiedade e a depressão, devido a serem

persuadidos pela instabilidade do ritmo circadiano. Segundo o estudo de Orchard *et al.*, (2020), os adolescentes demonstraram níveis mais elevados de sonolência diurna ao apresentarem níveis mais elevados de ansiedade. Estes resultados não admiram estes autores, visto que, a latência do começo do sono, em período de aulas, apresenta uma maior tendência a desenvolver problemas relacionados com o acordar ou inquietações pré-sono, no qual, estas dificuldades podem estar relacionadas com o surgimento de ansiedade. As consequências que a ansiedade desencadeia na sonolência diurna podiam ser mais controladas, se os adolescentes apresentassem uma melhor quantidade e qualidade do sono, assim como, uma maior atenção no accionamento do sistema fisiológico, nomeadamente o stress, que pode originar em cansaço (Calhoun *et al.*, 2011). Os autores Moore *et al.*, (2009) referem que os adolescentes que apresentam maiores níveis de ansiedade necessitam de um maior descanso, comparativamente a outros indivíduos, devido ao seu dia-a-dia carecer de um maior desgaste ou energia, e também estes adolescentes manifestam uma perceção e conhecimento negativo sobre o seu sono e sonolência.

No que diz respeito à relação entre a regulação emocional e a ansiedade, verificou-se que as estratégias de regulação emocional conduzem a menores níveis de ansiedade. A adolescência caracteriza-se por ser uma fase de maior risco para o surgimento de perturbações de ansiedade (Young *et al.*, 2019), visto que, os adolescentes experienciam mais regularmente e intensamente as emoções negativas devido aos infundáveis desafios do dia-a-dia (Schäfer *et al.*, 2017). É do senso comum que situações de maior stress, assim como, determinadas contrariedades na fase da infância representam condições de risco para o desenvolvimento de uma patologia no futuro. Contudo, existem fundamentos que referem que a competência para regular as emoções em situações de maior stress pode cumprir uma função de mediador. Também em virtude de uma maior autonomia, durante esta fase, os adolescentes, perante uma situação de stress, podem demonstrar uma necessidade em regular as suas emoções, porém, caso isto não aconteça, pode conduzir a problemas relacionados com a saúde mental (Young *et al.*, 2019). Segundo os autores Mathews *et al.*, (2014), os indivíduos que não detenham um conhecimento ou compreensão sobre as suas emoções apresentam maiores probabilidades de desenvolverem indícios de ansiedade. A regulação emocional adequada e adaptativa considera-se uma segurança perante os indícios psicopatológicos, visto que, possibilitam ao adolescente superar acontecimentos ou eventos que sejam emocionalmente estimulantes. Pelo contrário, uma regulação emocional desadequada ou desadaptativa pode conduzir a experiências mais veementes e demoradas de emoções negativas (Schäfer *et al.*, 2017). Desta forma, a regulação

emocional considera-se fundamental para o desenvolvimento da perturbação de ansiedade (Young *et al.*, 2019).

Em síntese, é possível concluir que o sono é uma condição fundamental para a saúde mental e física, sendo, para os adolescentes um fator essencial para o seu desenvolvimento, especialmente em questões de nível emocional, promovendo um crescimento saudável e com menores probabilidades de desenvolverem ansiedade ou outras perturbações. Os indivíduos que apresentem um sono insuficiente sofrem de sonolência diurna, que perante situações de maior ansiedade potencia uma reação emocional mais intensa.

Parte V – Conclusão

Conclusão

Ao longo desta investigação foram contextualizadas as variáveis face à literatura, evidenciados os instrumentos, as metodologias adotadas e explicitados os resultados da análise em geral e em pormenor perante os dados recolhidos. Também foi possível, através deste estudo, verificar que existe uma relação entre a sonolência diurna, a regulação emocional e os níveis de ansiedade, em adolescentes do 3º ciclo.

O sono é considerado uma condição fundamental para os sujeitos conseguirem manter uma vida saudável e equilibrada, sendo também um fator chave para a estabilidade emocional e para o desenvolvimento de diversas perturbações, nomeadamente a ansiedade. Através de um sono desajustado, surge a sonolência diurna que é uma questão que, nos últimos anos, se tem tornado uma grande preocupação para a saúde pública devido aos adolescentes apresentarem um sono insuficiente, resultando em modificações intrínsecas no ciclo do sono-vigília e extrínsecas, relativamente ao deitar tarde e despertar cedo. Neste estudo, os adolescentes apresentaram um sono adequado, sendo assim possível garantir um desenvolvimento e crescimento normativo, um melhor desempenho escolar e uma boa saúde psicológica e física. Resumidamente, estes valores indicam que os adolescentes demonstram um sono adequado e de boa qualidade, contudo é sempre importante consciencializar os jovens sobre a relevância de um sono satisfatório, visto que um sono desajustado pode desencadear problemas a nível fisiológico e psicológico.

A adolescência é uma fase de risco onde surge um aumento dos problemas de sono e dificuldades emocionais, que podem evoluir para o desenvolvimento da ansiedade. Um sono desajustado está relacionado com um aumento de emoções negativas, reduzidas emoções positivas e uma maior reatividade perante situações emocionalmente difíceis.

Neste estudo também foi possível compreender a importância da sonolência diurna e da regulação emocional nos adolescentes, visto que níveis elevados de sonolência provocam uma regulação emocional desajustada, podendo resultar em comportamentos desadequados (comportamentos de risco), uma maior irritabilidade e oposição. Também no cérebro dos jovens, os circuitos pré-frontais subcorticais que controlam as emoções estão a desenvolver-se nesta fase, sendo que esse desenvolvimento pode ser modificado devido à sonolência. A sonolência pode ser responsável, não apenas por desencadear uma diversidade de estados

emocionais, porém a perda de controle nas respostas emocionais, o que resulta em adolescentes emocionalmente instáveis e mais reativos com as pessoas, originando dificuldades sociais e de interação. Todavia, o sono e a regulação emocional encontram-se interligados, no qual, o desenvolvimento de um pode desenvolver, reciprocamente o outro. A presente investigação ressalta a importância de abordar as dificuldades do sono para melhorar o emprego de estratégias de regulação emocional adaptativas pelos adolescentes, posteriormente no seu desenvolvimento.

Os adolescentes ao longo da vida vão passando por constantes desafios, tanto problemas reais como imaginários perante o mundo, pretendendo-se do adolescente respostas apropriadas em variadas situações. Neste contexto, é imprescindível o conhecimento e supervisão da manifestação de ansiedade e quais as situações onde essa característica tende a ocorrer com mais frequência. A ansiedade é uma condição essencial à sobrevivência humana, porém é diversas vezes caracterizada como uma experiência desagradável que origina uma grande tensão ou desconforto pela previsão de perigo. Os indícios de ansiedade podem aumentar a competência que o adolescente tem em confrontar as situações, tanto situações mais perigosas como situações que são positivas, porém desafiadoras. Neste contexto, os indícios de ansiedade não devem ser referidos como dificuldades e problemas, porém como recursos. A ansiedade é considerada uma das consequências mais relevantes da sonolência, sendo esta relação bidireccional devido aos problemas de sono desencadearem ansiedade, assim como a ansiedade desenvolver problemas de sono.

A ligação entre os problemas relacionados com o sono e a ansiedade considera-se uma condição fundamental para a saúde mental dos adolescentes. A adolescência é um período onde o sono sofre variadas modificações estruturais, no qual podem desenvolver problemas na qualidade do sono, assim como, originar conflitos negativos em várias áreas de vida do adolescente. Compreende-se, desta forma que, atualmente, os adolescentes são bastante vulneráveis às preocupações da ansiedade, visto que nesta fase as emoções ganham maiores dimensões, sendo, por isso, essencial valorizar a importância da ansiedade. O sono apresenta uma função essencial na qualidade de vida dos adolescentes e, desta forma, é necessário que os jovens tenham em atenção a relação entre o sono e a ansiedade, para que estes apliquem medidas de prevenção relativamente à ansiedade e ao resultado negativo que esta desencadeia no sono.

No contexto escolar é viável reconhecer a presença de diversas variáveis que podem influenciar o processo de aprendizagem e a vida do adolescente fora do âmbito da escola. A

ansiedade pode surgir em qualquer idade e contexto, sendo que no contexto escolar, a ansiedade pode surgir em todos os alunos, nomeadamente alunos com um bom desempenho ou alunos com um reduzido desempenho. Os alunos que apresentam um bom desempenho podem desencadear a ansiedade devido a quererem corresponder às suas expectativas ou dos outros, enquanto os alunos que apresentam um desempenho reduzido, a ansiedade pode surgir em virtude da repetição de insucesso escolar, por exemplo. Assim, determinados adolescentes ansiosos podem demonstrar respostas afetivas como a apatia, irritabilidade e desmotivação na aprendizagem. A ansiedade caracteriza-se por ser uma emoção normal e adequada que auxilia os indivíduos a confrontarem situações mais desafiantes, contudo ao ultrapassar determinados limites pode interferir no quotidiano do adolescente. A experimentação de emoções negativas no funcionamento diário contribui para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade. As estratégias de regulação emocional desadaptativas encontram-se mais relacionadas com a evolução de patologias do foro mental, contrariamente a estratégias de regulação emocional adaptativas. Desta forma, as estratégias de regulação emocional desadaptativas afetam, mais gravemente, o funcionamento individual, do que a inexistência de estratégias de regulação emocional adaptativas. Para concluir, importa salientar a relevância de os adolescentes expressarem as suas emoções e que possuam consciência das mesmas.

