Instituto Superior Miguel Torga

Relação entre as Memórias Precoces de Calor e Segurança e a Qualidade do Sono

O papel mediador da Autocompaixão

Dissertação
Mestrado em Psicologia Clínica

Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Erica Filipa Durães Augusto
Coimbra, 2025

MIGUEL TORGA

CIM RC
COMUNIDADE INTERMUNICIPAL
REGIÃO DE COIMBRA

Relação entre as memórias precoces de calor e segurança e a qualidade do sono

O papel mediador da autocompaixão

Erica Filipa Durães Augusto

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica na Área de Especialização de Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Cláudia Pires, Professora Auxiliar Convidada no Instituto Superior Miguel Torga

Membros do júri

Presidente: Professor Doutor Diogo Carreiras, Professor Auxiliar no Instituto Superior Miguel Torga

Arguente: Doutora Maria Inês Clara, Investigadora no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Coimbra, julho de 2025

Agradecimentos

Gostaria de começar por demonstrar toda a minha profunda gratidão a todas as pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização da presente investigação que me possibilita a obtenção de grau de Mestre.

De seguida, agradecer a todas as pessoas que dispensaram um bocadinho do seu tempo para colaborar nesta investigação e responder ao questionário, cada um de vós fez a diferença.

Agradecer também a todos os Professores do Instituto Superior Miguel Torga com que tive oportunidade de me cruzar durante estes últimos cinco anos e que me presentearam sempre de boa vontade com os seus conhecimentos.

À Professora Doutora Ana Allen Gomes e Professora Doutora Marcela Matos pela autorização fornecida para que pudesse utilizar as escalas de autorresposta, essenciais para a realização deste projeto.

À Professora Doutora Cláudia Pires. Cruzámo-nos por mero acaso e não há acasos mais bonitos que estes, onde não há palavras neste mundo com que possa expressar o quão foi e se tornou importante. Dizer-lhe o quão grata estou pelo seu apoio, carinho e dedicação ao longo de todo este ano. Estou especialmente agradecida por todos os "não tenha medo" que fizeram com que sentisse sempre que estava realmente segura, pela sua sensibilidade e forma como sempre validou o que eu sentia, criando um ambiente seguro onde me sentia confortável para recorrer e partilhar os momentos de aflição. Nem tudo foi fácil e apesar da sua imensidão de trabalho, nunca me fez sentir que estava sozinha, antes pelo contrário. Aprendi tanto consigo, levo e levarei sempre comigo tudo o que me ensinou, conselhos que deu e serei sempre grata por ter tido a oportunidade de aprender com alguém tão sábio, inspirador, competente e trabalhador como a Professora.

À minha colega de orientação que se tornou amiga, Beatriz Marques, pelo apoio incondicional, pelas horas intermináveis a tentar perceber juntas o que estávamos a fazer, só eu sei o quão grata estou por teres aparecido e tornado esta etapa menos díficil de lidar. Obrigada pela partilha de experiências e conhecimentos e pela tua sensibilidade que tanto te caracteriza. É tão bom ter uma amiga como tu. Que os nossos percursos se continuem a cruzar para o resto da vida e os nossos sonhos se tornem realidade e, por isso, "*Não tenhamos pressa, mas não percamos tempo*." - José Saramago.

Aos meus pais, palavras nunca serão suficientes. Apenas posso dizer algo tão vulgar quanto um "obrigado". Obrigado por tudo, pelos bons e maus momentos mas acima de tudo, por me proporcionarem tudo isto que sempre sonhei viver, por estarem ao meu lado

incondicionalmente, me abraçarem e dizerem “calma, tu és capaz” sem nunca duvidarem de mim e/ou das minhas capacidades. Obrigada por estarem lá quando mais ninguém estava e obrigada por me ouvirem cuidadosamente sem que fosse preciso eu proferir uma única palavra. Sem vocês nada disto seria possível. Obrigada.

Ao Clipper, por ser o meu eterno companheiro, cuidar e sarar as feridas que não foi ele que abriu e me limpar tantas vezes as lágrimas que mais ninguém sabia que escorriam.

Ao meu Avô Careca, que infelizmente já não me chegou a ver entrar no ensino superior em vida, mas que sei que mesmo não o vendo, esteve e está sempre a meu lado, de mão dada comigo a torcer por mim e a celebrar todas as minhas vitórias, por mais pequenas que sejam. Espero que estejas orgulhoso da tua netinha aí de cima Avô.

À minha Avózita, à minha avó Lídia e ao meu avô Tó, por zelarem sempre pelo melhor para mim e por fazerem questão de estar sempre presentes em todos os momentos. Por serem casa, conforto e colinho. Obrigada por todas as vezes que me ligam apenas para saber se estou bem.

À “minha” Inês, minha eterna melhor amiga, não preciso de dizer muito. Estou tão grata por te ter, a vida é tão mais bonita e leve contigo. Obrigada por mesmo longe fazeres questão de estar perto.

À Kika, a minha melhor amiga de todas as horas, por ter sido o meu maior apoio e suporte nos últimos 3 anos. Pelas horas de estudo infinitas, por me ouvir vezes e vezes sem conta falar do mesmo assunto até estar resolvido na minha cabeça e sabe Deus, o quão difícil é para mim arrumar um assunto. Foste o meu ponto de viragem desde que entrei no Instituto, foste tu que tornaste esta jornada tão bonita e especial e é por tua causa que vai deixar tantas saudades. Obrigada por seres paz no meio do caos.

Aos meus restantes familiares e amigos, desculpem não mencionar o nome de cada um de vós, mas quero que saibam a importância que têm para mim, grata por deixarem a vossa marca na minha vida e espero deixar também a minha na vida de todos vocês.

A ti Coimbra, que me deixas sem palavras, és casa. Só quem vive Coimbra pode sentir Saudade como esta.

Por fim, não poderia deixar de me agradecer, por nunca desistir, pela resiliência, vontade de fazer mais e melhor e espírito de sacrifício que tanto me caracterizam. Obrigada pelo esforço e dedicação que colocas em tudo com que te comprometes. Estou orgulhosa.

Mais uma vez, o meu muito obrigada a todos vós.

“*The more I read, the more I acquire, the more certain I am that I know nothing*.” - Voltaire

Resumo

A qualidade do sono é um indicador central de saúde física e psicológica, influenciado por múltiplos fatores emocionais e relacionais. O presente estudo teve como objetivo analisar o papel mediador da autocompaixão na relação entre memórias precoces de calor e segurança e a qualidade do sono. Participaram 365 adultos da população geral portuguesa (65.5% que se identificaram com o género feminino), com idades entre os 18 e os 71 anos (*M* = 29.18; *DP* = 12.69), que responderam a um protocolo online composto pela Escala de Memórias Precoces de Calor e Segurança (EMWSS), pela subescala de Autocompaixão das Escalas de Motivação e Ação Compassiva (CMAS), e pelo Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI). Os resultados revelaram associações significativas entre as variáveis em estudo, com destaque para a relação negativa entre as memórias precoces de calor e segurança e a qualidade do sono, bem como para a associação positiva entre essas memórias e os níveis de autocompaixão. A análise de mediação demonstrou que, entre as dimensões da autocompaixão, apenas a Tolerância ao Sofrimento mediou parcialmente a relação entre as memórias precoces de calor e segurança e a qualidade do sono. Estes resultados sublinham a importância das experiências relacionais precoces e da capacidade de lidar com o sofrimento na promoção de padrões de sono mais saudáveis, nomeadamente ao nível da qualidade subjetiva, duração e funcionamento diurno. As limitações do estudo, bem como as suas implicações para a prática clínica e para investigações futuras, são igualmente discutidas.

Palavras-chave: qualidade do sono, memórias precoces de calor e segurança, autocompaixão, tolerância ao sofrimento.

Abstract

Sleep quality is a central indicator of physical and psychological health, influenced by multiple emotional and relational factors. This study aimed to examine the mediating role of self-compassion in the relationship between early memories of warmth and safeness and sleep quality. A total of 365 Portuguese adults from the general population participated (65.5% self-identified as women), aged between 18 and 71 years (M = 29.18; SD = 12.69). Participants completed an online protocol including the Early Memories of Warmth and Safeness Scale (EMWSS), the Self-Compassion subscale of the Compassion Motivation and Action Scales (CMAS), and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). The results revealed significant associations between the study variables, particularly a negative relationship between early memories of warmth and safeness and sleep quality, as well as a positive association between these memories and self-compassion levels. Mediation analysis showed that, among the self-compassion dimensions, only Distress Tolerance partially mediated the relationship between early memories of warmth and safeness and sleep quality. These findings highlight the importance of early relational experiences and the ability to manage suffering in fostering healthier sleep patterns, particularly in terms of subjective sleep quality, sleep duration, and daytime functioning. Study limitations, as well as clinical and research implications, are also discussed.

Keywords: sleep quality, early memories of warmth and safeness, self-compassion, distress tolerance.

Índice

Agradecimentos ... 1
Resumo ... 5
Abstract ... 6
Introdução ... 9
Qualidade do sono ... 9
Memórias precoces de calor e segurança e qualidade do sono ... 10
Autocompaixão, memórias precoces de calor e segurança e qualidade do sono ... 12
O presente estudo ... 14
Metodologia ... 15
Desenho do Estudo ... 15
Participantes ... 15
Procedimentos ... 16
Instrumentos ... 16
Análise Estatística ... 19
Resultados ... 20
Análises Preliminares ... 20
Correlações ... 27
O Papel Mediador da Autocompaixão na Relação Entre as Memórias Precoces de Calor e Segurança e a Qualidade do Sono ... 31
Discussão ... 35
Limitações e Estudos Futuros ... 39
Implicações para a Investigação e Prática Clínica ... 40
Conclusão ... 41
Referências ... 45
Apêndices ... 55
Apêndice 1 - *Parecer da Comissão de Ética* ... 57
Apêndice 2 - *Autorização do Autor para Utilização do PSQI* ... 58
Apêndice 3 - *Autorização da Autora para Utilização da EMWSS* ... 59
Apêndice 4 - *Autorização da Autora para Utilização da CMAS* ... 60
Apêndice 5 - *Declaração de Consentimento Informado* ... 61
Apêndice 6 - *Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI-PT) ou Questionário de Pittsburgh sobre Qualidade do Sono* ... 62
Apêndice 7 - *Escala das Memórias Precoces de Calor e Segurança* ... 65
Apêndice 8 - *Compassion Motivation and Action Scales* ... 67

Introdução

Qualidade do sono

O sono é uma alteração cíclica e reversível do estado de consciência, caracterizada pela redução da atividade motora e pela diminuição da sensibilidade aos estímulos ambientais (Buysse, 2014). Divide-se em duas fases principais: sono NREM (non-rapid eye movement) e sono REM (rapid eye movement), que se alternam ao longo do ciclo do sono (Chokroverty, 2010; Brown et al., 2012). Quando o sono é consolidado e passa adequadamente pelas fases NREM e REM, permite uma melhor restauração do organismo e uma regulação mais eficiente (Brown et al., 2012; Dinges, 1995; Walker & van der Helm, 2009).

Para além da sua estrutura, o sono cumpre funções fisiológicas e psicológicas essenciais, como a regulação metabólica e emocional, a regeneração tecidular - sobretudo cerebral -, a consolidação da memória e da aprendizagem, e a plasticidade sináptica, favorecida pela menor estimulação durante o repouso (Frank, 2019; Brown et al., 2012; Perry, 2013). A privação prolongada de sono tem efeitos significativos, como a diminuição da atenção sustentada e do desempenho cognitivo, sendo que após cerca de 16 horas consecutivas de vigília começam a surgir défices acumulados (Wei et al., 2022; Dinges, 1995).

A qualidade do sono é um construto multidimensional, que envolve variáveis objetivas - como a duração e a continuidade do sono - e aspetos subjetivos, como a perceção de descanso e recuperação (Buysse, 2014). Engloba também o tempo necessário para adormecer (latência), a ocorrência de despertares noturnos, a eficiência habitual do sono (proporção entre o tempo efetivo de sono e o tempo total passado na cama), o uso de medicação e as consequências funcionais durante o dia, como fadiga ou dificuldades de concentração. Estes diferentes domínios permitem caracterizar de forma mais abrangente o impacto do sono na vida quotidiana (Buysse, 2014).

Estudos indicam que entre 30% a 50% dos adultos relatam má qualidade do sono (Shim & Kang, 2017; Yi, 2013), com prevalência particularmente elevada entre estudantes universitários (Rodrigues et al., 2019), resultado de padrões irregulares de sono-vigília, exigências académicas, preocupações futuras e estilos de vida desregulados (Rodrigues et al., 2019). Para além destes fatores, o contexto laboral parece também desempenhar um papel relevante: a realização de trabalho por turnos, incluindo turnos fixos (noturnos e/ou rotativos), tem sido associada não só a uma pior qualidade do sono, mas também a uma redução do número de horas dormidas (Chang et al., 2021; Lim et al., 2018; McDowall et al., 2017). Embora alguns estudos apontem para um efeito independente do tipo de turno, controlando variáveis como

idade e tempo de trabalho nesse regime (Lim et al., 2018; McDowall et al., 2017), outros sugerem que esses mesmos fatores podem potenciar os efeitos negativos dos turnos. Por exemplo, Nena et al. (2018) observaram que uma frequência elevada de turnos noturnos (mais de três por semana) e uma maior exposição a esse regime de trabalho (mais de cinco anos), sobretudo na faixa etária dos 36-45 anos, estavam associados a uma pior qualidade subjetiva do sono.