No nosso dia-a-dia, passamos cerca de 47% do tempo em piloto automático, o que significa que passamos metade do dia sem perceber o que está a acontecer ao nosso redor. Com a nossa mente a vaguear, encontramos-nos mais sensíveis e vulneráveis à ansiedade, assim é necessário estarmos conscientes do que se passa no nosso corpo, na nossa mente e nas nossas emoções. Desta forma, é possível responder à questão de investigação: “Será que se verifica uma relação entre a sonolência diurna, a regulação emocional e os níveis de ansiedade em alunos do 3º ciclo?”. Considerando os resultados obtidos pode-se confirmar que é possível responder à questão inicial, visto que existiram diferenças significativas na sonolência diurna, regulação emocional e nos níveis de ansiedade. Assim, esta investigação conseguiu cumprir os objetivos e hipóteses a que se propôs.

Limitações do Estudo e Propostas para Futuras Investigações

Para culminar o presente estudo, iremos determinar algumas limitações assinaladas ao longo da sua realização, assim como, referir algumas propostas para futuras investigações.

A presente amostra foi constituída, apenas, por alunos de uma instituição privada, sendo uma instituição com as suas características muito próprias. Também o número reduzido de participantes foi um fator limitativo do estudo, o que poderá influenciar os resultados do mesmo. O facto de a amostra ter sido escolhida por conveniência devido à localização geográfica foi outro fator que pode ter limitado a investigação.

Outro aspeto a considerar está relacionado com esta investigação apresentar um corte transversal onde os dados são recolhidos num determinado momento e não é exequível falar de causalidade, visto que não é possível afirmar com toda a certeza que uma variável está associada a outra. Também foi possível verificar a carência de estudos com esta população-alvo em particular, o que, por sua vez, dificultou a comparação dos resultados com outros estudos.

Para futuras investigações poderia ser interessante e importante realizar um estudo longitudinal para verificar se os valores modificariam no decorrer do tempo e para ter a confirmação se uma determinada variável realmente está associada a outra. Outro aspeto que poderia ser relevante, está relacionado com incluir alunos de diversos contextos, tanto étnicos como sociodemográficos, de forma a realizar estudos que apresentem como finalidade comparar as escolas públicas com as escolas privadas, onde era possível uma melhor comparação dos resultados. Para finalizar, propomos a repetição deste estudo e com uma amostra maior, no qual, envolvam outros setores de amostra, isto é, professores, médicos, advogados, entre outros.

Referências

Achmad, H., Huldani, Inayah, N. H., & Ramadhany, Y. (2020). A Systematic Review of Oral Myofunctional Therapy for Future Treatment in Pediatric Obstructive Sleep Apnea (OSA). *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(6), 522-528. <https://doi.org/10.31838/srp.2020.6.80>

Acuña-Castroviejo, S. (2018). *Sono e vigília. O cérebro em ação*. Bonallete Alcompas, S. L.

Afkham-Ebrahimi, A., Rasoulzadeh, M., Taherifar, Z., & Zare, M. (2010). The impact of anxiety on sleep quality. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 23(4), 184-188. http://mjiri.iums.ac.ir/files/site1/user_files_e9487e/admin-A-10-1-82-72468ea.pdf

Aguilar, A. C., Frange, C., Pimentel, L. H. P., Reis, M. J., Tufik, S., & Coelho, F. M. S. (2020). Lisdexamfetamine to Improve Excessive Daytime Sleepiness and Weight Management in Narcolepsy: A Case Series. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 314-316. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0544>

Alejo, A. A., Aidar, F. J. A., Matos, D., Santos, M. D. M., Silva, D. S., Souza, R. F., Santos, J. L., Souza, L. M. V., Costa, C. F. T., & Silva, A. N. (2020). Does Pre-Competitive Anxiety Interfere in the Performance of Boxing Athletes in Brazil? A Pilot Study. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 26(2), 139-142. <https://doi.org/10.1590/1517-86922020602218943>

Alfano, C. A., Patriquin, M. A., & Reyes, A. D. L. (2015). Subjective-Objective Sleep Comparisons and Discrepancies Among Clinically-Anxious and Healthy Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(7), 1343-1353. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0018-7>

Altan, S. S., Bektas, M., Celik, I., Gerceker, G. O., Ok, Y. S., Ozdemir, E. Z., & Aricioglu, A. (2018). Factors affecting daytime sleepiness in adolescents. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1840-1848. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/57_altan_original_11_3.pdf

Alvaro, P. K., Roberts, R. M., & Harris, J. K. (2013). A Systematic Review Assessing Bidirectionality Between Sleep Disturbances, Anxiety, and Depression. *Sleep*, 36(7), 1059-1068. <https://doi.org/10.5665/sleep.2810>

American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ªed.). Climepsi Editores.

Amorim, S. M. M. (2014). *Sintomatologia depressiva e ansiosa em utilizadores do Facebook* (Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona, Porto, Portugal)

Amorim, S., Leite Â., & Souto, T. (2017). Sintomatologia depressiva e ansiosa em utilizadores portugueses do Facebook. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(1), 166-183. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v69n1/13.pdf>

Andrews, G., Bell, C., Boyce, P., Gale, C., Lampe, I., Marwat, O., Rapee, R., & Wilkins, G. (2018). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Panic Disorder, Social Anxiety Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(12), 1109-1172. <https://doi.org/10.1177/00004867418799453>

Antunes, H. K. M., Andersen, M. L., Tufik, S., & Mello, M. T. D. (2007). Privação de Sono e Exercício Físico. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 14(1), 51-56. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922008000100010>

Babaev, O., Chatain, C. P., & Krueger-Burg, D. (2018). Inhibition in the Amygdala Anxiety Circuitry. *Experimental & Molecular Medicine*, 50(4), 1-16. <https://doi.org/10.1038/s12276-018-0063-8>

Balaram, K., & Marwaha, R. (2020). *Agoraphobia*. StatPearls.

Ban, D. J., & Lee, T. J. (2001). Sleep Duration, Subjective Sleep Disturbances and Associated Factors Among University Students in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 16(4), 475-480. <https://doi.org/10.3346/jkms.2001.16.4.475>

Barbosa, S. M. M. L., Batista, R. F. L., Rodrigues, L. S., Bragança, M. L. B. M., Oliveira, B. R., Simões, V. M. F., Eckeli, A. L., & Silva, A. A. M. (2020). Prevalence of Excessive Daytime Sleepiness and Associated Factors in Adolescents of the RPS Cohort, in

São Luís (MA), Brazil. *Revista Brasileira Epidemiol*, 23, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200071>

Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made: The secret life of the brain*. Houghton Mifflin Harcourt

Basyouni, S. S. (2018). Separation Anxiety and its Relation to Parental. *American Journal of Educational Research*, 6(7), 967-976. <https://doi.org/10.12691/education-6-7-12>

Bertuol, L., & Valentini, N. C. (2006). Ansiedade Competitiva de Adolescentes: Gênero, Maturação, Nível de Experiência e Modalidades Esportivas. *Revista da Educação Física/UEM*, 17(1), 65-74. <https://doi.org/10.4025/reveducfisv17n1p65-74>

Blakemore, S. (2018). Avoiding Social Risk in Adolescence. *Current Directions in Psychological Science*, 27(2), 116-122. <https://doi.org/10.1177/0963721417738144>

Bobrowicz-Campos, E., Pinho, M. S., & Matos, A. P. (2017). Versão portuguesa do inventário das cognições associadas à mania: Revisto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 401-419. https://eg.uc.pt/bitstream/10316/47369/1/CCLMR_vers%C3%A3o%20portuguesa_2017%5B1%5D.pdf

Boly, M., Perlberg, V., Marrelec, G., Schabus, M., Laureys, S., Doyon, J., Pélégri-issac, M., Maquet, P., & Benali, H. (2012). Hierarchical Clustering of Brain Activity During Human Nonrapid Eye Movement Sleep. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(15), 5856–5861. <https://doi.org/10.1073/pnas.1111133109>

Bonvalet, M., Ollila, H. M., Ambati, A., & Mignot, E. (2017). Autoimmunity in Narcolepsy. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 23(6), 522-529. <https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000426>

Bouchard, S., Dumoulin, S., Robillard, G., Guitard, T., Klinger, É., Forget, H., Loranger, C., & Roucaut, F. X. (2017). Virtual Reality Compared With In vivo Exposure in the Treatment of Social Anxiety Disorder: A Three-Arm Randomized Controlled Trial. *The British Journal of Psychiatry*, 210(4), 276-283. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.184234>

Braunstein, L. M., Gross, J. J., & Ochsner, K. N. (2017). Explicit and Implicit Emotion Regulation: A Multi-Level Framework. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(10), 1545-1557. <https://doi.org/10.1093/scan/nsx096>

Brown, W. J., Wilkerson, A. K., Boyd, S. J., Dewey, D., Mesa, F., & Bunnell, B. E. (2017). A Review of Sleep Disturbance in Children and Adolescents with Anxiety. *Journal of Sleep Research*, 27, 1-18. <https://doi.org/10.1111/jsr.12635>

Calhoun, S. L., Vgontzas, A. N., Mendoza, J. F., Mayes, S. D., Tsaoussoglou, M., Basta, M., & Bixler, E. O. (2011). Prevalence and Risk Factors of Excessive Daytime Sleepiness in a Community Sample of Young Children: The Role of Obesity, Asthma, Anxiety/Depression, and Sleep. *Sleep*, 34(4), 503-507. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.4.503>

Campbell, I. G., Burright, C. S., Kraus, A. M., Grimm, K. J., & Feinberg, I. (2017). Daytime Sleepiness Increases with Age in Early Adolescence: A Sleep Restriction Dose-Response Study. *Sleep*, 40(5), 1-8. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsx046>

Campos, D. C. O., Soares, Y. P., Colaço, A. X. P., & Cruz, B. M. S. (2017). Síndrome da apneia obstrutiva do sono. *Revista inspirar*, 12(1), 29, 36. <https://www.inspirar.com.br/wpcontent/uploads/2017/02/artigo5s%C3%83%C2%ADndrome-da-apn%C3%83%C2%A9ia.pdf>

Campsen, N., & Buboltz, W. C. (2017). Lifestyle factor's impact of college students. *Austin Journal Sleep Disorders*, 4(1), 1-8. https://www.researchgate.net/publication/315843700_Lifestyle_Factors'_Impact_on_Sleep_of_College_Students_Austin_Journal_of_Sleep_Disorders

Capelani, C. R. L., & Dias, R. G. (2017). Qualidade de sono na coordenação geral de adolescentes entre 12 e 14 anos. *Do corpo: Ciências e Artes*, 7(1), 31-44. <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/docorpo/article/view/5952/3194>

Cardoso, H. C., Bueno, F. C. C., Mata, J. C., Alves, A. P. R., Jochims, I., Vaz, I. H. R., & Hanna, M. M. (2009). Avaliação da Qualidade de Sono em Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 349-355. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000300005>

Cardy, J. L., Waite, P., Cocks, F., & Creswell, C. (2020). A Systematic Review of Parental Involvement in Cognitive Behavioural Therapy for Adolescent Anxiety Disorders.