Mesmo na ausência de perturbações clínicas do sono, a qualidade do mesmo tem sido associada a défices atencionais, menor clareza cognitiva, dificuldades de autorregulação emocional, menor envolvimento social, menor desempenho académico e maior vulnerabilidade a sintomas depressivos e ansiosos (Marques et al., 2017).

Durante o envelhecimento normal, tende-se a dormir menos horas e a qualidade do sono tende a diminuir (Landry et al., 2015; Shim & Kang, 2017). No entanto, esta continua a ser determinante para o bem-estar físico e psicológico, prevenindo o aparecimento de perturbações do sono, muitas vezes subestimadas na sua gravidade (Perry, 2013).

Embora se recomende que os adultos durmam entre sete a oito horas por noite, estima-se que cerca de 35% das pessoas durmam menos de sete horas, devido a exigências laborais, estilos de vida ou perturbações do sono (Perry, 2013). Esta insuficiência, mesmo quando parcial, tem sido associada a diversas patologias, incluindo doenças cardiovasculares, renais, neurodegenerativas, hipertensão, diabetes, AVC, obesidade e alterações imunológicas (Wei et al., 2022; Lichtenstein, 2015; Perry, 2013). O impacto estende-se também à saúde mental, aumentando o risco de perturbações depressivas e de humor (Perry, 2013; Shim & Kang, 2017).

A nível psicossocial, o sono inadequado pode intensificar os níveis de stress, interferir com a regulação emocional e afetar negativamente a perceção das situações quotidianas (van Egmond et al., 2022; Krause et al., 2017; Dinges, 1995). Assim, a má qualidade do sono deve ser considerada uma questão de saúde pública, dadas as suas implicações na saúde física, psicológica e na segurança individual e coletiva (Perry, 2013; Sorscher, 2008; Worley, 2018).

Memórias precoces de calor e segurança e qualidade do sono

As experiências relacionais vividas na infância desempenham um papel determinante na formação de modelos afetivos e cognitivos que perduram na vida adulta e influenciam, entre outros domínios, o funcionamento do sono. Certos padrões emocionais desenvolvidos precocemente, como expetativas de abandono ou hipervigilância emocional, têm sido associados a uma menor qualidade subjetiva do sono e a maior disfunção durante o período de vigília (Rodrigues et al., 2019), sugerindo que os modelos afetivos construídos ao longo do

desenvolvimento podem modular processos de regulação fisiológica e emocional, incluindo o sono.

Ambientes afetivamente empobrecidos na infância, marcados por vínculos inseguros, negligência ou rejeição, tendem a comprometer a adaptação a situações exigentes e estão associados a maior vulnerabilidade psicológica e pior qualidade do sono (Perpétuo et al., 2021; Rohner et al., 2012). Em contraste, relações seguras, caracterizadas por expressões consistentes de afeto e responsividade dos cuidadores, favorecem o desenvolvimento de estratégias de autorregulação mais eficazes e parecem proteger a estabilidade do sono desde a infância (Rohner et al., 2012; Simard et al., 2017).

A qualidade destas primeiras relações com figuras de vinculação influencia não apenas o ajustamento psicológico, mas também processos neurobiológicos fundamentais, como a maturação cerebral e a resposta ao stress (Gilbert et al., 2006; McCrory et al., 2012; Slavich & Cole, 2013). Ser cuidado com afeto e aceitação permite o desenvolvimento de um sentido interno de segurança, o qual contribui para o equilíbrio emocional, a autoestima e a regulação fisiológica (Gilbert & Procter, 2006; Mikulincer & Shaver, 2020) - incluindo os ritmos do sono (Troxel, 2010).

Na idade adulta, a relação entre vinculação e sono torna-se mais complexa, influenciada por fatores fisiológicos (como doenças crónicas ou alterações hormonais), contextos sociais (como o ambiente familiar ou profissional), e por padrões relacionais internalizados desde a infância (Adams et al., 2014). Modelos inseguros de vinculação continuam associados a maior instabilidade do sono (Troxel, 2010), enquanto estilos seguros parecem promover maior consistência e qualidade do repouso noturno (Simard et al., 2017; Troxel, 2010). Neste sentido, a privação de afeto - entendida como a perceção de receber menos carinho e proximidade do que o desejado - tem sido também associada a uma pior qualidade do sono (Floyd, 2016), reforçando o impacto das experiências relacionais na regulação do sono ao longo da vida.

Neste contexto, as memórias precoces de calor e segurança assumem particular relevância enquanto representações emocionais internalizadas de relações protetoras e afetuosas. Estas memórias dizem respeito à recordação de experiências de cuidado, conforto, carinho, apoio e proteção, nas quais a criança se sente segura perante o mundo (Rohner et al., 2012). Quando presentes, essas recordações positivas parecem funcionar como recurso interno regulador, que favorece a autotranquilização, a adaptação perante adversidades e o bem-estar emocional (Irons et al., 2006; Marta-Simões et al., 2018; Steindl et al., 2021). Para além disso, têm sido associadas a menores níveis de stress, maior capacidade de autorregulação e escolhas de vida mais saudáveis (Chopik & Edelstein, 2019).

Embora a investigação sobre a relação entre vínculos precoces e qualidade do sono seja crescente, os estudos que abordam diretamente o papel de memórias precoces de calor e segurança ainda são escassos. A literatura tem privilegiado a análise das consequências de experiências relacionais negativas ou adversas, como negligência ou rejeição, ficando menos explorada a influência de vivências afetivas positivas. Ainda assim, os dados disponíveis apontam para uma associação entre a segurança emocional internalizada na infância e padrões de sono mais favoráveis na vida adulta.

Autocompaixão, memórias precoces de calor e segurança e qualidade do sono

Tanto as memórias precoces de calor e segurança (Marta-Simões et al., 2018) como a qualidade do sono (Brown et al., 2021) se correlacionam com a autocompaixão. No entanto, para se poder falar em autocompaixão, é necessário recuar um pouco e refletir, primeiramente, sobre o conceito de compaixão. Esta é definida por Gilbert e Choden (2014) como a sensibilidade ao sofrimento do eu e dos outros, acompanhada da motivação para o aliviar ou prevenir. Feldman e Kuyken (2011) acrescentam que a compaixão implica reconhecer o sofrimento como parte inevitável da vida e desenvolver respostas empáticas e tolerantes, mesmo quando não é possível eliminá-lo. Trata-se, assim, de um processo relacional e dinâmico que exige não só empatia e sensibilidade, mas também regulação emocional e intencionalidade na ação (Gilbert & Simos, 2022). Esta capacidade manifesta-se em três fluxos distintos, mas interligados: oferecer compaixão aos outros, receber compaixão dos outros e dirigir compaixão a si próprio - isto é, autocompaixão (Gilbert & Simos, 2022).

Diversos autores têm procurado sistematizar as componentes fundamentais da compaixão. Jinpa (2010) propõe quatro dimensões centrais: consciência do sofrimento (cognitiva), preocupação empática perante esse sofrimento (afetiva), intenção de aliviar o sofrimento (intencional) e prontidão para agir (comportamental). Já Strauss et al. (2016) identificam cinco elementos interligados: reconhecimento do sofrimento, compreensão da sua universalidade, ressonância emocional com o sofrimento do outro (como empatia ou preocupação), tolerância ao desconforto emocional suscitado pelo sofrimento observado e motivação para agir, ou ação efetiva, com o objetivo de o aliviar. Estas formulações convergem na ideia de que a compaixão é um processo que articula perceção, emoção, regulação e ação. A evidência teórica mais recente reforça a centralidade de três elementos específicos neste processo: intenção compassiva, tolerância ao sofrimento e ação (Steindl et al., 2021), que refletem as fases essenciais através das quais a compaixão se desenvolve e se expressa.

Neste enquadramento, a autocompaixão pode ser entendida como a capacidade de aplicar este mesmo processo a si próprio: reconhecer a dor interna, manter-se emocionalmente presente perante o desconforto e agir com cuidado e proteção em relação ao eu. Neff (2003, 2023) descreve a autocompaixão como uma atitude de aceitação, empatia e ausência de julgamento face ao sofrimento pessoal, frequentemente sintetizada na ideia de tratar-se a si próprio como se trataria um bom amigo num momento difícil (Neff & Germer, 2018). Esta atitude tem demonstrado associações consistentes com sentimentos de segurança interna, maior autoaceitação e menor ruminação, funcionando como fator protetor em contextos de ansiedade e depressão (Egan et al., 2022).

Neste domínio, as experiências precoces de afeto e proteção - como a presença consistente de figuras cuidadoras responsivas e afetuosas - desempenham um papel estruturante no desenvolvimento de segurança interna e de estratégias eficazes de autorregulação emocional (Gilbert et al., 2006; Mikulincer & Shaver, 2020). Segundo Gilbert e Procter (2006), estas vivências favorecem a capacidade de tranquilizar o eu em momentos de adversidade, promovendo o equilíbrio emocional ao longo da vida.

Importa, contudo, sublinhar que não é apenas o conteúdo factual dessas experiências que se associa ao ajustamento psicológico, mas sobretudo a forma como são emocionalmente recordadas. As memórias precoces de calor e segurança - enquanto representações subjetivas internalizadas dessas vivências - parecem predizer, de forma mais robusta, atitudes de autocompaixão, maior autoaceitação e uma resposta emocional mais equilibrada perante adversidades, com menor tendência à autocrítica (Richter et al., 2009). Tal como referido anteriormente, essas memórias constituem um recurso interno com impacto duradouro no bem-estar psicológico (Chopik & Edelstein, 2019).

Paralelamente, níveis mais elevados de autocompaixão têm sido consistentemente associados a menos dificuldades de sono. Uma meta-análise de Brown et al. (2021), baseada em 17 estudos, confirmou uma associação significativa entre níveis mais elevados de autocompaixão e melhor qualidade subjetiva do sono (r = -.32). Estudos subsequentes reforçaram este padrão, evidenciando que a autocompaixão se relaciona negativamente com a qualidade do sono, nomeadamente através da redução do stress percebido, da ruminação e da ansiedade relacionada com o sono (Rakhimov et al., 2023; Wang et al., 2024). Adicionalmente, a autocompaixão foi identificada como um fator mediador relevante nas ligações entre privação de sono, problemas de saúde mental e estratégias de coping (Kim et al., 2021; Kotera et al., 2021). Estes dados apontam para um papel regulador da autocompaixão no sono, embora a

investigação existente tenha, até ao momento, considerado de forma escassa o impacto de experiências relacionais precoces e das memórias emocionais da infância neste processo.

O presente estudo

Com base na literatura anteriormente apresentada, é possível afirmar que, embora existam estudos que associem individualmente as memórias precoces de calor e segurança, a autocompaixão e a qualidade do sono, do nosso conhecimento, ainda não foram desenvolvidas investigações que articulem simultaneamente estas três variáveis num mesmo modelo. Deste modo, o presente estudo tem como objetivo explorar a relação entre as memórias precoces de calor e segurança e a qualidade do sono, analisando o papel mediador da autocompaixão neste processo.

Ao integrar estas dimensões, pretende-se aprofundar a compreensão sobre os mecanismos relacionais e emocionais que influenciam o bem-estar psicofisiológico, nomeadamente a qualidade do sono, contribuindo para um modelo mais integrativo que valorize tanto os contextos afetivos do desenvolvimento quanto os processos internos de regulação. A clarificação do papel mediador da autocompaixão poderá também oferecer implicações relevantes para a prevenção e intervenção em dificuldades de sono, através da promoção de estratégias autocompassivas que reforcem a segurança interna e a autorregulação emocional.

Tendo em conta o objetivo definido, pressupõe-se que as memórias precoces de calor e segurança, a autocompaixão e a qualidade do sono se encontrem significativamente correlacionadas entre si. Especificamente, espera-se que maiores níveis de memórias precoces de calor e segurança se associem a maiores níveis de autocompaixão, e ambas a uma melhor qualidade do sono (H1). Adicionalmente, prevê-se que as memórias precoces de calor e segurança exerçam um impacto direto sobre a qualidade do sono (H2). Por fim, espera-se que a autocompaixão funcione como uma variável mediadora desta relação, prevendo-se que maiores níveis de memórias precoces de calor e segurança estejam associados a níveis mais elevados de autocompaixão, e que os quais, por sua vez, se associem a uma melhor qualidade do sono (H3).

Metodologia

Desenho do Estudo

Com o propósito de atingir os objetivos do presente estudo, foi realizado um estudo de natureza quantitativa, transversal e correlacional com uma amostra da população portuguesa adulta.

Participantes

A amostra foi constituída por 365 adultos da população geral, dos quais 239 (65.5%) se identificaram com o género feminino, 125 (34.2%) com o género masculino, e uma pessoa (0.3%) preferiu não dar informação acerca do género. As pessoas participantes tinham entre 18 e 71 anos (M = 29.18; DP = 12.69), não tendo sido encontradas diferenças de género estatisticamente significativas ao nível da distribuição desta variável, quando comparados os géneros masculino e feminino $t(362) = 1.24$, $p = .217$, $d = .14$. Relativamente ao estado civil, 282 participantes assinalaram a resposta "Solteiro/a", o que equivale a 77.3% da amostra, não tendo, no entanto, sido encontradas diferenças de género na distribuição desta variável, $\chi2(6) = 7.12$, $p = .310$, $V = .10$.

Ao nível das habilitações literárias, a maioria das pessoas participantes tinha o Ensino Secundário (42.5%) e Licenciatura (43.3%), não tendo sido encontradas diferenças de género na distribuição desta variável, $\chi2(8) = 6.14$; $p = .632$, $V = .09$. Ainda, no que respeita à situação profissional, destacam-se as categorias Estudante (41.4%) e Empregado/a a tempo inteiro (34.8%), não se verificando também diferenças de género na distribuição desta variável, $\chi2(12) = 16.28$, $p = .179$, $V = .15$.

Cerca de metade da amostra era composta por participantes profissionalmente ativos (n = 190; 52.1%) distribuídos pelas categorias de Trabalhador/a-Estudante, Empregado/a a tempo parcial, Empregado/a a tempo inteiro e com situação laboral Irregular. A carga horária semanal média destes participantes foi de 35.48 horas (DP = 12.31). Entre os participantes ativos, 24.5% exerciam funções em regime de turnos noturnos ou rotativos. A distribuição das categorias profissionais pelos diferentes turnos de trabalho (diurno, noturno e rotativo) revelou-se homogénea, $\chi2(9) = 7.76$, $p = .558$, $V = .12$. Adicionalmente, não se verificaram diferenças significativas na carga horária semanal entre os trabalhadores em horário diurno e os que trabalhavam em regime noturno/rotativo, $t(186) = -0.87$, $p = .384$, $d = -.15$.

Procedimentos

No dia 14 de fevereiro de 2025, a Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga aprovou o presente projeto de investigação (Parecer: CE-P25-25; Apêndice 1), assegurando o cumprimento de todos os pressupostos éticos e deontológicos inerentes à realização de estudos com participação humana. Toda a investigação decorreu em conformidade com os princípios do rigor científico e da ética na investigação, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos. Os dados serão armazenados com segurança até cinco anos após a conclusão do estudo e utilizados exclusivamente para fins científicos.

A amostra foi recolhida entre fevereiro e abril de 2025, através de um método de amostragem não probabilístico por conveniência. O formulário de recolha de dados foi disponibilizado online, através da plataforma *Google Forms*®, de forma a garantir acessibilidade e alargar o alcance da divulgação. A participação no estudo foi voluntária e gratuita, não tendo sido atribuída qualquer compensação monetária ou incentivo aos participantes. Os critérios de inclusão definidos foram: (a) ter idade igual ou superior a 18 anos e (b) compreender a língua portuguesa. O formulário foi divulgado através de redes sociais (*Facebook*®, *Instagram*®, *WhatsApp*®). O tempo médio de preenchimento foi de aproximadamente 15 minutos.

O protocolo de avaliação incluía três seções. As duas primeiras consistiam na Ficha de Informações aos Participantes e na Declaração de Consentimento Informado. A Ficha de Informações apresentava os critérios de inclusão, os objetivos do estudo, o papel dos/as participantes e das investigadoras, e os aspetos éticos envolvidos (nomeadamente a confidencialidade, o anonimato e o caráter voluntário da participação). Já a Declaração de Consentimento Informado visava garantir que os/as participantes compreendiam os propósitos do estudo e aceitavam participar de forma esclarecida, conforme previsto nos princípios éticos da investigação (Apêndice 5). Apenas as pessoas que assinalaram a opção de consentimento prosseguiram para as seções seguintes. Na terceira seção, foi apresentado o Questionário Sociodemográfico, que permitiu verificar os critérios de inclusão e exclusão, bem como caracterizar a amostra. Seguiram-se os instrumentos de avaliação necessários à concretização dos objetivos da investigação.

Instrumentos

No processo de recolha de dados desta investigação, foram utilizados um questionário sociodemográfico e as versões portuguesas validadas de três questionários de autorresposta,

que avaliavam respetivamente a qualidade do sono, as memórias precoces de calor e segurança, e a autocompaixão.

O Questionário Sociodemográfico possibilitou a verificação dos critérios de inclusão e exclusão, assegurando a adequação da amostra à população-alvo e permitindo a sua caracterização. Foram incluídas informações como género com que a pessoa se identifica, idade, estado civil, habilitações literárias e situação profissional (e.g., desempregado/a, estudante, empregado/a a tempo inteiro). Adicionalmente, e dado que estas variáveis tendem a relacionar-se com o funcionamento do sono (cf. Introdução), foram também recolhidos dados relativos ao tipo de turno de trabalho, ao tempo de exposição ao turno de trabalho (quando noturno ou rotativo) e à carga horária semanal.

O *Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh* (*Pittsburgh Sleep Quality Index*; PSQI) foi originalmente desenvolvido por Buysse et al. (1989) e validado para a população portuguesa por Gomes et al. (2018). Esta escala de autorresposta avalia a qualidade do sono no último mês, composto por 19 itens principais e 5 itens adicionais de interesse clínico (relativos à partilha de cama/quarto e a sintomas durante o sono), que não são incluídos na pontuação total. Os 19 itens principais estão organizados em sete componentes. O primeiro componente, qualidade subjetiva do sono, avalia a perceção global que o indivíduo tem da sua qualidade de sono (e.g., *6. Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?*). O segundo componente, latência do sono, refere-se ao tempo médio que o indivíduo demora a adormecer e à frequência com que tem dificuldades para adormecer (e.g., *2. Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?*). O terceiro componente, duração do sono, avalia o número de horas efetivamente dormidas por noite (e.g., *4. Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu?*). O quarto componente, eficiência habitual do sono, corresponde à percentagem de tempo passado a dormir em relação ao tempo total passado na cama, estimado com base na hora de deitar e na hora de acordar (e.g., *1. Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?*). O quinto componente, perturbações do sono, avalia a frequência de diferentes eventos que interrompem ou dificultam o sono (e.g., *5b. Acordar a meio da noite ou de manhã muito cedo*). O sexto componente, uso de medicação para dormir, refere-se à frequência com que o indivíduo recorre a medicação (prescrita ou não) para dormir (e.g., *7. Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa, ou mesmo por sua iniciativa?*). Por fim, o sétimo componente, disfunção diurna, mede o impacto da má qualidade de sono no funcionamento diário, incluindo sonolência e falta de motivação (e.g., *9. Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas*

atividades diárias?). Cada componente é pontuado entre 0 (melhor resultado) e 3 (pior resultado), e a pontuação total resulta da soma das pontuações dos sete componentes, podendo variar entre 0 e 21. Valores mais altos indicam pior qualidade de sono, sendo que pontuações totais superiores a 5 estão geralmente associadas a uma qualidade de sono insatisfatória. Embora algumas componentes incluam mais do que um item, a consistência interna é geralmente reportada apenas para a pontuação global, dado que nem todas as componentes constituem subescalas independentes ou compostas por múltiplos itens coerentes entre si. A consistência interna obtida no presente estudo para a escala total foi de $\alpha = .77$, considerada aceitável, à semelhança da versão portuguesa ($\alpha = .75$; Gomes et al., 2018) e da versão original ($\alpha = .83$; Buysse et al., 1989).

A *Escala de Memórias Precoces de Calor e Segurança* (*Early Memories of Warmth and Safeness Scale*; EMWSS) é um questionário de autorresposta composto por 21 itens, desenvolvido por Richter et al. (2009) e validado para a população portuguesa por Capinha et al. (2021). Avalia a recordação de memórias positivas precoces (i.e., durante a infância) associadas a sentimentos de calor afetivo, segurança e proteção no contexto familiar. Os itens refletem experiências subjetivas de carinho, proximidade e cuidado por parte das figuras significativas (e.g., *1. Sentia-me seguro/a e protegido/a pelos meus pais*), sendo respondidos numa escala de Likert de cinco pontos, de 0 (*não, nunca*) a 4 (*sim, a maior parte do tempo*). Valores mais elevados indicam uma maior perceção de experiências precoces de calor e segurança. A consistência interna desta escala revelou-se excelente tanto na versão original ($\alpha = .97$) como na portuguesa ($\alpha = .96$). No presente estudo, foi obtido um valor de $\alpha = .99$.

As *Escalas de Motivação e Ação Compassiva* (*Compassion Motivation and Action Scales*; CMAS), desenvolvida por Steindl et al. (2021) e validada para a população portuguesa por Matos et al. (2021), é uma medida de autorresposta desenvolvida para avaliar a motivação compassiva e os comportamentos associados, dirigidos quer aos outros, quer a si mesmo, com o objetivo de prevenir ou lidar com o sofrimento. Este instrumento é composto por duas escalas distintas: Compaixão pelos outros (12 itens) e Autocompaixão (18 itens), cada uma subdividida em três dimensões: intenção, tolerância ao sofrimento e ação compassiva. Os itens são avaliados numa escala de Likert de sete pontos, de 1 (*discordo completamente*) a 7 (*concordo completamente*), sendo que pontuações mais elevadas refletem maiores níveis de compaixão ou autocompaixão. Neste estudo, apenas a escala da Autocompaixão foi utilizada. Exemplos de itens representativos das três dimensões incluem: e.g., *2. Quero ser capaz de dar apoio e suporte a mim mesmo/a quando enfrento desilusões na minha vida* (intenção), *6. Sinto-me confiante de que consigo ser amável e atencioso/a para comigo mesmo/a quando enfrento*

problemas (tolerância ao sofrimento) e *17. Ao longo da última semana tenho sido mais capaz de me perdoar quando cometo erros* (ação compassiva). A escala demonstrou excelente consistência interna, tanto na versão original (Intenção: α = .92, Tolerância ao Sofrimento: α = .95, Ação Compassiva: α = .96, Total: α = .94), como na versão portuguesa (Intenção: α = .89, Tolerância ao Sofrimento: α = .94, Ação Compassiva: α = .96, Total: α = .93). No presente estudo, a escala revelou igualmente uma consistência interna excelente em todas as suas dimensões (Intenção: α = .95; Tolerância ao Sofrimento: α = .97; Ação Compassiva: α = .98; Total: α = .97).

Análise Estatística

De forma a ser possível realizar a análise estatística e o tratamento de dados da presente investigação, foi utilizado o *Statistical Package for Social Sciences*, versão 30.0 (SPSS; IBM Corp., 2025) e a *macro PROCESS* para o SPSS, versão 4.2 (Hayes, 2018).

Verificou-se a normalidade da distribuição e os respetivos desvios através da análise da assimetria, da curtose, e da presença de outliers, considerando-se como valores de referência os intervalos entre -3 e 3 para a assimetria e entre -7 e 7 para a curtose, sendo que valores dentro destes limites indicam uma distribuição normal (Byrne, 2010). Os *outliers* foram analisados através da observação de diagramas de caixa de bigodes (*boxplots*), tal como sugerido por Field (2017).

Para analisar a consistência interna dos instrumentos utilizados e das respetivas subescalas, recorreu-se ao coeficiente alfa de Cronbach (α), sendo que valores inferiores a .50 são considerados inaceitáveis, entre .50 e .59 pobres, entre .60 e .69 questionáveis, entre .70 e .79 aceitáveis, entre .80 e .90 bons, e superiores a .90 excelentes (George & Mallery, 2022).

Seguiram-se análises descritivas das variáveis sociodemográficas, com o objetivo de caracterizar a amostra e explorar possíveis diferenças nas variáveis principais do estudo - qualidade do sono, memórias precoces de calor e segurança, e autocompaixão - em função dessas variáveis. Para comparar diferenças entre grupos, utilizaram-se testes *t* para variáveis contínuas e testes qui-quadrado (χ^2) para variáveis categóricas (Field, 2017). Sempre que se aplicaram testes *t*, avaliou-se o tamanho do efeito através do *d* de Cohen, sendo considerados pequenos os valores entre até .49, médios entre .50 e .79, e grandes a partir de .80 (Cohen, 1988). No caso das associações entre variáveis categóricas, recorreu-se ao *V* de Cramér, seguindo os critérios de interpretação de efeito pequeno (.10-.29), médio (.30-.49) e forte (≥ .50). Para variáveis sociodemográficas com três ou mais níveis (e.g., tempo de exposição a turno noturno/rotativo, carga horária semanal), utilizaram-se análises univariadas da variância

(One-Way ANOVA). O tamanho do efeito foi estimado através do eta quadrado parcial (ηp^2) em situações com pressupostos cumpridos, e do omega quadrado (ω^2) sempre que se verificou violação da homogeneidade das variâncias (Field, 2017; Lakens, 2013), recorrendo-se, nesses casos, à ANOVA de Welch, acompanhada do teste *post hoc* de Games-Howell, adequado a situações com variâncias heterogéneas e tamanhos amostrais desiguais (Agbangba et al., 2024). Para além disso, quando a ANOVA indica que há diferença significativa, utilizou-se também o teste *post hoc* de Tukey que serve para identificar exatamente quais grupos são diferentes entre si.

A interpretação dos valores de ambos os índices de tamanho do efeito seguiu os critérios propostos por Cohen (1988): efeitos pequenos (≈ .01–.05), médios (≈ .06–.13) e grandes (≥ .14). Sempre que aplicável, foram utilizados os valores calculados através de reamostragem *bootstrap* (5000 amostras) para reforçar a robustez das estimativas, sobretudo nas comparações *post hoc* entre grupos.

As correlações bivariadas entre as variáveis em estudo foram analisadas utilizando o coeficiente de correlação de Pearson (*r*), segundo as diretrizes de Cohen (1988), considerando associações pequenas entre até .29, moderadas entre .30 e .49, e grandes a partir de .50.

Para testar o modelo teórico da presente investigação, foi utilizado o modelo 4 da *macro PROCESS* (Hayes, 2018) que permite analisar efeitos de mediação simples. Este modelo foi utilizado para avaliar se a relação entre as memórias precoces de calor e segurança (variável independente) e a qualidade do sono (variável dependente) era mediada pela autocompaixão (variável mediadora). Foram estimados três tipos de efeitos: o efeito total (relação total entre a variável independente e a dependente), o efeito indireto (via variável mediadora) e o efeito direto (relação entre a variável independente e a dependente, controlando o efeito da mediadora). A significância estatística do efeito indireto foi examinada através do procedimento de *bootstrapping* com 5000 amostras, gerando intervalos de confiança corrigidos e acelerados a 95%. Considerou-se que o efeito indireto era significativo quando o valor zero não estava incluído no intervalo de confiança (Kline, 2005).