Clinical Child and Family Psychology Review, 23(3), 483-509. <https://doi.org/10.1007/s10567-2020-00324-2>

Carleton, E. L., & Barling, J. (2020). Indirect Effects of Obstructive Sleep Apnea Treatments on Work Withdrawal: A Quasi-Experimental Treatment Outcome Study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 25(6), 426-438. <https://doi.org/10.1037/ocp0000183>

Carvalho, D. Z., Louis, E. K. S., Knopman, D. S., Boeve, B. F., Lowe, V. J., Roberts, R. O., Mielke, M. M., Przybelski, S. A., Machulda, M. M., Petersen, R. C., Jack, C. R., & Vemuri, P. (2018). Association of Excessive Daytime Sleepiness with Longitudinal β -Amyloid Accumulation in Elderly Persons Without Dementia. *JAMA Neurology*, 75(6), 672-680. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.0049>

Carvalho, J. P.G., Sguarezi, O. G. M., & Stuchi, L. F. (2018). Transtornos de ansiedade. *Saúde & Conhecimento*, 2, 23-26. <http://www.periodicos.univag.com.br/index.php/jornaldemedicina/article/viewFile/1066/1241>

Cerdas, M. T. G. (2018). Narcolepsia: Abordaje Diagnostic y Terapeutico. *Revista Medica Simergia*, 3(12), 13-24. <https://doi.org/10-31434/rms.v3i12.161>

Charpentier, C. J., Hindocha, C., Roiser, J., & Robinson, O. J. (2016). Anxiety Promotes Memory for Mood-Congruent Faces but does not Alter Loss Aversion. *Scientific Reports*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.1038/srep24746>

Chaves, E. C. L., Iunes, D. H., Moura, C. C., Carvalho, L. C., Silva, A., & Carvalho, E. (2015). Anxiety and Spirituality in University Students: A Cross-Sectional Study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3), 504-509. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680318i>

Chesham, R. K., Malouff, J. M., & Schutte, N. S. (2018). Meta-Analysis of the Efficacy of Virtual Reality Exposure Therapy for Social Anxiety. *Behaviour Change*, 35(3), 152-166. <https://doi.org/10.1017/bec.2018.15>

Christoforou, M., Fonseca, A., & Tsakanikos, E. (2017). Two Novel Cognitive Behavioral Therapy-Based Mobile Apps for Agoraphobia: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), 1-13. <https://doi.org/10.2196/jmir.7747>

Chueh, K., Guilleminault, C., & Lin, C. (2019). Alcohol Consumption as a Moderator of Anxiety and Sleep Quality. *Journal of Nursing Research*, 27(3), 1-6. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000300>

Chung, J., Choi, E., Lee, A., Kim, S., Lee, K., Kim, B., Park, S., Jung, K., Lee, S., & Park, M. (2020). The Difference in Sleep, Depression, Anxiety, and Internet Addiction Between Korean Adolescents With Different Circadian Preference. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(5), 524-530. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_254_19

Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion Regulation as a Transdiagnostic Process. *Emotion*, 20(1), 37-42. <https://doi.org/10.1037/emo0000646>

Cock, V. C. (2016). Sleepwalking. *Current Treatment Options in Neurology*, 18(2), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11940-0150388-8>

Cruz, M. C., Cruz, L. C., Camargo, R. P., & Cruz, M. C. C. (2017). Terror Noturno: Revisão Bibliográfica de uma Parassonia. *Arch Health Invest*, 6(12), 604-607. <https://doi.org/10.21270/archi.v6i12.2272>

Coelho, C. M., Gonçalves-Bradley, D., & Zsido, A. N. (2020). Who Worries About Specific Phobias? – A Population-Based Study of Risk Factors. *Journal of Psychiatric Research*, 126, 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.001>

Compas, B., Jaser, S. S., Bettis, A., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, Emotion Regulation, and Psychopathology in Childhood and Adolescence: A Meta-Analysis and Narrative Review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939-991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>

Costa, A. R., Mendes, C., Vieira, D., Nobre, S., Teixeira, S., Lopes, J., & Costa, S. (2018). Avaliação da ansiedade-estado em estudantes universitários de psicologia. *Revista Eletrónica de Educação e Psicologia*, 9, 49-61. http://edupsi.utad.pt/images/REVISTA_9/avaliacao_da_ansiedade.pdf

Cotrufo, T., & Bares, J. M. U. (2018). *O cérebro e as emoções. Sentir, pensar, decidir*. Bonallete Alcompas, S. L.

Coutinho, C. P. (2014) *Metodologia de investigação em ciências humanas: Teoria e prática* (2ª ed.). Almedina.

Crocq, M. A. (2017). The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 107-116. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573555/>

Dahl, R. E. (1999). The consequences of insufficient sleep for adolescents: links between sleep and emotional regulation. *Phi Delta Kappan*, 80(5), 354-359. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ579411&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Davis, M. M., Miernicki, M. E., Telzer, E. H., & Rudolph, K. D. (2019). The Contribution of Childhood Negative Emotionality and Cognitive Control to Anxiety-Linked Neural Dysregulation of Emotion in Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(3), 515-527. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0456-0>

Demirbas, N., & Kutlu, R. (2020). The Effect of Obesity on Depression and Excessive Daytime Sleepiness. *Cumhuriyet Medical Journal*, 42(2), 163-169. <https://doi.org/10.7197/cmj.vi.557535>

Denny, B. T. (2020). Getting Better Over Time: A Framework for Examining the Impact of Emotion Regulation Training. *Emotion*, 20(1), 110-114. <https://doi.org/10.1037/emo0000641>

Desatnik, A., Bel-Bahar, T., Nolte, T., Crowley, M., Fonagy, P., & Fearon, P. (2017). Emotion Regulation in Adolescents: An ERP Study. *Biological Psychology*, 129, 52-61. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.08.001>

Dey, R., Dutta, S., & Bhandari, S. S. (2020). Sleep Quality and Daytime Sleepiness Among the Clinicians Working in a Tertiary Care Center in Sikkim, India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(2), 141-146. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_439_18

Dopheide, J. A. (2010). Anxiety. In J. E. Tisdale & D. A. Miller (Eds.), *Drug-induced diseases: Prevention, detection, and management* (2^a ed., pp.333-343). ASHP.

Draghi, T. T. G., Cavalcante, J. L. C., Rohr, L. A., Jelsma, L. D., & Tudella, E. (2020). Symptoms of Anxiety and Depression in Children With Developmental Coordination Disorder: A Systematic Review. *Journal de Pediatria*, 96(1), 8-19. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2019.03.002>

Drăghici, A. (2013). Anxiety – General background of analyzing the pathological phenomenon and normal emotional mood. *Acta Medica Transilvanica*, 2(1), 287-289. http://www.amtsibiu.ro/Arhiva/2013/Nr1-en/draghici_pdf.pdf

Drake, C., Nickel, C., Burduvali, E., Roth, T., Jefferson, C., & Pietro, B. (2003) The Pediatric Daytime Sleepiness Scale (PDSS): Sleep Habits and School Outcomes in Middle-School Children. *Sleep*, 26(4), 455-458. <https://doi.org/10.1037/t02761-000>

Driessen, J., Blom, J. D., Muris, P., Blashfield, R. K., & Molendijk, M. L. (2020). Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta-Analysis. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(2), 330-341. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00933-1>

Dubey, M., Nongkynrih, B., Gupta, S. K., Kalaivani, M., Goswami, A. K., & Salve, H. R. (2019). Sleep Quality Assessment of Adolescents Residing in an Urban Resettlement Colony, New Delhi, India. *Journal of community Medicine*, 44(3), 271-276. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_87_19

Dunstan, D. A., & Scott, N. (2020). Norms for Zung's Self-Rating Anxiety Scale. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2427-6>

Duval, E. R., Javanbakht, A., & Liberzon, I. (2015). Neural Circuits in Anxiety and Stress Disorders: A Focused Review. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 11, 115-126. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S48528>

Duyn, J. H. (2012). EEG-fMRI Methods for the Study of Brain Networks During Sleep. *Frontiers in Neurology*, 3(100), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fneur.201200100>

Fatani, A., Al-Rouqi, K., Towairky, J., Ahmed, A. E., Al-Jahdali, S., Ali, Y., Al-Shimemeri, A., Al-Harbi, A., Baharoon, S., Khan, M., & Al-Jahdali, H. (2015). Effect of Age and Gender in the Prevalence of Excessive Daytime Sleepiness Among a Sample of the Saudi Population. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 5(1), 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.jegh.2015.05.005>

Fernandes, R. M. F. (2006). O Sono Normal. *Medicina*, 39(2), 157-168. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i2p157-168>

Ferreira, P. L. (2005). Estatística descritiva e inferencial. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9961/1/AP200501.pdf>

Silva, O. C. S., & Silva, M. P. (2013). Transtornos de ansiedade em adolescentes: Considerações para a pediatria e hebiatria. *Adolescência & Saúde*, 10(3), 31-41. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8411/1/Transtornos%20de%20ansiedade.pdf>

Fisher, G. L., & Roget, N. A. (2008). *Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, and recovery*. SAGE.