Resultados

Análises Preliminares

Os valores de assimetria das variáveis em estudo variaram entre -2.03 e -0.11, sendo o primeiro correspondente ao item 4 da CMAS e o segundo ao item 5 da EMWSS, enquanto os valores de curtose oscilaram entre -1.29 e 4.61, correspondendo o primeiro ao item 5 da

EMWSS e o segundo ao item 4 da CMAS, não se registando violações graves à normalidade. Embora tenham sido identificados alguns *outliers* nos diagramas de caixa de bigodes, a comparação dos resultados com e sem esses casos revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas. Assim, optou-se por manter os *outliers* na base de dados, de forma a preservar a validade ecológica (Hair et al., 2010).

Relativamente às diferenças sociodemográficas nas variáveis em estudo (Tabela 1), verificou-se que, ao nível do género, as mulheres apresentaram níveis mais elevados de autocompaixão na dimensão Intenção, embora com um tamanho do efeito pequeno, $t(197.29) = -3.45$, $p < .001$, $d = -.42$. No que respeita à idade, observaram-se associações estatisticamente significativas, ainda que de baixa magnitude, com diversos aspetos da qualidade do sono. Especificamente, a idade correlacionou-se positivamente com a qualidade do sono nas dimensões de duração ($r = .21$, $p < .001$) e eficiência habitual ($r = .18$, $p < .001$). Curiosamente, verificou-se ainda que, com o aumento da idade, tanto a latência do sono ($r = -.15$, $p = .006$) como a disfunção diurna ($r = -.12$, $p = .029$) tendem a diminuir. Isto sugere que pessoas mais velhas tendem a dormir menos horas e apresentam menor eficiência do sono (menor proporção de tempo efetivo de sono em relação ao tempo passado na cama), mas, por outro lado, demoram menos tempo a adormecer e referem menor impacto da má qualidade do sono no funcionamento diário. Tendo em conta que todas estas associações apresentaram magnitudes baixas, optou-se por não controlar a variável idade nas análises de mediação subsequentes.

Entre os participantes profissionalmente ativos, relativamente ao turno de trabalho, verificou-se que os participantes em regime noturno ou rotativo reportaram uma menor duração de sono, comparativamente aos que trabalham em horário diurno, com um tamanho de efeito médio, $t(61.487) = -2.69$, $p = .009$, $d = -.54$. Entre os participantes que trabalhavam em turnos noturnos ou rotativos, observaram-se diferenças significativas nos níveis de qualidade global do sono em função do tempo de exposição ao turno (em anos), com um tamanho do efeito elevado, $F(2,44) = 3.59$, $p = .036$, $\eta p^2 = .14$. A análise post hoc de Tukey revelou que os participantes com menos de 5 anos de exposição apresentaram significativamente melhor qualidade do sono do que aqueles com 5 a 10 anos de exposição, $p = .036$, não se tendo observado diferenças significativas entre os restantes grupos.

Adicionalmente, com base na ANOVA de Welch, observaram-se diferenças significativas em algumas variáveis em função da carga horária semanal, ainda que com tamanhos de efeito pequenos. Em particular, a qualidade global do sono total variou significativamente entre os grupos, $F(2,48.484) = 4.56$, $p = .015$, $\omega^2 = .03$. As comparações post hoc de Games-Howell revelaram que os participantes com carga horária reduzida (≤ 20

horas) apresentaram uma qualidade global do sono significativamente superior à dos participantes com carga horária moderada (21-44 horas) (M_{diff} = 1.16, p = .026). Do mesmo modo, observaram-se diferenças significativas na duração do sono, F(2,52.260) = 5.77, p = .005, ω^2 = .03, sendo esta maior no grupo com carga horária reduzida, comparativamente ao grupo com carga horária moderada (M_{diff} = -0.29, p = .025) e ao grupo com carga horária elevada (M_{diff} = -0.55, p = .016). Também a eficiência do sono diferiu significativamente entre os grupos, F(2,51.853) = 5.35, p = .008, ω^2 = .02, sendo mais elevada no grupo com carga horária reduzida em comparação com o grupo com carga horária moderada (M_{diff} = -0.52, p = .005).

No que diz respeito ao turno de trabalho, tempo de exposição ao turno e carga horária semanal, optou-se igualmente por não controlar estas variáveis na análise de mediação subsequente, por diversas razões metodológicas. Em primeiro lugar, estas variáveis apenas se aplicavam à subamostra dos participantes profissionalmente ativos (n = 190), o que impossibilitaria a manutenção de um modelo único e comparável à totalidade da amostra. Em segundo lugar, a distribuição dos participantes entre os diferentes grupos dentro de cada variável revelou-se bastante assimétrica e com tamanhos amostrais reduzidos (por exemplo, apenas 9 participantes com 5 a 10 anos de exposição a turno noturno/rotativo). Por fim, a implementação de modelos de mediação paralelos para diferentes subconjuntos da amostra não se justificaria, dado que os efeitos observados foram de magnitude reduzida a moderada.

Na Tabela 1 está exposta a informação que diz respeito às diferenças sociodemográficas nas variáveis em estudo.

Tabela 1

Diferenças Sociodemográficas nas Variáveis em Estudo

Variável		*n*		PSQI_ Total	PSQI_ SQuality	PSQI_ SLatency	PSQI_ DuratS	PSQI_ SEffic	PSQI_ SDisturb	PSQI_ DayDisf	EMWSS_Total	CMAS_Total	CMAS_Int	CMAS_DT	CMAS_Act
Género	Mulheres	239	M	6.64	1.26	1.41	.39	.72	1.18	1.25	59.43	94.25	30.36	35.89	28.00
			DP	3.16	.65	.99	.72	.99	.52	.77	24.07	20.94	5.25	9.69	9.86
	Homens	125	M	6.02	1.16	1.35	.35	.67	1.10	1.10	57.13	90.74	27.88	35.75	27.10
			DP	3.19	.68	.89	.68	1.00	.52	.77	22.84	24.26	7.06	10.74	9.69
	t			-1.78	-1.37	-0.51	-.53	-0.47	-1.46	-1.73	-0.88	-1.44	-3.45	-0.13	-0.83
	p			.076	.172	.611	.596	.637	.145	.084	.378	.152	<.001	.900	.408
	d			-.20	-.15	-.06	-.06	-.05	-.16	-.19	-.10	-.16	-.42	-.01	-.09
	Idade		*r*	.10	.03	-.15***	.21***	.18***	.04	-.12*	.01	.03	-.07	.09	.02
			p	.060	.569	.006	<.001	<.001	.397	.029	.869	.517	.203	.073	.669
Turno	Diurno	148	M	6.04	1.17	1.18	0.34	0.76	1.10	1.09	60.01	94.01	29.51	36.71	27.79

de Trabalho			DP	3.07	0.61	0.87	0.63	1.01	0.53	0.80	23.08	21.06	6.14	9.41	9.57
	Noturno/Rotativo	48	M	6.38	1.19	1.23	0.73	0.71	1.06	1.15	54.44	94.56	28.56	36.83	29.17
			DP	2.97	0.67	0.91	0.94	1.01	0.56	0.77	24.35	24.62	7.05	9.70	9.72
	t			0.57	0.02	0.29	5.39	0.13	4.43	0.31	1.02	0.12	0.44	0.03	0.40
	p			.564	.982	.750	.001	.882	.555	.734	.361	.982	.648	.975	.673
	d			-.11	-.03	-.05	-.54	.06	.07	-.07	.24	-.03	.15	-.01	-.14
Tempo de exposição ao Turno de Trabalho	< 5 anos	20	M	5.15	1.00	1.00	0.35	0.75	1.00	1.05	56.30	99.50	29.75	38.95	30.80
			DP	2.32	0.65	1.03	0.67	1.12	0.46	0.76	25.22	21.17	6.25	8.69	8.40
	5-10 anos	9	M	7.78	1.33	1.67	0.78	0.89	1.22	1.33	56.89	89.56	28.00	34.78	26.78
			DP	2.91	0.50	0.87	1.09	1.36	0.44	0.87	21.90	23.21	5.32	8.53	11.68
	>10 anos	19	M	6.56	1.28	1.06	1.00	0.61	1.11	1.06	57.61	95.44	28.67	37.83	28.94
			DP	2.62	0.58	0.64	0.91	0.70	0.58	0.64	20.84	22.68	6.62	9.39	8.63
	F			3.59	1.45	2.01	2.81	0.22	0.63	0.53	0.02	0.64	0.29	0.68	0.62
	p			.036	.246	.146	.071	.802	.536	.593	.985	.534	.753	.513	.542

		np2		.14	.06	.08	.11		.03	.02	.00	.03	.01	.03	.03
		ω²						-.03							
Carga horário de trabalho semanal	Baixa carga horária (≤ 20h)	30	M	5.07	1.20	1.17	0.17	0.33	0.90	1.20	61.43	98.03	30.67	37.07	30.30
			DP	1.96	0.55	0.79	0.46	0.71	0.55	0.71	23.51	24.04	6.04	10.69	9.39
	Carga horária moderada (21-44h)	135	M	6.23	1.14	1.17	0.45	0.85	1.16	1.03	58.21	95.56	29.50	37.72	28.34
			DP	2.88	0.60	0.82	0.76	1.06	0.50	0.77	23.48	20.28	5.89	8.50	9.71
	Elevada carga horária (≥ 45h)	25	M	7.16	1.40	1.32	0.72	0.76	1.08	1.36	58.64	86.12	27.52	32.92	25.68
			DP	4.37	0.76	1.15	0.84	1.05	0.64	0.91	24.26	23.30	7.54	10.38	8.59
		F		4.56	1.32	0.20	5.77	5.35	2.75	1.85	0.23	2.07	1.40	2.34	1.82
		p		.015	.278	.821	.005	.008	.075	.169	.798	.138	.257	.108	.174
		ω²		.03	.01	-.01	.03	.02	.02	.01	-.01	.02	.01	.02	.01

Nota. PSQI_Total = Pontuação total do Pittsburgh Sleep Quality Index (*Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh*). PSQI_SQuality = Componente Qualidade Subjetiva do Sono do PSQI. PSQI_SLatency = Componente Latência do Sono do PSQI. PSQI_DuratS = Componente Duração do Sono do PSQI. PSQI_SEffic = Componente Eficiência Habitual do Sono do PSQI. PSQI_SDisturb = Componente Perturbações do

Sono do PSQI. PSQI_DayDisf = Componente Disfunção Diurna do PSQI. EMWSS_Total = Pontuação total da Early Memories of Warmth and Safeness Scale (*Escala de Memórias Precoces de Calor e Segurança*). CMAS_Total = Pontuação total da Escala de Autocompaixão das *Escalas de Motivação e Ação Compassiva* (*Compassion Motivation and Action Scales*). CMAS_Int = Dimensão Intenção da CMAS. CMAS_DT = Dimensão Tolerância ao Sofrimento da CMAS. CMAS_Act = Dimensão Ação Compassiva da CMAS.

*p< .05

*** p < .001

Correlações

As estatísticas descritivas e as correlações bivariadas de Pearson entre as variáveis em estudo encontram-se expostas na Tabela 2.

Pode afirmar-se que a maioria das correlações realizadas foram estatisticamente significativas e ocorreram nas direções esperadas. Em particular, observou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a qualidade do sono (pontuação total do PSQI) e as memórias precoces de calor e segurança, bem como com os níveis globais de autocompaixão, ambas de magnitude pequena (r = -.17, p < .01). Estes dados sugerem que, quanto maior a perceção de experiências precoces de calor e segurança, e quanto mais elevados os níveis de autocompaixão, melhor tende a ser a qualidade do sono reportada.

Adicionalmente, foram identificadas correlações negativas e significativas, também de pequena magnitude, entre a qualidade do sono e as dimensões Tolerância ao Sofrimento (r = -.21, p < .01) e Ação Compassiva (r = -.15, p < .01) da autocompaixão. A dimensão Intenção não apresentou uma associação significativa com a qualidade do sono.

Por sua vez, as memórias precoces de calor e segurança correlacionaram-se positivamente com todas as dimensões da autocompaixão, com uma magnitude moderada no caso das dimensões Intenção (r = .36), Tolerância ao Sofrimento (r = .36) e na pontuação total de autocompaixão (r = .38), e de magnitude pequena (ainda que próxima de moderada) na dimensão Ação Compassiva (r = .27), sendo todas estas associações estatisticamente significativas (p < .01). Por último, destaca-se a correlação negativa, próxima de moderada, entre a componente Disfunção Diurna do PSQI e a dimensão Tolerância ao Sofrimento da autocompaixão (r = -.27, p < .01). Este resultado sugere que, quanto maior a capacidade de tolerar emoções difíceis e momentos de sofrimento, menor tende a ser o impacto da má qualidade do sono no funcionamento diário, por exemplo, ao nível da motivação e da energia para realizar atividades habituais.

Tabela 2

Médias, Desvios Padrão, e Intercorrelações das Variáveis em Estudo

Variáveis	M	DP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. PSQI_Total	6.43	3.18	-											
2. PSQI_SQuality	1.22	0.66	.67**	-										
3. PSQI_SLatency	1.39	0.96	.64**	.41**	-									
4. PSQI_DuratS	0.38	0.70	.60**	.39**	.22**	-								
5. PSQI_SEffic	0.71	0.99	.50**	.13*	.11*	.33**	-							
6. PSQI_SDisturb	1.15	0.52	.57**	.33**	.39*	.20**	.10	-						
7. PSQI_DayDisf	1.20	0.77	.54**	.39**	.24**	.21**	-.03	.35**	-					
8. EMWSS_Total	58.65	23.62	-.17**	-.16**	-.13*	-.12*	-.05	-.10	-.13*	-				
9. CMAS_Total	92.88	22.34	-.17**	-.18**	-.09	-.11*	.01	-.10	-.16**	.38**	-			
10. CMAS_Int_T	29.45	6.12	-.04	.01	-.02	-.06	-.04	-.03	-.01	.36**	.75**	-		
11. CMAS_DT_T	35.78	10.10	-.21**	-.21**	-.12*	-.11*	.04	-.13*	-.27**	.36**	.92**	.63**	-	
12. CMAS_Act_T	27.65	9.82	-.15**	-.20**	-.09	-.11*	.01	-.08	-.09	.27**	.86**	.43**	.67**	-

Nota. PSQI_Total = Pontuação total do Pittsburgh Sleep Quality Index (*Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh*). PSQI_SQuality = Componente Qualidade Subjetiva do Sono do PSQI. PSQI_SLatency = Componente Latência do Sono do PSQI. PSQI_DuratS = Componente Duração do Sono do PSQI. PSQI_SEffic = Componente Eficiência Habitual do Sono do PSQI. PSQI_SDisturb = Componente Perturbações do Sono do PSQI. PSQI_DayDisf = Componente Disfunção Diurna do PSQI. EMWSS_Total = Pontuação total da Early Memories of Warmth and Safeness Scale (*Escala de Memórias Precoces de Calor e Segurança*). CMAS_Total = Pontuação total da Escala de Autocompaixão das *Escalas de Motivação e Ação Compassiva* (*Compassion Motivation and Action Scales*). CMAS_Int = Dimensão Intenção da CMAS. CMAS_DT = Dimensão Tolerância ao Sofrimento da CMAS. CMAS_Act = Dimensão Ação Compassiva da CMAS.

* $p < .05$

** $p < .01$

O Papel Mediador da Autocompaixão na Relação Entre as Memórias Precoces de Calor e Segurança e a Qualidade do Sono

Estimou-se, numa primeira fase, um modelo de mediação simples (modelo 4 do *PROCESS*; Hayes, 2018), no qual se testou o papel mediador da autocompaixão total na relação entre as memórias precoces de calor e segurança (variável independente) e a qualidade do sono (variável dependente). Esta análise foi conduzida com base na hipótese inicial de que níveis mais elevados de autocompaixão poderiam explicar a associação entre memórias positivas da infância e melhor qualidade do sono.

No entanto, os resultados não evidenciaram um efeito de mediação significativo para a autocompaixão total, contrariando a expectativa teórica inicialmente formulada. O modelo global explicou 4.2% da variância da qualidade do sono (R^2 = .04). A análise revelou um efeito efeito total significativo das memórias precoces de calor e segurança sobre a qualidade do sono, b = -.02, EP = .01, p = .001, e um efeito direto igualmente significativo, b = -.02, EP = .01, p = .025. No entanto, o efeito indireto através da autocompaixão total não foi estatisticamente significativo, b = -.01, EP = .00, 95% IC [-.01, -.00], uma vez que o intervalo de confiança incluiu o zero.

Perante este resultado, foram reanalisadas as dimensões específicas da autocompaixão, com base tanto na literatura como nas correlações observadas neste estudo. Em concreto, identificaram-se associações entre a qualidade do sono e as dimensões Tolerância ao Sofrimento (r = -.21, p < .01) e Ação Compassiva (r = -.15, p < .01), enquanto a dimensão Intenção não apresentou uma correlação significativa. Além disso, destacou-se a correlação negativa, próxima de moderada, entre a Disfunção Diurna e a Tolerância ao Sofrimento (r = -.27, p < .01), o que sugere uma possível relevância acrescida desta dimensão na forma como o sofrimento é experienciado e regulado no quotidiano. À luz destes dados, e ainda que tal não estivesse inicialmente previsto, optou-se por repetir a análise de mediação considerando em separado as dimensões Tolerância ao Sofrimento e Ação Compassiva enquanto mediadores - igualmente em modelos de mediação simples (modelo 4 do *PROCESS*; Hayes, 2018).

No que respeita ao modelo com a dimensão Ação Compassiva enquanto mediador, o modelo global explicou 4% da variância da qualidade do sono (R^2 = .04). O efeito total das memórias precoces de calor e segurança sobre a qualidade do sono foi significativo, b = -.02, EP = .01, p = .001, bem como o efeito direto, b = -.01, EP = .01, p = .008. No entanto, o efeito indireto através da Ação Compassiva também não foi estatisticamente significativo, b = -.00, EP = .00, 95% IC [-.01, .00].

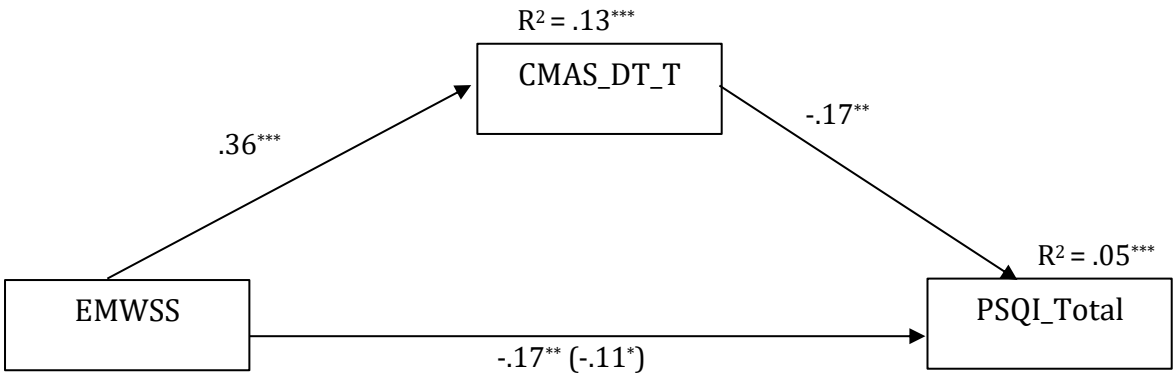
Por fim, apresentam-se os resultados relativos ao modelo com a dimensão Tolerância ao Sofrimento da autocompaixão como mediador, na Figura 1 e na Tabela 3. O modelo global explicou 5% da variância da qualidade do sono (R^2 = .05). O efeito total das memórias precoces de calor e segurança na qualidade do sono foi significativo, *b* = -.02, *EP* = .01, *p* = .001. As memórias precoces de calor e segurança apresentaram um efeito direto na qualidade do sono também ele significativo, *b* = -.02, *EP* = .01, *p* = .044, ainda que reduzido, apontando para uma mediação parcial. Estes resultados sugerem que uma melhor qualidade do sono é, em parte, explicada por níveis mais elevados de memórias precoces de calor e segurança.

Por fim, o efeito indireto das memórias precoces de calor e segurança na qualidade do sono, através da dimensão Tolerância ao Sofrimento da autocompaixão, mostrou ser estatisticamente significativo, *b* = -.01, *EP* = .00, 95% IC [-.02, -.00]. Estes resultados sugerem que a autocompaixão, em particular a capacidade de tolerar o sofrimento em momentos difíceis, contribui parcialmente para explicar a associação entre memórias precoces de calor e segurança e uma melhor qualidade do sono.

O sumário dos efeitos totais e dos efeitos diretos e indiretos encontram-se apresentados na Tabela 3, e o esquema do modelo de mediação na Figura 1.

Figura 1

Modelo de Mediação da Relação entre as Memórias Precoces de Calor e Segurança com a Qualidade do Sono através da Dimensão Tolerância ao Sofrimento da Autocompaixão



Nota. EMWSS = Pontuação total da Early Memories of Warmth and Safeness Scale (*Escala de Memórias Precoces de Calor e Segurança*). CMAS_DT = Dimensão Tolerância ao Sofrimento da Escala de Autocompaixão das *Escalas de Motivação e Ação Compassiva* (*Compassion Motivation and Action Scales*). PSQI_Total = Pontuação total do Pittsburgh Sleep Quality Index (*Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh*). Os valores dos caminhos entre as variáveis representam os coeficientes estandardizados de regressão. Na seta que liga as

Memórias Precoces de Calor e Segurança com a Qualidade do Sono, o valor fora dos parênteses representa o efeito total e o valor entre parênteses representa o efeito direto.

*$p < .05$

**$p < .01$

***$p < .001$

Tabela 3

Coeficientes de Regressão Não Estandardizados e Resumo da Informação do Modelo de Mediação

Efeitos Diretos	*b*	*EP*	*t*	*p*	95% IC	
					LI	LS
Memórias Precoces de Calor e Segurança → CMAS_DT	.15	.02	7.30	.000	.11	.19
Memórias Precoces de Calor e Segurança → Qualidade do Sono	-.01	.01	-2.03	.044	-.03	-.00
CMAS_DT → Qualidade do Sono	-.05	.02	-3.09	.002	-.09	-.02
Efeitos Indiretos	*b*	*EP*	*t*	*p*	95% IC	
					LI	LS
Memórias Precoces de Calor e Segurança → CMAS_DT → Qualidade do Sono	-.01	.00	-	-	-.02	-.00
Efeito Total	*b*	*EP*	*t*	*p*	95% IC	
					LI	LS
Memórias Precoces de Calor e Segurança → Qualidade do Sono	-.02	.01	-3.31	.001	-.04	-.01

Nota. CMAS_DT = Dimensão Tolerância ao Sofrimento da Escala de Autocompaixão das *Escalas de Motivação e Ação Compassiva* (*Compassion Motivation and Action Scales*). *b* = Coeficiente de regressão não estandardizado. *EP* = Erro Padrão. IC = Intervalo de Confiança. LI = Limite Inferior. LS = Limite Superior.

Discussão

A qualidade do sono, amplamente reconhecida como um fator essencial para o bem-estar físico, psicológico e social (Buysse, 2014; Perry, 2013), pode ser influenciada por múltiplas variáveis emocionais e relacionais. Entre estas, destaca-se a vinculação precoce, sendo que modelos inseguros ou expetativas de rejeição desenvolvidas na infância tendem a comprometer a estabilidade e a perceção subjetiva do sono (Rodrigues et al., 2019; Troxel, 2010). Neste contexto, as memórias precoces de calor e segurança emergem como indicadores subjetivos da qualidade dessas experiências iniciais de vinculação, refletindo vivências de afeto, proteção e aceitação que parecem contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de autorregulação emocional, como a autocompaixão (Gilbert et al., 2006; Marta-Simões et al., 2018). Esta última tem também vindo a ser identificada como um fator protetor da qualidade do sono, associando-se a menor ruminação, menor stress percebido e maior equilíbrio emocional (Brown et al., 2021; Rakhimov et al., 2023). Contudo, continuam a ser escassos os estudos que integrem, num mesmo modelo, estas três variáveis. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre memórias precoces de calor e segurança e qualidade do sono, testando o papel mediador da autocompaixão. Relativamente às hipóteses, esperava-se que níveis mais elevados de memórias precoces de calor e segurança se associassem a maiores níveis de autocompaixão, e que ambas estivessem relacionadas com uma melhor qualidade do sono (H1). Previa-se também que as memórias precoces de calor e segurança exercessem um efeito direto sobre a qualidade do sono (H2). Para além disso, era expectável que a autocompaixão surgisse como variável mediadora desta relação, contribuindo para que maiores níveis de memórias precoces de calor e segurança se associassem a uma maior autocompaixão e, por sua vez, a uma melhor qualidade do sono (H3). De forma geral, os resultados obtidos no presente estudo vieram apoiar as hipóteses previamente formuladas.

Relativamente às análises preliminares, observou-se que, contrariamente ao que é frequentemente reportado na literatura (e.g., Yarnell et al., 2015, 2018), as mulheres apresentaram níveis mais elevados de autocompaixão - particularmente na dimensão Intenção -, ainda que com um tamanho do efeito pequeno. Este resultado, embora possa ser parcialmente explicado pela sobrerrepresentação de participantes do género feminino na amostra, poderá também dever-se ao facto de este estudo ter utilizado uma escala de autocompaixão que inclui especificamente uma dimensão que reflete a intenção de ser autocompassivo/a (Steindl et al., 2021), ao contrário de outras escalas usadas noutros estudos. Esta dimensão poderá traduzir

uma predisposição ou desejo de agir com autocompaixão, sem que isso implique necessariamente uma prática efetiva de autocompaixão no dia a dia.

No que diz respeito à variável idade, os resultados obtidos neste estudo revelaram associações estatisticamente significativas, ainda que de baixa magnitude, com diferentes aspetos da qualidade do sono. Especificamente, observou-se que pessoas mais velhas tendem a dormir menos horas e a apresentar menor eficiência do sono, mas, por outro lado, demoram menos tempo a adormecer e referem menor disfunção diurna. Estes dados vão ao encontro do que tem sido descrito na literatura, que aponta para uma redução progressiva da duração e da eficiência do sono com o avançar da idade (Landry et al., 2015; Shim & Kang, 2017). Por outro lado, os dados obtidos permitem inferir tendências diferenciais entre participantes mais jovens e mais velhos. É possível que, entre os participantes mais jovens, a maior latência do sono e maior disfunção diurna observada esteja relacionada com hábitos quotidianos mais irregulares, característicos desta faixa etária. Uma das explicações mais plausíveis prende-se com o tempo de exposição a dispositivos eletrónicos, sobretudo durante o período noturno e o *Fear of Missing Out* (FoMO) – caracterizado pelo medo persistente de ser excluído de experiências sociais potencialmente gratificantes e está frequentemente associado ao uso excessivo de redes sociais (Przybylski et al., 2013). De facto, nas camadas mais jovens (18–29 anos), tem sido reportado um uso excessivo de redes sociais e outras atividades online que interferem com os ritmos de sono (B. Marques, 2025; I. Marques, 2021; Wheatley & Buglass, 2019). A utilização destes dispositivos após o deitar tende a atrasar a hora de adormecer e a reduzir a duração total do sono (Marques, 2021; Cain & Gradisar, 2010; Mireku et al., 2019). Para além disso, a luz azul emitida pelos ecrãs compromete a produção de melatonina, hormona essencial para a indução do sono (Perrault et al., 2019). Ainda assim, estudos como o de Yeh et al. (2015) sugerem que o impacto da utilização de ecrãs na latência do sono poderá ser explicado, sobretudo, pela ativação cognitiva que estes provocam, mais do que pela luz azul em si.