Fonseca, V. (2016). Importância das emoções na aprendizagem: Uma abordagem neuropsicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, 33(102), 365-384. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v33n102/14.pdf>

Ford, B. Q., Lam, P., John, O. P., & Mauss, I. B. (2018). The Psychological Health Benefits of Accepting Negative Emotions and Thoughts: Laboratory, Diary, and Longitudinal Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 115(6), 1075-1092. <https://doi.org/10.1027/pspp0000157>

Ford, B. Q., & Gross, J. J. (2019). Why Beliefs About Emotion Matter: An Emotion-Regulation Perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 28(1), 74-81. <https://doi.org/10.1177/0963721418806697>

Ford-Paz, R. E., Gouze, K. R., Kems, C. E., Ballard, R., Parkhurst, J. T., Jha, P., & Lavigne, J. (2020). Evidence-Based Assessment in Clinical Settings: Reducing Assessment Burden for a Structured Measure of Child and Adolescent Anxiety. *Psychological Services*, 17(3), 343-354. <https://doi.org/10.1037/ser0000367>

Frijda, N. H. (2016). The Evolutionary Emergence of What We Call “Emotions”. *Cognition & Emotion*, 30(4), 609-620. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1145106>

Garcia-Lopez, L. J., Bonilla, N., & Muela-Martinez, J. A. (2016). Considering Comorbidity in Adolescents with Social Anxiety Disorder. *Psychiatry Investigation*, 13(5), 574-576. <https://doi.org/10.4306/pi.2016.13.5.574>

Giannotti, F., Cortesi, F., Sebastiani, T., & Ottaviano, S. (2002). Circadian Preference, Sleep and Daytime Behaviour in Adolescence. *Journal of Sleep Research*, 11(3), 191-199. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2869.2002.00302.x>

Gidron, Y. (2013). Trait anxiety. In M. D. Gellamn & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia* (pp.1718-1719). Springer.

Gilboa-Schechtman, E., Keshet, H., Peschard, V., & Azoulay, R. (2019). Self and Identity in Social Anxiety Disorder. *Journal of Personality*, 88(1), 106-121. <https://doi.org/10.1111/jopy.12455>

Giraldo, E., Munhoz, T. N., Mola, C. L., & Murray, J. (2018). Gender Differences in the Effects of Childhood Maltreatment on Adult Depression and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Child Abuse & Neglect*, 79, 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.003>

Gomes, G. C., Passos, M. H. P., Silva, H. A., Oliveira, V. M. A., Novaes, W. A., Pitangui, A. C. R., & Araújo, R. C. (2017). Qualidade de Sono e sua Associação Com Sintomas Psicológicos em Atletas Adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, 35(3), 316-321. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2017;13;3;00009>

Gould, C. E., Spira, A. P., Liou-Johnson, V., Cassidy-Eagle, E., Kawai, M., Mashal, N., O'Hara, R., & Beaudreau, S. A. (2018). Association of Anxiety Symptom Clusters with Sleep Quality and Daytime Sleepiness. *The Journals of Gerontology*, 73(3), 413-420. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx020>

Gray, E., & Lemke, D. (2017). Sleep Quality and Its Impact on Trait Anxiety and Perceived Stress. *Journal of Student Research*, 6(1), 112-118. <https://doi.org/10.47611/jsr.v6i1.332>

Grolli, V., Wagner, M. F., & Dalbosco, S. N. P. (2017). Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 87-103. <https://doi.org/10.18256/2175.2017.vpil.2123>

Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

Gross, J. J. (2014). *Handbook of emotion regulation* (2^a ed.). The Guilford Press.

Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation. Conceptual foundations. In J. J. Gross (Eds.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). The Guilford Press.

Hagenauer, M. H., Perryman, J. I., Lee, T. M., & Carskadon, M. A. (2009). Adolescent Changes in the Homeostatic and Circadian Regulation of Sleep. *Developmental neuroscience*, 31(4), 276-284. <https://doi.org/10.1159/000216538>

Hale, W. W., Raaijmakers, Q. A. W., Muris, P., Van Hoof, A., & Meeus, W. H. J. (2008). Developmental Trajectories of Adolescent Anxiety Disorder Symptoms: A 5-Year Prospective Community Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 556-564. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181676583>

Harrington, E. M., Trevino, S. D., Lopez, S., & Giuliani, N. R. (2020). Emotion Regulation in Early Childhood: Implications for Socioemotional and Academic Components of school readiness. *Emotion*, 20(1), 48-53. <https://doi.org/10.1037/emo0000667>

Heijden, K. B. V. D., Smits, M. G., & Gunning, W. B. (2006). Sleep Hygiene and Actigraphically Evaluated Sleep Characteristics in Children with ADHD and Chronic Sleep Onset Insomnia. *Journal of Sleep Research*, 15(1), 55-62. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2006.00491.x>.

Heijden, K. B. V. D., Stoffelsen, R. J., Popma, A., & Swaab, H. (2018). Sleep, Chronotype, and Sleep Hygiene in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Autism Spectrum Disorder, and Controls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 99-111. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1025-8>

Hein, M., Mungo, A., Hubain, P., & Loas, G. (2020). Excessive Daytime Sleepiness in Adolescents: Current Treatment Strategies. *Sleep Science*, 13(2), 157-171. <https://doi.org/10.5935/1984-0062.20190143>

Heller, A. S., & Casey, B. J. (2016). The Neurodynamics of Emotion: Delineating Typical and Atypical Emotional Processes During Adolescence. *Developmental Science*, 19(1), 3-18. <https://doi.org/10.1111/desc.12373>

Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2017). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Evidence-based and disorder specific treatment techniques* (2^a ed.). Routledge.

Hu, Y., Cai, Y., Tu, D., Guo, Y., & Liu, S. (2020). Development of a Computerized Adaptive Test for Separation Anxiety Disorder Among Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01077>

Imai, H., Tajika, A., Chen, P., Pompoli, A., & Furukawa, T. A. (2016). Psychological Therapies Versus Pharmacological Interventions for Panic Disorder with or Without Agoraphobia in Adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), 1-162. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011170.pub.2>

Irish, L. A., Kline, C. E., Gunn, H. E., Buysse, D. J., & Hall, M. H. (2016). The Role of Sleep Hygiene in Promoting Public Health: A Review of Empirical Evidence. *Sleep Medicine Reviews*, 22, 23-36. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.10.001>

Jain, S., & Thapar, R. (2020). Life's Crucial Transition and Leads for Comprehensive Trajectory: Adolescents Survey at Physiological Stages for Prudent Policies and Refinements for Practice. *Journal of Family Medicine & Primary Care*, 9(9), 4648-4655. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_339_20

James, A., Reardon, T., Soler, A., James, G., & Creswell, C. (2018). Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, 1-19. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013162>

Joaquim, R. M. (2020). Non-Verbal Signals of Secondary Emotions: Identifying Guilt, Shame and Pride. *Brazilian Journal of Forensic Sciences*, 9(3), 321-330. [https://doi.org/10.17063/bjfs9\(3\)y2020321](https://doi.org/10.17063/bjfs9(3)y2020321)

Kabrita, C. S., Hajjar-Muça, T. A., & Duffy, J. F. (2014). Predictors of Poor Sleep Quality Among Lebanese University Students: Association Between Evening Typology, Lifestyle Behaviors, and Sleep Habits. *Nature and Science of Sleep*, 6, 11-18. <https://doi.org/10.2147/NSS.S55538>

Kalin, N. H. (2020). Novel Insights Into Pathological Anxiety and Anxiety-Related Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 177(3), 187-189. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20010057>

Kalyani, M. N., Jamshidi, N., Salami, J., & Pourjam, E. (2017). Investigation of the Relationship Between Psychological Variables and Sleep Quality in Students of Medical Sciences. *Depression Research and Treatment*, 40, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2017/7143547>

Karceski, S. (2018). Narcolepsy, Brain Imaging, and Cognition: Understanding the Connections. *Neurology*, 90(17), 1544-1547. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005371>

Kendall, P. C., & Peterman, J. S. (2015). CBT for Adolescents With Anxiety: Mature Yet Still Developing. *American Journal of Psychiatry*, 172(6), 519-530. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14081061>

Khesht-Masjedi, M. F., Shokrgozar, S., Abdollahi, E., Habibi, B., Asghari, T., Ofoghi, R. S., & Pazhooman, S. (2019). The Relationship Between Gender, Age, Anxiety, Depression, and Academic Achievement Among Teenagers. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(3), 799-804. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_103_18

Koskela, M., Chudal, R., Luntamo, T., Suominen, A., Steinhausen, H. E., & Sourander, A. (2020). The Impact of Parental Psychopathology and Sociodemographic Factors in Selective Mutism – A Nationwide Population-Based Study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02637-6>

Lawrence, P. J., Rooke, S. M., & Creswell, C. (2017). Review: Prevention of Anxiety Among At-Risk Children and Adolescents – A Systematic Review and Meta-Analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(3), 118-130. <https://doi.org/10.1111/camh.12226>

Leal, P. C., Goes, T. C., Silva, L. C. F., & Silva, F. T. (2017). Trait vs. State Anxiety in Different Threatening Situations. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(3), 147-157. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0044>

Lee, J., Song, Y., Won, E., Bang, M., & Lee, S. H. (2020). Higher Rightward Laterality of the Hippocampal Tail and its Association With Early Trauma in Panic Disorder. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 18(2), 311-321. <https://doi.org/10.9758/cpn.2020.18.2.311>

Leitão, M., & Antunes, N. L. (2019). Perturbações do sono. In N. L. Antunes & PIN (Eds.), *Sentidos* (2ª ed., pp. 475-494). Lua de Papel.

Leite, B. R., Vieira, T. F. S., Mota, M. L., Nascimento, E. C., & Gomes, I. C. P. (2020). Association Between Sleep Quality and Anxiety in Medical Students. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(3), 6528-6543. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-200>

Lennarz, H. K., Hollenstein, T., Lichtwarck-Aschoff, A., Kuntsche, E., & Granic, I. (2019). Emotion Regulation in Action: Use, Selection, and Success of Emotion Regulation in Adolescents' Daily Lives. *International Journal of Behavioral Development*, 43(1), 1-11. <https://doi.org/10.1177/0165025418755540>

Levin, K. A. (2006). Study design III: Cross-Sectional Studies. *Evidence-Based Dentistry*, 7(1), 24-25. <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400375>

Li, J., Zhou, K., Li, X., Liu, M., Dang, S., Wang, D., & Xin, X. (2016). Mediator Effect of Sleep Hygiene Practices on Relationships Between Sleep Quality and Other Sleep-Related Factors in Chinese Mainland University Students. *Behavioral Sleep Medicine*, 14(1), 85-99. <https://doi.org/10.1080/15402002.2014.954116>

Lindquist, K. A., Siegel, E. H., Quigley, K. S., & Barrett, L. F. (2014). The Hundred-Year Emotion War: Are Emotions Natural Kinds or Psychological Constructions? Comment on Lench, Flores, and Bench (2011). *Psychol Bull*, 139(1), 255-263. <https://doi.org/10.1037/a0029038>

Litwic-Kaminska, K., & Kotyśko, M. (2017). Comparison of good and poor sleepers: Stress and life satisfaction of university athletes. *Journal of Sport Psychology*, 26(4), 121-126. https://www.researchgate.net/publication/333704386_Comparison_of_good_and_poor_sleepers_stress_and_life_satisfaction_of_university_athletes

Liu, X., Xu, T., Chen, D., Yang, C., Wang, P., Huang, X., Cheng, W., Shen, Y., Liu, Q., & Wang, Z. (2020). Reliability, Validity and Cut-Off Score of the Chinese Version of the Panic Disorder Severity Scale Self-Report Form in Patients With Panic Disorder. *BMC Psychiatry*, 20(170), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02560-w>

Liu, X., Liu, Z., Wang, Z., Yang, Y., Liu, B., & Jia, C. (2019). Daytime Sleepiness Predicts Future Suicidal Behavior: A Longitudinal Study of Adolescents. *Sleep*, 42(2), 1-10. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy225>

Loevaas, M. E. S., Sund, A. M., Patras, J., Martinsen, K., Hjemdal, O., Neumer, S., Holen, S., & Reinfjell, T. (2018). Emotion Regulation and its Relation to Symptoms of Anxiety and Depression in Children Aged 8-12 Years: Does Parental Gender Play a Differentiating Role?. *BMC Psychology*, 6(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0255-y>

MacDermott, S. T., Gullone, E., Allen, J. S., King, N. J., & Tonge, B. (2010). The Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA): A Psychometric Investigation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 301-014. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-0154-0>

Machado, T. S., & Reverendo, I. M. (2012). Regulação emocional em adolescentes (ERICA): Estudo da relação com a percepção da aceitação-rejeição materna. In L. Mata, F. Peixoto, J. Morgado, J. C. Silva & V. Monteiro (Eds.), *12º Colóquio psicologia e educação – Educação, aprendizagem e desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática – Actas* (pp.1596-1610). ISPA.

Maeng, L. Y., & Milad, M. R. (2016). Sex Differences in Anxiety Disorders: Interactions Between Fear, Stress, and Gonadal Hormones. *Hormones and Behavior*, 76, 106-117. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.04.002>

Marazziti, D., Abelli, M., Baroni, S., Carpita, B., Ramacciotti, C. E., & Dell’Osso, L. (2014). Neurobiological Correlates of Social Anxiety Disorder: An Update. *CNS Spectrums*, 20(2), 1-12. <https://doi.org/10.1017/S109285291400008X>

Martins, M. C. A., & Melo, J. M. C. D. (2016). Emoções... emoções... Que implicações para a saúde e qualidade de vida?. *Journal of Education, Technologies, and Health*, 34(13), 125-148. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8362>

Mathews, B. L., Kerns, K. A., & Ciesla, J. A. (2014). Specificity of Emotion Regulation Difficulties Related to Anxiety in Early Adolescence. *Journal of Adolescence*, 37(7), 1089-1098. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.08.002>

Matsimbe, C., Mbanze, A. A., Jenisse, K. G., & Nhapuala, J. G. (2018). Use of Two-Steps Cluster Analysis to Understand How Emotions Affects Night Shift Teenagers. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*, 24(3), 1-15. <https://doi.org/10.9734/JESBS/2018/39264>

McMakin, D. L., & Alfano, C. A. (2015). Sleep and Anxiety in Late Childhood and Early Adolescence. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 483-489. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000204>

McRae, K., Rhee, S. H., Gatt, J. M., Godinez, D., Williams, L. M., & Gross, J. J. (2017). Genetic and Environmental Influences on Emotion Regulation: A Twin Study of Cognitive Reappraisal and Expressive Suppression. *Emotion*, 17(5), 772-777. <https://doi.org/10.1037/emo0000300>

Mendes, J. A. M, (2010). *A vivência subjetiva dos cuidadores de pessoas com demência: temas centrais, sintomatologia emocional e estratégias de confronto* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal)

Meyer, C., Ferrari, G. J. F., Barbosa, D. G., Andrade, R. D., Pelegrini, A., & Felden, É. P. G. (2017) Analysis of Daytime Sleepiness in Adolescents by the Pediatric Daytime Sleepiness Scale: A Systematic Review. *Revista Paulista de Pediatria*, 35(3), 351-360. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2017;35;3;00015>

Milrod, B., Markowitz, J. C., Gerber, A. J., Cyranowski, J., Altemus, M., Shapiro, T., Hofer, M., & Glatt, C. (2014). Childhood Separation Anxiety and the Pathogenesis and Treatment of Adult Anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 34-43. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13060781>

Mheen, M. V. D., Legerstee, J. S., Dieleman, G. C., Hillegers, M. H. J., & Utens, E. M. W. J. (2019). Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders in Young Children: A Dutch Open Trial of the Fun Friends Program. *Behaviour Change*, 37(1), 1-12. <https://doi.org/10.1017/bec.2019.16>

Mkrtchian, A., Roiser, J. O., & Robinson, O. J. (2017). Threat of Shock and Aversive Inhibition: Induced Anxiety Modulates Pavlovian-Instrumental Interaction. *Journal of Experimental Psychology: General*, 146(12), 1694-1704. <https://doi.org/10.1037/xge0000363>

Molina, J., Ribeiro, R. L., Santos, F. H., & Len, C. A. (2018). Classification of the International Affective Picture System (IAPS) Images for Teenagers of the City of São Paulo. *Psychology & Neuroscience*, 11(1), 58- 67. <https://doi.org/10.1037/pne0000123>

Moore, M., Kirchner, H. L., Drotar, D., Johnson, N., Rosen, M. S. C., Ancoli-Israel, S., & Redline, S. (2009). Relationships Among Sleepiness Sleep Time, and Psychological Functioning in Adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(10), 1175-1183. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp039>

Mordka, C. (2016). What are Emotions? Structure and Function of Emotions. *Studia Humana*, 5(3), 29-44. <https://doi.org/10.1515/sh-2016-0013>

Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2020). Mindful Parenting is Associated With Adolescents' Difficulties in Emotion Regulation Through Adolescents' Psychological

Inflexibility and Self-Compassion. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(1), 192-211. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01133-9>

Moreno, T. (2012). *Estudo da sonolência diurna e hábitos de sono numa população escolar dos 11-15 anos: validação em português da "Pediatric Daytime Sleepiness Scale"* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Lisboa, Portugal)

Moxnes, P. (2018). Anxiety and Organization: What I Learned About Anxiety in a Psychiatric Ward in the 70s That Out to be Useful for Managers in Daily Practice. *Culture & Organization*, 24(2), 100-113. <https://doi.org/10.1080/14759551.2017.1379011>

Mulligan, C. A., Hale, J. B., & Shipon-Blum, E. (2015). Selective Mutism: Identification of Subtypes and Implications for Treatment. *Journal of Education and Human Development*, 4(1), 79-96. <https://doi.org/10.15640/jehdv4nla9>

Muris, P., Hendriks, E., & Bot, S. (2016). Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Years-Olds. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(1), 94-101. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0547-x>

Nam, S., Whittemore, R., Jung, S., Latkin, C., Kershaw, T., & Redeker, N. S. (2018). Physical Neighborhood and Social Environment, Beliefs About Sleep, Sleep Hygiene Behaviors, and Sleep Quality Among African Americans. *Sleep Health*, 4(3), 258-264. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2018.03.002>

Narmandakh, A., Roest, A. M., Jonge, P., & Oldehinkel, A. J. (2020). Psychosocial and Biological Risk Factors of Anxiety Disorders in Adolescents: A Trails Report. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01669-3>

Nelemans, S. A., Hale, W. W., Branje, S., Raaijmakers, Q. A. W., Frijns, T., Lier, P. A. C., & Meeus, W. H. J. (2014). Heterogeneity in Development of Adolescent Anxiety Disorder Symptoms in an 8-Year Longitudinal Community Study. *Development and Psychopathology*, 26, 181-202. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000503>

Nelson, B. (2020). *O código da emoção*. Leya.