Ainda nas análises preliminares, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na qualidade do sono em função de diferentes condições laborais, nomeadamente o tipo de turno, o tempo de exposição a esse regime e a carga horária semanal. Os participantes que trabalhavam em regime noturno ou rotativo reportaram uma menor duração de sono do que aqueles em horário diurno, com um tamanho de efeito de magnitude média. Este padrão é consistente com estudos prévios que indicam que os trabalhadores por turnos tendem a dormir menos horas do que os trabalhadores em horários regulares (Ramey et al., 2012). No grupo de participantes em regime noturno ou rotativo, observaram-se ainda diferenças na qualidade global do sono consoante o tempo de exposição a esse regime. Em particular, os participantes

com menos de cinco anos de exposição apresentaram uma qualidade de sono superior à dos que referiram entre cinco a dez anos de exposição. Estes dados sugerem uma possível deterioração progressiva da qualidade do sono com o aumento da exposição a turnos, contrariando a hipótese de habituação sugerida por alguns autores (Bjorvatn et al., 2006) e aproximando-se de investigações que apontam para um agravamento da qualidade e da duração do sono com a continuidade do trabalho por turnos (Garde et al., 2020). No entanto, a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre todos os subgrupos analisados, aliada ao facto de estas variáveis se aplicarem apenas à subamostra dos participantes profissionalmente ativos e de os grupos apresentarem distribuições assimétricas, com alguns tamanhos amostrais reduzidos (por exemplo, apenas nove participantes com cinco a dez anos de exposição a turnos noturnos/rotativos), justifica uma interpretação cautelosa dos resultados. Estes fatores metodológicos, em conjunto com a inconsistência dos dados disponíveis na literatura, reforçam a ideia de que o impacto do trabalho por turnos na qualidade do sono permanece um tema em aberto e de debate científico.

Também a carga horária semanal revelou estar associada a diferenças significativas na qualidade global do sono, bem como na sua duração e eficiência. Os participantes com carga horária reduzida (igual ou inferior a 20 horas por semana) apresentaram melhores indicadores de sono do que aqueles com carga horária moderada ou elevada, ainda que os tamanhos de efeito observados tenham sido pequenos. Estes dados vão ao encontro de estudos anteriores (Wittmann et al., 2006; von Gall et al., 2023), que documentam a associação entre maiores cargas horárias e menor duração do sono, sobretudo durante os dias úteis.

Os resultados das correlações bivariadas suportam parcialmente a hipótese H1 e revelaram padrões consistentes com a literatura. Tal como referido por Rodrigues et al. (2019), a qualidade das experiências relacionais precoces - nomeadamente em contextos de vinculação insegura ou negligência emocional - pode comprometer a adaptabilidade a situações exigentes e dificultar o desenvolvimento de estratégias de autorregulação mais ajustadas, contribuindo para maior instabilidade do sono. Também Perpétuo et al. (2021) e Rohner et al. (2012) sublinham que vínculos afetivos inseguros na infância estão associados a maior vulnerabilidade psicológica e pior qualidade subjetiva do sono. Neste enquadramento, a correlação negativa entre as memórias precoces de calor e segurança e a qualidade do sono (pontuação total do PSQI), ainda que de pequena magnitude, vai ao encontro da literatura, indicando que quanto mais positiva é a perceção das experiências afetivas da infância, melhor tende a ser a qualidade do sono reportada na vida adulta.

Adicionalmente, observou-se uma correlação negativa e significativa entre a qualidade do sono e os níveis globais de autocompaixão, assim como com as dimensões Tolerância ao Sofrimento e Ação Compassiva, mas não com a dimensão Intenção. Estes dados estão em consonância com estudos como o de Rakhimov et al. (2023), que identificam baixos níveis de autocompaixão como fator de risco para a deterioração da qualidade do sono, com impacto ao nível do bem-estar psicológico. A ausência de associação com a dimensão Intenção poderá indicar que apenas as componentes mais experienciadas da autocompaixão - como a aceitação ativa do sofrimento ou a ação compassiva - se relacionam diretamente com o funcionamento do sono. Assim, embora se tenha confirmado uma associação significativa entre a qualidade do sono e os níveis globais de autocompaixão, bem como com duas das suas dimensões, o facto de a dimensão Intenção não ter revelado qualquer correlação significativa justifica que a hipótese H1 seja apenas parcialmente suportada. Por sua vez, destaca-se a correlação negativa, próxima de moderada, entre a Disfunção Diurna (componente do PSQI) e a dimensão Tolerância ao Sofrimento da autocompaixão. Este resultado sugere que indivíduos com maior capacidade de aceitar emoções difíceis e momentos de sofrimento com abertura e tolerância apresentam menor impacto da má qualidade do sono no seu funcionamento diário, como a energia e a motivação para realizar atividades habituais. Em linha com o modelo de Gilbert (2020), esta disposição interna de acolhimento do sofrimento poderá funcionar como uma estratégia de coping emocional mais adaptativa, promovendo maior estabilidade no quotidiano mesmo em contextos de cansaço ou perturbação do sono.

Por fim, as memórias precoces de calor e segurança mostraram-se positivamente correlacionadas com todas as dimensões da autocompaixão, com magnitudes moderadas nas dimensões Intenção, Tolerância ao Sofrimento e na pontuação total, e de magnitude mais reduzida (ainda que significativa) na dimensão Ação Compassiva. Este padrão apoia resultados prévios de Richter et al. (2009), que indicam que estas memórias internalizadas funcionam como recurso psíquico protetor ao longo do desenvolvimento, promovendo maior aceitação pessoal e atitudes autocompassivas. De forma semelhante, Chopik e Edelstein (2019) demonstram que essas memórias se associam a maior bem-estar emocional e a estratégias relacionais mais saudáveis, mesmo em contextos adversos.

Os resultados obtidos com os modelos de mediação sugerem que a autocompaixão total não desempenha um papel mediador significativo entre as memórias precoces de calor e segurança e a qualidade do sono, contrariando as expectativas inicialmente formuladas. Ainda assim, o efeito direto das memórias precoces sobre a qualidade do sono manteve-se significativo em todos os modelos testados, confirmando a hipótese H2.

Face à ausência de mediação global, e apoiando-se nos resultados das correlações bivariadas, optou-se por explorar separadamente as dimensões da autocompaixão. Esta análise revelou que apenas a dimensão Tolerância ao Sofrimento apresentou um efeito indireto estatisticamente significativo, ainda que de pequena magnitude, num modelo que explicou 5% da variância da qualidade do sono. Este resultado vai ao encontro de estudos prévios, como o de Leonelli et al. (2023), e sugere que a capacidade de acolher emoções difíceis com aceitação pode funcionar como um recurso protetor em contextos de vulnerabilidade emocional associada ao sono. Em contrapartida, a dimensão Ação Compassiva não apresentou efeito mediador, e a Intenção de ser autocompassivo/a não revelou qualquer associação significativa com a qualidade do sono, reforçando a ideia de que nem todas as componentes da autocompaixão influenciam este domínio do funcionamento. A hipótese H3 é, assim, parcialmente corroborada: embora não se tenha observado um efeito mediador da autocompaixão total, os resultados indicam que a tolerância ao sofrimento contribui parcialmente para explicar a ligação entre as memórias precoces de calor e segurança e a qualidade do sono. Ainda assim, a magnitude reduzida do efeito mediador sugere que esta relação pode ser influenciada por múltiplos outros fatores não considerados no presente modelo - como o estado financeiro (Basner et al., 2014; Gunes & Arslantas, 2017), as condições habitacionais (Lawson et al., 2019), padrões circadianos (de Souza Lopes et al., 2012) ou a sintomatologia de stress, ansiedade e depressão (Alwhaibi & Al Aloola, 2023) -, os quais poderão interferir no modo como estas variáveis se articulam na prática.

Limitações e Estudos Futuros

A presente investigação apresenta algumas limitações que importa considerar. Em primeiro lugar, a amostra foi composta maioritariamente por mulheres, o que limita a generalização dos resultados. Será, por isso, importante que estudos futuros explorem a relação entre memórias precoces de calor e segurança, autocompaixão e qualidade do sono em amostras mais heterogéneas e representativas, incluindo populações clínicas.

Adicionalmente, a natureza transversal do estudo impede a formulação de inferências causais, sendo impossível determinar o sentido exato das relações observadas entre variáveis. Importa, neste contexto, salientar que a associação identificada entre memórias precoces e qualidade do sono pode não se manifestar de forma bidirecional, exigindo uma abordagem mais robusta para clarificar o seu sentido. A replicação destes resultados através de estudos longitudinais permitirá observar a evolução dos fenómenos ao longo do tempo e fortalecer a validade inferencial. A utilização exclusiva de questionários de autorresposta constitui outra

limitação, dado o risco de enviesamento social e de interpretação subjetiva. Acresce ainda que a amostra poderá incluir participantes com um interesse elevado na temática do sono - o que pode influenciar os seus comportamentos e práticas - ou, pelo contrário, indivíduos motivados a participar devido a dificuldades nessa área. No que diz respeito a investigações futuras, seria pertinente comparar diretamente trabalhadores por turnos (noturnos/rotativos) com trabalhadores em horários diurnos, dado o impacto reportado desta variável na qualidade do sono. Além disso, a inclusão de outras variáveis mediadoras ou moderadoras, como condições habitacionais, estado financeiro, qualidade da relação amorosa, parentalidade ou características do contexto laboral (por exemplo, um ambiente profissional mais seguro e acolhedor), poderá enriquecer a compreensão do fenómeno.

Por fim, embora o presente estudo tenha contribuído para explorar o papel das memórias precoces de calor e segurança na qualidade do sono, será importante que futuras investigações aprofundem esse contributo, utilizando outras metodologias e contextos que permitam clarificar os mecanismos subjacentes e as condições em que esse efeito se verifica.

Implicações para a Investigação e Prática Clínica

A presente investigação possibilita uma melhor compreensão da qualidade do sono e dos fatores que a influenciam, uma vez que esta constitui um fator essencial na saúde física e psicológica. Ao explorar de que forma as memórias precoces de calor e segurança influenciam o funcionamento do sono, e ao considerar o papel mediador da autocompaixão neste processo, o estudo poderá ser útil na identificação de padrões emocionais e comportamentais relevantes para a saúde mental. Sendo o sono um problema de saúde pública, com elevada prevalência na sociedade contemporânea, os resultados obtidos poderão contribuir para o desenvolvimento de programas direcionados à melhoria da qualidade do sono, do bem-estar emocional e da promoção de estilos de vida mais saudáveis.

Em particular, o papel da dimensão tolerância ao sofrimento na qualidade do sono sugere que esta dimensão da autocompaixão poderá funcionar como um fator de proteção em contextos de baixa qualidade do sono. Este dado tem implicações diretas para a prática clínica, sobretudo no âmbito de intervenções baseadas na compaixão (como a Terapia Focada na Compaixão; CFT; Gilbert, 2009) e na aceitação (como a Terapia de Aceitação e Compromisso; ACT; Hayes et al., 1999). Ambas as abordagens terapêuticas promovem uma relação mais acolhedora com o sofrimento interno, ajudando os indivíduos a tolerar desconforto sem evitamento, o que se traduz em maior autorregulação emocional e funcionamento adaptativo.

Neste sentido, os resultados do presente estudo fornecem um contributo relevante para a compreensão de quais as componentes da compaixão que podem ser mais ativamente trabalhadas em intervenções dirigidas a dificuldades do sono. Além disso, oferecem novas perspetivas para a investigação e prática psicológica, ao trazer informação sobre as complexas interações entre experiências afetivas precoces, processos de regulação emocional e saúde do sono - com potencial impacto na formulação de intervenções mais precisas, personalizadas e eficazes.

Conclusão

O presente estudo contribuiu para uma melhor compreensão dos fatores psicológicos que influenciam a qualidade do sono, salientando a importância das experiências precoces de calor e segurança e da autocompaixão, em particular da capacidade de tolerar o sofrimento. Os resultados indicam que memórias afetivas positivas na infância e maiores níveis de autocompaixão se associam a uma melhor qualidade subjetiva do sono. Destaca-se, sobretudo, o papel da tolerância ao sofrimento como recurso psicológico com potencial regulador deste aspeto fundamental da saúde física e psicológica e do funcionamento diário.

Ao integrar dimensões afetivas do desenvolvimento com processos de autorregulação emocional na idade adulta, este estudo oferece um contributo relevante para a literatura sobre bem-estar e saúde mental, apontando possíveis caminhos para futuras intervenções clínicas focadas na melhoria do sono e da qualidade de vida.