Nozaki, Y., & Mikolajczak, M. (2020). Extrinsic Emotion Regulation. *Emotion*, 20(1), 10-15. <https://doi.org/10.1037/emo0000636>

O'Donnell, S., & Drille, M. W. (2017). Sleep-hygiene education improves sleep indices in elite female athletes. *International Journal of Exercise Science*, 10(4), 522-530. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5466408/pdf/ijes-10-04-522.pdf>

Oerbeck, B., Overgaard, K., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2018). Treatment of Selective Mutism: A 5-Year Follow-Up Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(8), 997-1009. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1110-7>

Onat, M., Özyurt, G., Öztürk, Y., & PekcanlarAkay, A. (2019). The Relationship Between Problematic Internet Use, Sleep Quality and Impulsivity in Adolescents With Major Depressive Disorder. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 20(5), 491-498. <https://doi.org/10.5455/apd.17978>

Opitz, P. C., Cavanagh, S. R., & Urry, H. L. (2015). Uninstructed Emotion Regulation Choice in Four Studies of Cognitive Reappraisal. *Personality and Individual Differences*, 86, 455-464. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.048>

Orchard, F., Gregory, A. M., Gradisar, M., & Reynolds, S. (2020). Self-Reported Sleep Patterns and Quality Amongst Adolescents: Cross-Sectional and Prospective Associations With Anxiety and Depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(10), 1-12. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13288>

Owens, J. A., Babcock, D., & Weiss, M. (2020). Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Excessive Daytime Sleepiness. *Clinical Pediatrics*, 59(5), 340-351. <https://doi.org/10.1177/0009922820903434>

Pacesova, P., Smela, P., Kracek, S., & Plevkova, J. (2018). Women's Well-Being, State and Trait Anxiety Regarding Their Sport Activity. *Sport Mont Journal*, 16(2), 33-38. <https://doi.org/10.26773/smj.180606>

Palmer, C. A., & Alfano, C. A. (2017). Sleep and Emotion Regulation: An Organizing, Integrative Review. *Sleep Medicine Reviews*, 31, 6-16. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.12.006>

Patton, G. C., Olsson, C. A., Skirbekk, V., Saffery, R., Wlodek, M. E., Azzopardi, P. S., Stonawski, M., Rasmussen, B., Spry, E., Francis, K., Bhutta, Z. A., Kassebaum, N. J., Mokdad, A. H., Murray, C. J. L., Prentice, A. M., Reavley, N., Sheehan, P., Sweeny, K., Viner, R. M., &

Sawyer, S. M. (2018). Adolescence and the Next Generation. *Nature*, 554, 458-466. <https://doi.org/10.1038/nature25759>

Peach, H., Gaultney, J. F., & Gray, D. D. (2016). Sleep Hygiene and Sleep Quality as Predictors of Positive and Negative Dimensions of Mental Health in College Students. *Health Psychology*, 3, 1-12. <https://doi.org/10.1080/23311908.2016.1168768>

Pekgör, S., Deveci, B. S., Ünal, N., Pekgör, A., Duran, C., Alagöz, Y., & Eryilmaz, M. A. (2020). Evaluation of Daytime Sleepiness in Hypothyroid Patients. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*, 31(2), 152-157. <https://doi.org/10.14744/scie.2019.39200>

Perry, N. B., Dollar, J. M., Calkins, S. D., Keane, S. P., & Shanahan, L. (2020). Maternal Socialization of Child Emotion and Adolescent Adjustment: Indirect Effects Through Emotion Regulation. *Developmental Psychology Journal*, 56(3), 541-552. <https://doi.org/10.1037/dev0000815>

Pinto, T. R., Amaral, C., Silva, V. N., Silva, J., Leal, I., & Paiva, T. (2012). Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: Que relação?. In L. Mata, F. Peixoto, J. Morgado, J. C. Silva & V. Monteiro (Eds.), *12º Colóquio psicologia e educação – Educação, aprendizagem e desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática – Actas* (pp.990-1006). ISPA.

Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2016). Psychological Therapies for Panic Disorder With or Without Agoraphobia in Adults: A Network Meta-Analysis. *Cochrane database of Systematic Reviews*, 4(4), 1-222. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011004.pub2>

Posavac, S. S., & Posavac, H. D. (2020). Adult Separation Anxiety Disorder Symptomology as a Risk Factor for Thin-Ideal Internalization: The Role of Self-Concept Clarity. *Psychological Reports*, 123(3), 674-686. <https://doi.org/10.1177/0033294119829440>

Preety, R., Devi, R. G., & Priva, A. J. (2018) Sleep deprivation and cell phone usage among teenagers. *Drug Invention Today*, 10(10), 2073-2075. <https://jprsolutions.info/files/ms-file-5b8cb468a49269.58021755.pdf>

Queirós, A., Faria, D., & Almeida, F. (2017). Strengths and Limitations of Qualitative and Quantitative Research Methods. *European Journal of Education Studies*, 3(9), 369-387. <https://doi.org/10.5281/zenodo.887089>

Radomski, A. D., Bagnell, A., Curtis, S., Hartling, L., & Newton, A. S. (2020). Examining the Usage, User Experience, and Perceived Impact of an Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy Program for Adolescents With Anxiety: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, 7(2), 1-26. <https://doi.org/10.2196/15795>

Rahman, M. S. (2016). The Advantages and Disadvantage of Using Qualitative and Quantitative Approaches and Methods in Language “Testing and Assessment” Research: A Literature Review. *Journal of Education and Learning*, 6(1), 102-112. <https://doi.org/10.5539/jel.v6n1p102>

Randler, C., Kolomeichuk, S. N., Morozov, A. V., Petrashova, D. A., Pozharskaya, V. V., Martynova, A. A., Korostovtseva, L. S., Bochkarev, M. V., Sviryaev, Y. V., Polouektov, M. G., & Drake, C. (2019). Psychometric Properties of the Russian Version of the Pediatric Daytime Sleepiness Scale (PDSS). *Heliyon*, 5(7), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019>

Ray, D. C., Stulmaker, H. L., & Bratton, S. C. (2015). Anxiety disorders. In B. Flamez & C. J. Sheperis (Eds.), *Diagnosis and treating children and adolescents: A guide for mental health professionals* (pp.235-258). John Wiley & Sons.

Rehna, T., Hanif, R., & Aqeel, M. (2020). Moderating Role of Gender in the Relationship Between Cognitive Errors and Anxiety Among Adolescents. *Foundation University Journal of Psychology*, 4(1), 86-102. <https://doi.org/10.33897/fujp.v4i1.68>

Reverendo, I. M. M. S. (2011). *Regulação emocional: estudo de adaptação e validação da versão portuguesa do Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA)* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra, Portugal)

Rhie, S., & Chae, K. Y. (2018). Effects of School Time on Sleep Duration and Sleepiness in Adolescents. *PLoS ONE*, 13(9), 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203318>

Rhie, S., Lee, S., & Chae, K. Y. (2011). Sleep Patterns and School Performance of Korean Adolescents Assessed Using a Korean Version of the Pediatric Daytime Sleepiness Scale. *Korean Journal of Pediatrics*, 54(1), 29-35. <https://doi.org/10.3345/kjp.2011.54.1.29>

Rhoads, J., & Murphy, P. (2015). *Clinical consult to psychiatric nursing for advanced practice*. Springer.

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Climepsi Editores.

Ribeiro, C. R. F., Silva, Y. M. G. P., & Oliveira, S. M. C. (2014). O impacto da qualidade do sono na formação médica. *Revista Sociedade Brasileira Clínica Médica*, 12(1), 8-14. <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2014/v12n1/a4027.pdf>

Robichaud, M., Koerner, N., & Dugas, M. J. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice* (2^a ed.). Routledge.

Robinson, O. J., Pike, A. C., Cornwell, B., & Grillon, C. (2019). The Translational Neural Circuitry of Anxiety. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 90(12), 1353-1360. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-321400>

Ruotolo, F., Prado, L.B.F., Ferreira, V. R., Prado, G. F., & Carvalho, L. B. C. (2016). Intake of Stimulant Foods is Associated With Development of Parasomnias in Children. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 74(1), 62-66. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20150193>

Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., Almeida, J. M. C., Demyttenaere, K., Florescu, S., Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., ... Scott, K. M. (2017). Cross-Sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465-475. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (11^aed.). Artmed Editora.

Sanchis-Sanchis, A., Grau, M. D., Moliner, A., & Morales-Murillo, C. P. (2020). Effects of Age and Gender in Emotion Regulation of Children and Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11(946), 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00946>

Sancho, M., Gracia, M., Granero, R., González-Simarro, S., Sánchez, I., Fernández-Aranda, F., Trujols, J., Mallorquí-Bagué, N., Mestre-Bach, G., Pino-Gutiérrez, A., Mena-Moreno, T., Votró-Alcaraz, C., Steward, T., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Menchón, J. M., & Jiménez-Murcia, S. (2019). Differences in Emotion Regulation Considering Gender, Age, and Gambling Disorder Patients. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00625>

Sandru, C., & Voinescu, B. I. (2014). The relationship between emotion regulation, dysfunctional beliefs about sleep and sleep quality – An exploratory study. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 14(2), 249-257. https://www.researchgate.net/publication/266363686_The_relationship_between_emotion_regulation_dysfunctional_beliefs_about_sleep_and_sleep_quality_-_An_exploratory_study

Sarchiapone, M., Mandelli, L., Carli, V., Iosue, M., Wasserman, C., Hadlaczky, G., Hoven, C. W., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Haring, C., Kaess, M., Keeley, H., Keresztény, A., Kahn, J., Postuvan, ... Wasserman, D. (2014). Hours of Sleep in Adolescents and its Association With Anxiety, Emotional Concerns, and Suicidal Ideation. *Sleep Medicine*, 15(2), 248-254. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.11.780>

Saviola, F., Pappaianni, E., Monti, A., Grecucci, A., Jovicich, J., & Pisapia, N. (2020). Trait and State Anxiety are Mapped Differently in the Human Brain. *Scientific Reports*, 10(1), 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-68008-z>

Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(2), 261-276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>

Schneider, R. L., Arch, J. J., Landy, L. N., & Hankin, B. L. (2018). The Longitudinal Effect of Emotion Regulation Strategies on Anxiety Levels in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(6), 978-991. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1157757>

Scott, B. A., Awasty, N., Johnson, R. E., Matta, F. K., & Hollenbeck, J. R. (2020). Origins and Destinations, Distances and Directions: Accounting for the Journey in the Emotion Regulation Process. *Academy of Management Review*, 45(2), 423-446. <https://doi.org/10.5465/amr.2017.0448>

Sekhri, P., Sandhu, & Sachdev, V. (2017). Emerging Understanding of Emotional Intelligence of Teenagers. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 10(3), 289-292. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1452>

Sequeiros, S. W. (2009). *Podem variáveis psicológicas ser marcadores úteis da Polineuropatia Amiloidótica Familiar?* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal)

Setyowati, A., Chung, M., Yusuf, A., & Haksama, S. (2020). Psychometric Properties of Sleep Hygiene Index in Indonesian Adolescents. *Journal of Public Health Research*, 9(2), 77-80. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1806>

Short, M. A., Gradisar, M., Lack, L. C., Wright, H. R., & Chatburn, A. (2013). Estimating Adolescent Sleep Patterns: Parent Reports Versus Adolescent Self-Report Surveys, Sleep Diaries, and Actigraphy. *Nature and Science of Sleep*, 5, 23-26. <https://doi.org/10.2147/NSS.S38369>

Siclari, F., Baird, B., Perogamvros, L., Bernardi, G., LaRocque, J.J., Riedner, B., Boly, M., Postle, B. R., & Tononi, G. (2017). The Neural Correlates of Dreaming. *Nature Neuroscience*, 20(6), 872-878. <https://doi.org/10.1038/nn.4545>

Silton, R. L., Kahrila, I. J., Skymba, H. V., Smith, J., Bryant, F. B., & Heller, W. (2020). Regulating Positive Emotions: Implications for Promoting Well-Being in Individuals With Depression. *Emotion*, 20(1), 93-97. <https://doi.org/10.1037/emo0000675>

Silva, M. J. (2019). Perturbações de ansiedade. In N. L. Antunes & PIN (Eds.), *Sentidos* (2ª ed., pp. 327-360). Lua de Papel.

Silva, V. M., Magalhães, J. E. M., & Duarte, L. L. (2020). Quality of Sleep and Anxiety are Related to Circadian Preference in University Students. *PLoS ONE*, 15(9), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238514>

Silveira, D. T., & Córdova, F. P. (2009). A pesquisa científica. In T. E. Gerhardt & D. T. Silveira (Eds.), *Métodos de pesquisa* (pp.33-44). UFRGS.

Simões, A. L. L. C. C. G. P. (2019). *A influência da época de exames na ansiedade e na qualidade do sono nos alunos da Faculdade de Medicina Dentária na Universidade de Lisboa* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Lisboa, Portugal)

Simsek, Y., & Tekgül, N. (2019). Sleep Quality in Adolescents in Relation to Age and Sleep-Related Habitual and Environmental Factors. *Journal of Pediatric Research*, 6(4), 307-313. <https://doi.org/10.4274/jpr.galenos.2019.86619>

Singh, J., & Singh, J. (2016). Treatment Options for the Specific Phobias. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, 5(3), 593-598. <https://doi.org/10.18203/2319-2003.ijbcp20161496>

Singh, R., Singh, B., Mahato, S., & Hambour, V. K. (2020). Social Support, Emotion Regulation and Mindfulness: A Linkage Towards Social Anxiety Among Adolescents Attending Secondary Schools in Birgunj, Nepal. *PLoS ONE*, 15(4), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230991>

Smirni, P., Lavanco, G., & Smirni, D. (2020). Anxiety in Older Adolescents at the Time of COVID-19. *Journal of Clinical Medicine*, 9(10), 1-10. <https://doi.org/10.3390/jcm9103064>

Sobanski, T., & Wagner, G. (2017). Functional Neuroanatomy in Panic Disorder: Status Quo of the Research. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 12-33. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.12>

Spilsbury, J. C., Drotar, D., Rosen, C. L., & Redline, S. (2007). The Cleveland Adolescent Sleepiness Questionnaire: A New Measure to Assess Excessive Daytime Sleepiness in Adolescents. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3(6), 603-612. <https://doi.org/10.5664/JCSM.26971>

Stewart, S. H., Grant, V. V., Mackie, C. J., & Conrod, P. J. (2016). Comorbidity of anxiety and depression with substance use disorders. In K. J. Sher (Eds.), *The oxford handbook of substance use and substance use disorders: Volume 2* (pp.149-162). Oxford University Press.

Strauss, G. P., Ossenfort, K. L., & Whearty, K. M. (2016). Reappraisal and Distraction Emotion Regulation Strategies are Associated With Distinct Patterns of Visual Attention and Differing Levels of Cognitive Demand. *PLoS One*, 11(11), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162290>

Suri, G., Sheppes, G., Young, G., Abraham, D., McRae, K., & Gross, J. J. (2017). Emotion Regulation Choice: The Role of Environmental Affordances. *Cognition and Emotion*, 32(5), 1-9. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1371003>

Svirnovsky, L. (2017). Sonambulismo y Homeopatía. *La homeopatía de México*, 86(709), 30-33. <https://biblat.unam.mx/hevila/LahomeopatiadeMexico/2017/vol86/no709/4.pdf>

Sweileh, W. M., Ali, I. A., Sawalha, A. F., Abu-Taha, A. S., Zyous, S. H., & Al-Jabi, S. W. (2011). Sleep Habits and Sleep Problems Among Palestinian Students. *Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health*, 5 (1), 25-32. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-25>

Tafet, G. E. (2019). *Ansiedade e depressão. As perturbações mais comuns derivadas do stress crónico*. Bonallete Alcompas, S. L.

Tamir, M., Vishkin, A., & Gutentag, T. (2020). Emotion Regulation is Motivated. *Emotion*, 20(1), 115-119. <https://doi.org/10.1037/emo0000635>

Telman, L. G. E., Steensel, F. J. A., Maric, M., & Bögels, S. M. (2018). What are the Odds of Anxiety Disorders Running in Families? A Family Study of Anxiety Disorders in Mothers, Fathers, and Siblings of Children With Anxiety Disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 615-624. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1076-x>

Tian, X., Wei, D., Du, X., Wang, K., Yang, J., Wei, L., Meng, J., Liu, H., Liu, G., & Qiu, J. (2016). Assessment of Trait Anxiety and Prediction of Changes in State Anxiety Using Functional Brain Imaging: A Test-Retest Study. *NeuroImage*, 133, 408-416. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2016.03.024>

Tomoniko, S. (2019). Anxiety at teenagers' fingertips. *BU Journal of Graduate Studies in Education*, 11(2), 4-11. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1230220.pdf>

Toney, M. (2019). *Sleep-wake problems and daytime sleepiness as predictors of emotion regulation strategies: A longitudinal study in early adolescence* (Master's thesis). University of Nebraska, Lincoln

Vandekerckhove, M., & Wang, Y. (2018). Emotion, Emotion Regulation and Sleep: An Intimate Relationship. *AIMS Neuroscience*, 5(1), 1-17. <https://doi.org/10.3934/Neuroscience.2018.1.1>

Van Oort, F. V. A., Greaves-Lord, K., Verhulst, F. C., Ormel, J., & Huizink, A. C. (2009). The Developmental Course of Anxiety Symptoms During Adolescence: The Trails Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 1209-1217. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02092.x>

Vantieghem, I., Marcoen, N., Mairesse, O., & Vandekerckhove, M. (2016). Emotion Regulation Mediates the Relationship Between Personality and Sleep Quality. *Psychology & Health*, 31(9), 1064-1079. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1171866>

Vasco, A. B. (2013). Sinto e Penso, Logo Existo!: Abordagem Integrativa das Emoções. *Psilogos*, 11(1), 37-44. <https://doi.org/10.25752/psi.3324>

Vilaplana-Pérez, A., Isung, J., Krig, S., Vigerland, S., Jolstedt, M., Bjureberg, J., Höglström, J., Isomura, K., Rautio, D., Serlachius, E., Rück, C., Mataix-Cols, D., & Cruz, L. F. (2020). Validity and Reliability of Social Anxiety Disorder Diagnoses in the Swedish National Patient Register. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02644-7>

Voinescu, B., & Szentagotai-Tatar, A. (2015). Sleep Hygiene Awareness: Its Relation to Sleep Quality and Diurnal Preference. *Journal of Molecular Psychiatry*, 3(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40303-015-0008-2>

Wang, Z., Liu, Z., Jia, C., & Liu, X. (2019). Age at Menarche, Menstrual Problems, and Daytime Sleepiness in Chinese Adolescent Girls. *Sleep*, 42(6), 1-8. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz061>

Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy for generalized anxiety*. American Psychological Association.