“*Somewhere, something incredible is waiting to be known*.” - Carl Sagan

Referências

Adams, G. C., Stoops, M. A., & Skomro, R. P. (2014). Sleep tight: Exploring the relationship between sleep and attachment style across the life span. *Sleep Medicine Reviews, 18*(6), 495-507. http://dx.doi.org/10.1016/j.smrv.2014.03.002

Agbangba, C. E., Aide, E. S., Honfo, H., & Kakai, R. G. (2024). On the use of post-hoc tests in environmental and biological sciences: *A critical review*. *Heliyon*, 10(3), e25131. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e25131

Alwhaibi, M., & Al Aloola, N. A. (2023). Associations between stress, anxiety, depression and sleep quality among healthcare students. *Journal of Clinical Medicine, 12*(13), 4340. https://doi.org/10.3390/jcm12134340

Basner, M., Spaeth, A. M., & Dinges, D. F. (2014). Sociodemographic characteristics and waking activities and their role in the timing and duration of sleep. *Sleep*, *37*(12), 1889-1906. https://doi.org/10.5665/sleep.4238

Bjorvatn, B., Stangenes, K., Øyane, N., Forberg, K., Lowden, A., Holsten, F., & Åkerstedt, T. (2006). Subjective and objective measures of adaptation and readaptation to night work on an oil rig in the North Sea. *Sleep*, *29*(6), 821-829. https://doi.org/10.1093/sleep/29.6.821.

Brown, L., Houston, E. E., Amonoo, H. L., & Bryant, C. (2021). Is self-compassion associated with sleep quality? A meta-analysis. *Mindfulness*, *12*, 82-91. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01498-0

Brown, R. E., Basheer, R., McKenna, J. T., Strecker, R. E., & McCarley, R. W. (2012). Control of sleep and wakefulness. *Physiological reviews*. https://doi.org/10.1152/physrev.00032.2011

Buysse, D. J. (2014). Sleep health: can we define it? Does it matter?. *Sleep*, 37(1), 9-17. https://doi.org/10.5665/sleep.3298

Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, *28*(2), 193-213. https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4

Byrne, B. M. (2010). Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming (2nd ed.). Routledge.

Cain, N., & Gradisar, M. (2010). Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: A review. *Sleep Medicine*, 11(8), 735-742. doi: 10.1016/j.sleep.2010.02.006

Capinha, M., Matos, M., Pereira, M., Matos, M., & Rijo, D. (2021). The early memories of warmth and safeness scale: dimensionality and measurement invariance. *Journal of affective disorders*, *280*, 228-235. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.033

Chang, W., & Li, H. (2021). Influence of shift work on rest-activity rhythms, sleep quality, and fatigue of female nurses. *Chronobiology International*, 39(4), 557–568. https://doi.org/10.1080/07420528.2021.2005082

Chokroverty, S. (2010). Overview of sleep & sleep disorders. *Indian Journal of Medical Research*, *131*(2), 126-140.

Chopik, W. J., & Edelstein, R. S. (2019). Retrospective memories of parental care and health from mid-to late life. *Health Psychology*, *38*(1), 84. https://dx.doi.org/10.1037/hea0000694

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates. https://doi.org/10.4324/9780203771587

de Souza Lopes, C., Robaina, J. R., & Rotenberg, L. (2012). Epidemiology of insomnia: prevalence and risk factors. *In Can't sleep*, 1-21.

Dinges, D. F. (1995). An overview of sleepiness and accidents. *Journal of sleep research*, *4*, 4-14. https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.1995.tb00220.x

Egan, S. J., Rees, C. S., Delalande, J., Greene, D., Fitzallen, G., Brown, S., ... & Finlay-Jones, A. (2022). A review of self-compassion as an active ingredient in the prevention and treatment of anxiety and depression in young people. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-19. https://doi.org/10.1007/s10488-021-01170-2

Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, *12*(1), 143-155. https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564831

Field, A. (2017). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). Sage Publications Ltd.

Floyd, K. (2016). Affection deprivation is associated With physical pain and poor sleep quality. *Communication Studies*, 67(4), 379–398. https://doi.org/10.1080/10510974.2016.1205641

Frank, M. G., & Heller, H. C. (2019). The function (s) of sleep. *Sleep-wake neurobiology and pharmacology*, 3-34. https://doi.org/10.1007/164_2018_140

Garde, A. H., Nabe-Nielsen, K., Jensen, M. A., Kristiansen, J., Sørensen, J. K., & Hansen, Å. M. (2020). The effects of the number of consecutive night shifts on sleep duration and

quality. *Scandinavian journal of work, environment & health*, *46*(4), 446. https://doi.org/10.5271/sjweh.3885

George, D., & Mallery, P. (2022). *IBM SPSS statistics 27 step by step: A simple guide and reference* (17th ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781032622156

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, *15*(3), 199-208. https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264

Gilbert, P. (2020). Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in psychology*, *11*, 586161. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161

Gilbert, P., & Choden. (2014). *Mindful compassion: How the science of compassion can help you understand your emotions, live in the present, and connect deeply with others.* New Harbinger Publications.

Gilbert, P., & Simos, G. (Eds.). (2022). *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003035879

Gilbert, P., Baldwin, M.W., Irons, C., Baccus, J.R., Palmer, M., 2006. Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. Journal of Cognitive Psychotherapy 20 (2), 183–200. https://doi.org/10.1891/088983906780639817.

Gilbert, P., Procter, S., 2006. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 13, 353–379. https://doi.org/10.1002/cpp.507.

Gomes, A. A., Marques, D. R., Meiavia, A. M., Cunha, F., & Clemente, V. (2018). Psychometric properties and accuracy of the European Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in clinical and non-clinical samples. *Sleep and Biological Rhythms*, *16*, 413-422. https://doi.org/10.1007/s41105-018-0171-9

Güneş, Z., & Arslantaş, H. (2017). Insomnia in nursing students and related factors: A cross-sectional study. *International journal of nursing practice*, *23*(5), e12578. https://doi.org/10.1111/ijn.12578

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Prentice Hall.

Hayes, A. F. (2018). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach (2nd ed.). *The Guilford Press*.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change. *Guilford Press*.

IBM Corp. (2025). *IBM SPSS statistics for Mac* (Version 30.0) [Computer software]. IBM Corp.

Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M. W., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*(3), 297-308. https://doi.org/10.1348/014466505X68230

Jinpa, T. (2010). A fearless heart: How the courage to be compassionate can transform our lives. *Hudson Street Press*.

Kim, J. J., Oldham, M., Fernando, A. T., & Kirby, J. N. (2021). Compassion mediates poor sleep quality and mental health outcomes. Mindfulness, 12(5), 1252–1261. https://doi.org/10.1007/s12671-021-01595-8

Kline, R. B. (2005). Principles and practice of structural equation modeling (2th ed.). *The Guilford Press*.

Kotera, Y., Cockerill, V., Chircop, J. G., & Forman, D. (2021). Mental health shame, self-compassion and sleep in UK nursing students: Complete mediation of self-compassion in sleep and mental health. *Nursing open*, *8*(3), 1325-1335. https://doi.org/10.1002/nop2.749

Krause, A. J., Simon, E. B., Mander, B. A., Greer, S. M., Saletin, J. M., Goldstein-Piekarski, A. N., & Walker, M. P. (2017). The sleep-deprived human brain. *Nature Reviews Neuroscience*, *18*(7), 404-418. https://doi.org/ 10.1038/nrn.2017.55.

Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863

Landry, G. J., Best, J. R., & Liu-Ambrose, T. (2015). Measuring sleep quality in older adults: a comparison using subjective and objective methods. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7. https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00166

Lawson, H. J., Wellens-Mensah, J. T., & Attah Nantogma, S. (2019). Evaluation of sleep patterns and self-reported academic performance among medical students at the University of Ghana School of medicine and dentistry. *Sleep disorders*, *2019*(1), 1278579. https://doi.org/10.1155/2019/1278579

Leonelli, B. R., Kuhn, T., & Hughes, J. W. (2023). Sleep quality and mental health during COVID-19: the role of distress tolerance. *Psychology, Health & Medicine*, *28*(4), 929-937. https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2083644

Lichtenstein, G. R. (2015). The importance of sleep. *Gastroenterology & hepatology*, *11*(12), 790.

Lim, Y. C., Hoe, V. C. W., Darus, A., & Bhoo-Pathy, N. (2018). Association between night-shift work, sleep quality and metabolic syndrome. *Occupational and Environmental Medicine,* 75(10), 716–723. https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105104

Marques, B. O. (2025). A influência do uso excessivo das redes sociais na satisfação sexual: O papel mediador da vergonha externa e interna [Dissertação de Mestrado]. *Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal*. (Master's thesis).

Marques, D. R., Meia-Via, A. M. S., Fernandes da Silva, C., & Allen Gomes, A. (2017). Associations between sleep quality and domains of quality of life in a non-clinical sample: Results from higher education students. *Sleep Health*, 3(5), 348–356. https://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.07.004

Marques, I. D. S. (2021). *Ecrãs ao fim do dia, tipo diurno, sono e sintomas psicológicos em crianças do pré-escolar e do 1. º CEB: Potencial impacto dos ecrãs ao fim do dia sobre o sono* (Master's thesis).

Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Mendes, A. L. (2018). Self-compassion: An adaptive link between early memories and women's quality of life. *Journal of health psychology*, *23*(7), 929-938. https://doi.org/10.1177/1359105316656771

Matos, M., Gonçalves, E., Palmeira, L., Melo, I., Steindl, S. R., & Gomes, A. A. (2021). Advancing the assessment of compassion: Psychometric study of the compassion motivation and action scales in a Portuguese sample. *Current Psychology*, 1-15. https://doi.org/10.1007/s12144-021-02311-4

McCrory, E., De Brito, S.A., Viding, E., 2012. The link between child abuse and psychopathology: A review of neurobiological and genetic research. *Journal of the Royal Society of Medicine* 105 (4), 151–156. https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110222.

McDowall, K., Murphy, E., & Anderson, K. (2017). The impact of shift work on sleep quality among nurses. *Occupational Medicine*, 67(8), 621–625. https://doi.org/10.1093/occmed/kqx152

Mikulincer, M., Shaver, P., 2020. Applications of attachment theory and research: The blossoming of relationship science. In: Forgas, J., Crano, W., Fiedler, K. (Eds.), Applications of social psychology: How social psychology can contribute to the solution of real-world problems. *Routledge*.

Mireku, M. O., Barker, M. M., Mutz, J., Dumontier, I., Thomas, M. S., Röösli, M., Elliott, P, & Toledano, M. B. (2019). Night-time screen-based media device use and adolescents' sleep and health-related quality of life. *Environment International*, 124, 66-78. https://doi: 10.1016/j.envint.2018.11.069

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. https://doi.org/10.1080/15298860390129863

Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*, *74*(1), 193-218. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047

Neff, K., & Germer, C. (2018). The mindful self-compassion workbook: A proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive. *The Guilford Press*.

Nena, E., Katsaouni, M., Steiropoulos, P., Theodorou, E., Constantinidis, T., & Tripsianis, G. (2018). Effect of shift work on sleep, health, and quality of life of health-care workers. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 22(1), 29. https://doi.org/10.4103/ijoem.ijoem_4_18

Perpétuo, C., Diniz, E., & Veríssimo, M. (2021). A systematic review on attachment and sleep at preschool age. *Children*, *8*(10), 895. https://doi.org/10.3390/children8100895

Perrault, A. A., Bayer, L., Peuvrier, M., Afyouni, A., Ghisletta, P., Brockmann, C., Spiridon, M., Vesely, S. H., Haller. D. M, Pichon, S., Perrig, S., Schwartz & Sterpenich, V. (2019). Reducing the use of screen electronic devices in the evening is associated with improved sleep and daytime vigilance in adolescents. *Sleep*, 42 (9). https://doi:10.1093/sleep/zsz125

Perry, G. S., Patil, S. P., & Presley-Cantrell, L. R. (2013). Raising awareness of sleep as a healthy behavior. *Preventing chronic disease*, *10*. http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.130081

Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in human behavior*, *29*(4), 1841-1848. https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.014

Rakhimov, A., Ong, J., Realo, A., & Tang, N. K. Y. (2023). Being kind to self is being kind to sleep? A structural equation modelling approach evaluating the direct and indirect associations of self-compassion with sleep quality, emotional distress and mental well-being. *Current Psychology*, 42(16), 14092–14105. https://doi.org/10.1007/s12144-021-02661-z

Ramey, S. L., Perkhounkova, Y., Moon, M., Budde, L., Tseng, H. C., & Clark, M. K. (2012). The effect of work shift and sleep duration on various aspects of police officers' health. *Workplace health & safety*, *60*(5), 215-222. https://doi.org/10.1177/216507991206000505

Richter, A., Gilbert, P., & McEwan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*, 82(2), 171-184. https://doi.org/10.1348/147608308X395213

Rodrigues, P. M., Marques, D. R., & Allen Gomes, A. (2019). Differences in early maladaptive schemas between young adults displaying poor versus good sleep quality. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 733–746. https://doi.org/10.1007/s11126-019-09662-z

Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2012). Introduction to parental acceptance-rejection theory, methods, evidence, and implications. *Journal of Family Theory & Review*, *2*(1), 73-87.

Shim, J., & Kang, S. W. (2017). Behavioral factors related to sleep quality and duration in adults. *Journal of Lifestyle Medicine*, 7(1), 18–26. https://doi.org/10.15280/jlm.2017.7.1.18

Simard, V., Chevalier, V., & Bédard, M. M. (2017). Sleep and attachment in early childhood: a series of meta-analyses. *Attachment & human development*, *19*(3), 298-321. https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1293703

Slavich, G.M., Cole, S.W., 2013. The emerging field of human social genomics. *Clinical Psychological Science* 1, 331–348. https://doi.org/10.1177/2167702613478594.