Weaton, W. W., Bienvenu, O. J., & Miloyan, B. (2018). Specific Phobias. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 678-686. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30169-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30169-X)

Wittmann, A., Schlagenhauf, F., Guhn, A., Lueken, U., Gaehlsdorf, C., Stoy, M., BERPpohl, F., Fydrich, T., Pfleiderer B., Bruhn, H., Gerlach, A. L., Kircher, T., Straube, B., Wittchen, H. U., Arolt, V., Heinz, A., & Ströhle, A. (2014). Anticipating, Agoraphobic Situations: The Neural Correlates of Panic Disorder With Agoraphobia. *Psychological Medicine*, 44(11), 1-12. <https://doi.org/10.1017/S0033291713003085>

Woodward, E. C., Viana, A. G., Raines, E. M., Hanna, A. E., & Zvolensky, M. J. (2018). The Role of Anxiety Sensitivity in the Relationship Between Emotion Dysregulation and Internalizing Psychopathology Among Trauma-Exposed Inpatient Adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 42(6), 823-831. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-0043-4>

World Sleep Day. (2019). *Healthy sleep, healthy aging*. Retrieved January 2, 2021 from <http://worldsleepday.org/2019-press-release>

Xi, Y. (2020). Anxiety: A Concept Analysis. *Frontiers of Nursing*, 7(1), 9-12. <https://doi.org/10.2478/fon-2020-0008>

Yeh, J., Shyu, Y., Lee, S., Yuan, S., Yang, C., Yang, K., Lee, T., Sun, C., & Wang, L. (2020). Comorbidity of Narcolepsy and Psychotic Disorders: A Nationwide Population-Based Study in Taiwan. *Frontiers Psychiatry*, 11(205), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00205>

Young, K. S., Sandman, C. F., & Craske, M. G. (2019). Positive and Negative Emotion Regulation in Adolescence: Links to Anxiety and Depression. *Brain Sciences*, 9(4), 1-20. <https://doi.org/10.3390/brainsci9040076>

Zahradnik, M., & Stewart, S. H. (2009). Anxiety disorders and substance use disorder comorbidity. In Antony, M. M., & Stein, M. B. (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp.565-574). Oxford University Press.

Zhang, L., Lu, J., Li, B., Wang, X., & Shangguan, C. (2020). Gender Differences in the Mediating Effects of Emotion-Regulation Strategies: Forgiveness and Depression Among Adolescents. *Personality and Individual Differences*, 163. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110094>

Zhang, Y., Zhou, James, A. C., Qin, B., Whittington, C. J., Cuijpers, P., & Xie, P. (2018). Comparative Efficacy and Acceptability of Psychotherapies for Acute Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Study Protocol for a Network Meta-Analysis. *BMJ Open*, 5(10), 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008572>

Anexos

Anexo I – Consentimento Informado

Acordo de Consentimento Informado

Investigação da relação entre a qualidade do sono, ansiedade e regulação emocional: estudo com adolescentes

Convidamos o seu filho ou a criança da qual é detentor da responsabilidade parental a participar num estudo em que se irá investigar a relação entre a qualidade de sono, a ansiedade e a regulação emocional. Esta investigação decorre na escola X em articulação com a Universidade Autónoma de Lisboa (Departamento de Psicologia e Centro de Investigação em Psicologia - CIP).

Objetivos Gerais do estudo - O objetivo geral deste estudo é analisar a relação que existe entre a qualidade do sono, a regulação emocional e os níveis de ansiedade em alunos do 3º ciclo.

O que fará no estudo – A criança será convidada a participar num estudo de cariz transversal. Em que serão aplicados questionários sociodemográfico, de qualidade de sono, de ansiedade e de regulação emocional.

Recolha de dados – Será realizado um momento de avaliação, que acontecerá em fevereiro. Neste momento será aplicado à criança um protocolo constituído por 4 questionários muito fáceis de responder e que se referem:

- (a) Questionário Sociodemográfico
- (b) Pediatric Daytime Sleepiness Scale
- (c) Emotion Regulation Index for Children and Adolescents
- (d) Escala de Ansiedade de Zung

Durante o programa não serão recolhidas imagens e todos os dados serão trabalhados sem a identificação dos nomes dos alunos, pois será dado um código a cada um deles, não permitindo em qualquer momento que estes sejam identificados. Garantimos assim, absoluto anonimato e confidencialidade dos dados de cada um dos participantes. Até porque, assim que os dados tiverem sido todos recolhidos estes ficam automaticamente anonimizados, pois eliminamos as codificações de cada criança.

Registo dos dados: pedimos autorização para recolher e arquivar os dados supramencionados, sem a utilização de nomes para manter o absoluto anonimato dos alunos.

Arquivo e divulgação dos dados: Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação científica e respeitarão as regras de proteção de dados da ética científica e da lei geral europeia. Os dados recolhidos em papel serão arquivados, codificados e sem o nome dos participantes. Espera-se como resultados deste estudo a publicação de artigos científicos.

Confidencialidade Integridade e Disponibilidade: os dados pessoais da criança não serão divulgados e serão mantidos confidenciais, asseguradas as medidas de segurança técnicas e organizacionais mais

Nome completo do detentor da responsabilidade parental em maiúsculas:

[illegible]

Tomei conhecimento dos objetivos e características do estudo em questão e assumo que aceito de livre vontade participar no mesmo.

Assinatura do jovem: _____

Lisboa, ____ de ____ de 2020.

Anexo II – Questionário Sociodemográfico

Idade: _____ anos

Sexo: Masculino ____ Feminino ____

Nacionalidade: _____

Se não for portuguesa, há quanto tempo estás em Portugal? _____

Em que país nasceste? _____

Qual é o teu ano de escolaridade: ____ ano

Com quem vives? _____

Tomas algumas medicações? ____ Quais?

Anexo III - Pediatric Daytime Sleepiness (PDSS)

PDSS

1. Quantas vezes adormeces ou te dá sono, durante as aulas ? ☐
2. Quantas vezes adormeces ou te dá sono durante os trabalhos de casa ? ☐
3. Estás geralmente bem desperto durante o dia ? * ☐
4. Quantas vezes te sentes cansado e de mau humor durante o dia? ☐
5. Quantas vezes te custa levantar da cama de manhã ? ☐
6. Quantas vezes voltas a adormecer depois de te acordarem, de manhã ? ☐
7. Quantas vezes precisas que alguém te acorde de manhã ? ☐
8. Quantas vezes pensas que precisas de dormir mais ? ☐

0 – Nunca 1 – Raramente 2 - Por vezes 3 – Frequentemente 4 – Sempre

Anexo IV – Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA)

Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA)

MacDermott & Gullone & Allen & King & Tonge, 2010

Tradução e Adaptação da Versão Portuguesa

Isabel Reverendo & Teresa Machado, 2010, FPCE-UC

ID _____ Idade: _____ Ano de escolaridade: _____ Sexo: M / F Data: _____

Pedimos-te que leias com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinales com uma cruz o grau em que cada uma te parece **mais verdadeira para ti**. Não te concentres muito tempo em cada item. Lembra-te, não existem respostas certas ou erradas, **responde de acordo com o que geralmente sentes**.

1. Discordo totalmente
2. Discordo
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo
5. Concordo totalmente

1 - Sou uma pessoa feliz.	1	2	3	4	5
2 - Quando os adultos são simpáticos comigo, eu sou simpático(a) com eles.	1	2	3	4	5
3 - Eu reajo bem quando as coisas mudam ou tenho de experimentar algo novo.	1	2	3	4	5
4 - Quando fico aborrecido(a), consigo ultrapassar isso rapidamente.	1	2	3	4	5
5 - Quando as coisas não correm como eu quero, fico aborrecido(a) facilmente.	1	2	3	4	5
6 - Quando as outras crianças são simpáticas comigo, eu sou simpático(a) com elas.	1	2	3	4	5
7 - Eu tenho explosões de raiva.	1	2	3	4	5
8 - Eu gosto de ver os outros a magoarem-se ou a ficarem aborrecidos.	1	2	3	4	5
9 - Eu sou perturbador quando não devo.	1	2	3	4	5
10 - Eu fico zangado(a) quando os adultos me dizem o que posso ou não fazer.	1	2	3	4	5
11 - Eu sou uma pessoa triste.	1	2	3	4	5
12 - É difícil para mim esperar por algo que eu queira.	1	2	3	4	5
13 - Eu sou calmo(a) e tímido(a) e não mostro os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
14 - Eu faço as coisas sem pensar primeiro.	1	2	3	4	5

15 - Quando os outros estão preocupados, eu fico triste e preocupado(a) com eles.	1	2	3	4	5
16 - Eu aborreço os outros porque me meto no que não me diz respeito.	1	2	3	4	5

Anexo V – Self-Anxiety Scale (S.A.S.)

Escala de ansiedade de Zung (Ponciano, E., Serra, V., Relvas, J., 1982)

	Nenhumas ou raras vezes	Algumas vezes	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou a totalidade do tempo
1. Sinto-me mais nervoso e ansioso do que costume	☐	☐	☐	☐
2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso	☐	☐	☐	☐
3. Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico	☐	☐	☐	☐
4. Sinto-me como se estivesse para “rebentar”	☐	☐	☐	☐
5. Sinto que tudo corre bem e que nada de mal acontecerá	☐	☐	☐	☐
6. Sinto os braços e as pernas a tremer	☐	☐	☐	☐
7. Tenho dores de cabeça, no pescoço e nas costas, que me incomodam	☐	☐	☐	☐
8. Sinto-me fraco e fico facilmente cansado	☐	☐	☐	☐
9. Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado	☐	☐	☐	☐
10. Sinto o meu coração a bater depressa demais	☐	☐	☐	☐
11. Tenho crises de tonturas que me incomodam	☐	☐	☐	☐
12. Tenho crises de desmaio ou a sensação de que vou desmaiar	☐	☐	☐	☐
13. Posso inspirar e expirar com facilidade	☐	☐	☐	☐
14. Sinto os dedos das minhas mãos e dos meus pés entorpecidos e com picadas	☐	☐	☐	☐
15. Costumo ter dores de estômago ou más digestões	☐	☐	☐	☐
16. Tenho de esvaziar a bexiga com frequência	☐	☐	☐	☐
17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes	☐	☐	☐	☐
18. A minha face costuma ficar quente e corada	☐	☐	☐	☐
19. Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite	☐	☐	☐	☐
20. Tenho pesadelos	☐	☐	☐	☐

Obrigado pela sua colaboração!!!