Sorscher, A. J. (2008). How is your sleep: a neglected topic for health care screening. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *21*(2), 141-148. https://doi.org/10.3122/jabfm.2008.02.070167

Steindl, S. R., Tellegen, C. L., Filus, A., Seppälä, E., Doty, J. R., & Kirby, J. N. (2021). The Compassion Motivation and Action Scales: a self-report measure of compassionate and self-compassionate behaviours. *Australian Psychologist*, *56*(2), 93-110. https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1893110

Steindl, S.R., Matos, M. & Creed, A.K. (2021). Early shame and safeness memories, and later depressive symptoms and safe affect: The mediating role of self-compassion. *Current Psychology*, 40, 761–771. https://doi.org/10.1007/s12144-018-9990-8

Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15–27. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004

Troxel, W. M. (2010). It's more than sex: exploring the dyadic nature of sleep and implications for health. *Psychosomatic medicine*, *72*(6), 578-586. https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181de7ff8

van Egmond, L. T., Meth, E. M., Bukhari, S., Engström, J., Ilemosoglou, M., Keller, J. A., ... & Benedict, C. (2022). How sleep-deprived people see and evaluate others' faces: an experimental study. *Nature and Science of Sleep*, 867-876. https://doi.org/10.2147/NSS.S360433

von Gall, C., Muth, T., & Angerer, P. (2023). Sleep duration on workdays is correlated with subjective workload and subjective impact of high workload on sleep in young healthy adults. *Brain Sciences*, *13*(5), 818. https://doi.org/10.3390/brainsci13050818

Walker, M. P., & van Der Helm, E. (2009). Overnight therapy? The role of sleep in emotional brain processing. *Psychological bulletin*, *135*(5), 731. https://doi.org/10.1037/a0016570.

Wang, Y., Fu, T., Wang, J., Chen, S., & Sun, G. (2024). The relationship between self-compassion, coping style, sleep quality, and depression among college students. *Frontiers in Psychology*, 15. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1378181

Wei, R., Duan, X., & Guo, L. (2022). Effects of sleep deprivation on coronary heart disease. *The Korean Journal of Physiology & Pharmacology: Official Journal of the Korean Physiological Society and the Korean Society of Pharmacology*, *26*(5), 297-305. https://doi.org/10.4196/kjpp.2022.26.5.297

Wheatley, D., & Buglass, S. L. (2019). Social network engagement and subjective well-being: a life-course perspective. *British Journal of Sociology*, 70(5), 1971–1995. https://doi.org/10.1111/1468-4446.12644

Wittmann, M., Dinich, J., Merrow, M., & Roenneberg, T. (2006). Social jetlag: misalignment of biological and social time. *Chronobiology international*, *23*(1-2), 497-509. https://doi.org/10.1080/07420520500545979

Worley, S. L. (2018). The extraordinary importance of sleep: the detrimental effects of inadequate sleep on health and public safety drive an explosion of sleep research. *Pharmacy and Therapeutics*, *43*(12), 758.

Yarnell, L. M., Neff, K. D., Davidson, O. A., & Mullarkey, M. (2018). Gender Differences in Self-Compassion: Examining the role of Gender Role orientation. *Mindfulness*, 10(6), 1136–1152. https://doi.org/10.1007/s12671-018-1066-1

Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M. (2015). Meta-Analysis of gender differences in Self-Compassion. *Self and Identity*, 14(5), 499–520. https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1029966

Yeh, Z., Wung, S., & Lin, C. (2015). Pre-Sleep Arousal as a Mediator of Relationships among Worry, Rumination, and Sleep Quality. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(1), 21-34. https://doi:10.1521/ijct.2015.8.1.21

Yi, H. (2013). Sleep Quality and its Associated Factors in Adults. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 27(1), 76–88. https://doi.org/10.5932/jkphn.2013.27.1.76

Apêndices

Apêndice 1 - *Parecer da Comissão de Ética*

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA
COIMBRA 1937

Parecer da Comissão de Ética

Parecer: CE-P25-25

Projeto de Investigação: "Memórias precoces de calor e segurança e qualidade do sono: o papel moderador da autocompaixão"

Investigadora: Erica Filipa Durães Augusto

Orientadora: Professora Doutora Cláudia Pires

Data entrada: 14 de janeiro de 2025

Data de apreciação: 14 de fevereiro de 2025

Fundamentação do parecer:

A investigação intitulada "Memórias precoces de calor e segurança e qualidade do sono: o papel moderador da autocompaixão" apresentada pela Mestranda Erica Filipa Durães Augusto sob a orientação da Professor Doutora Cláudia Pires apresenta fundamentação teórica e metodológica. O objetivo desta investigação é compreender a relação entre as memórias precoces de calor e segurança e a qualidade do sono, e o papel moderador da autocompaixão.

A Investigadora enuncia os procedimentos éticos a desenvolver, estão claramente descritos os critérios de participação, a metodologia de recolha dos dados e envolvimento dos participantes, o consentimento informado, está garantido o tratamento e recolha anónima dos dados e o cumprimento do pedido de autorização aos/às autores/as dos instrumentos utilizados. O estudo apresenta o cumprimento dos pressupostos da declaração de Helsínquia, a participação no estudo é voluntária e os dados recolhidos garantem a confidencialidade e a privacidade dos/as participantes.

A Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga, após análise e consideração dos aspetos éticos deste estudo, emite parecer positivo.

Coimbra, 14 de fevereiro de 2025

P'la Comissão de Ética

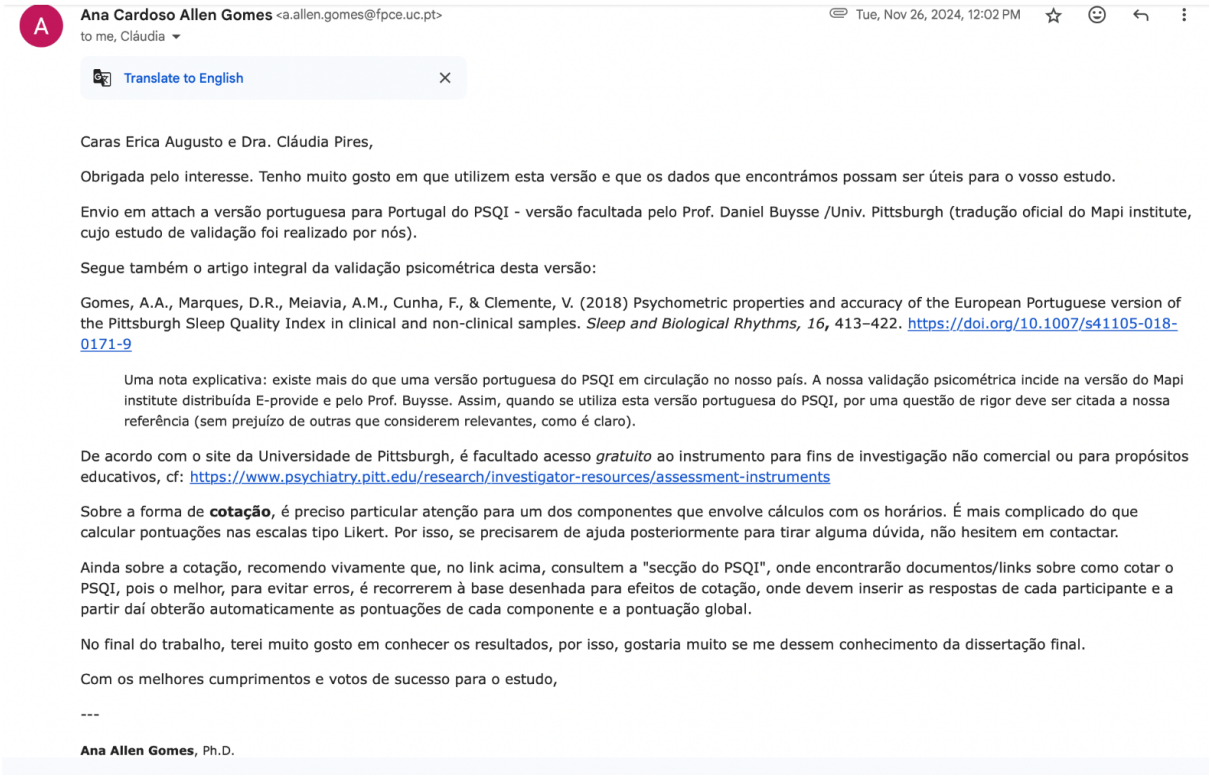
Joana Sequeira

(Joana Sequeira, PhD)

Página 1 de 1

Largo da Cruz de Celas, nº 1
3000-132 Coimbra
telf. 239 488030
fax 239 488031
ismt@ismt.pt
www.ismt.pt

Apêndice 2 - *Autorização do Autor para Utilização do PSQI*



Ana Cardoso Allen Gomes <a.allen.gomes@fpce.uc.pt> Tue, Nov 26, 2024, 12:02 PM

to me, Cláudia

Translate to English

Caras Erica Augusto e Dra. Cláudia Pires,

Obrigada pelo interesse. Tenho muito gosto em que utilizem esta versão e que os dados que encontrámos possam ser úteis para o vosso estudo.

Envio em attach a versão portuguesa para Portugal do PSQI - versão facultada pelo Prof. Daniel Buysse /Univ. Pittsburgh (tradução oficial do Mapi institute, cujo estudo de validação foi realizado por nós).

Segue também o artigo integral da validação psicométrica desta versão:

Gomes, A.A., Marques, D.R., Meiavia, A.M., Cunha, F., & Clemente, V. (2018) Psychometric properties and accuracy of the European Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in clinical and non-clinical samples. *Sleep and Biological Rhythms, 16*, 413–422. https://doi.org/10.1007/s41105-018-0171-9

> Uma nota explicativa: existe mais do que uma versão portuguesa do PSQI em circulação no nosso país. A nossa validação psicométrica incide na versão do Mapi institute distribuída E-provide e pelo Prof. Buysse. Assim, quando se utiliza esta versão portuguesa do PSQI, por uma questão de rigor deve ser citada a nossa referência (sem prejuízo de outras que considerem relevantes, como é claro).

De acordo com o site da Universidade de Pittsburgh, é facultado acesso *gratuito* ao instrumento para fins de investigação não comercial ou para propósitos educativos, cf: https://www.psychiatry.pitt.edu/research/investigator-resources/assessment-instruments

Sobre a forma de **cotação**, é preciso particular atenção para um dos componentes que envolve cálculos com os horários. É mais complicado do que calcular pontuações nas escalas tipo Likert. Por isso, se precisarem de ajuda posteriormente para tirar alguma dúvida, não hesitem em contactar.

Ainda sobre a cotação, recomendo vivamente que, no link acima, consultem a "secção do PSQI", onde encontrarão documentos/links sobre como cotar o PSQI, pois o melhor, para evitar erros, é recorrerem à base desenhada para efeitos de cotação, onde devem inserir as respostas de cada participante e a partir daí obterão automaticamente as pontuações de cada componente e a pontuação global.

No final do trabalho, terei muito gosto em conhecer os resultados, por isso, gostaria muito se me dessem conhecimento da dissertação final.

Com os melhores cumprimentos e votos de sucesso para o estudo,

---

Ana Allen Gomes, Ph.D.

Apêndice 3 - *Autorização da Autora para Utilização da EMWSS*

Bom dia Cláudia,

Espero que te encontres bem!

Claro que me recordo de ti e é um gosto saber notícias tuas.

Peço desculpa pela demora na resposta. Venho por este meio autorizar o uso da **Early Memories of Warmth and Safeness Scale (EMWSS)** nos trabalhos de Mestrado da Sara Laroussi e da Erica Augusto, nos contextos que referiste. Fico muito contente que o instrumento possa ser útil para as suas investigações.

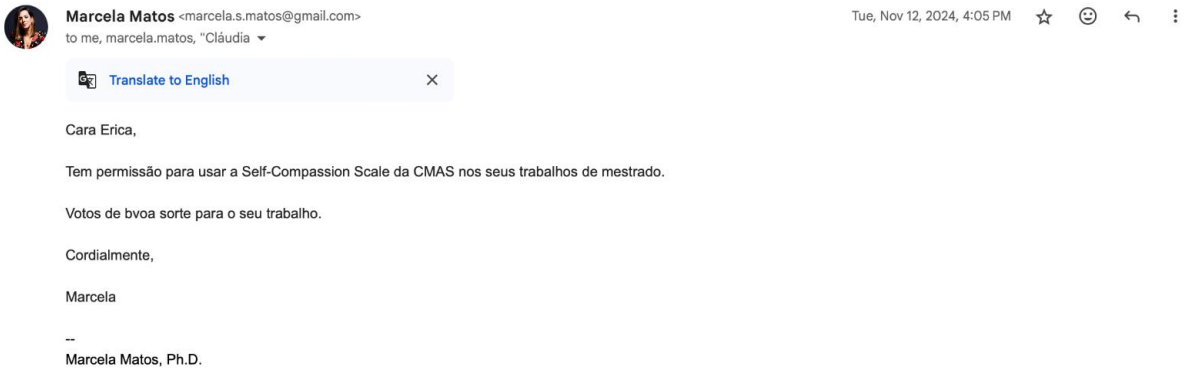
Desejo-vos bom trabalho e, caso precisem de mais alguma informação, estou à disposição.

Um beijinho e votos de um ótimo verão!

Marcela

--
Marcela Matos, Ph.D.

Apêndice 4 - *Autorização da Autora para Utilização da CMAS*



Marcela Matos <marcela.s.matos@gmail.com> Tue, Nov 12, 2024, 4:05 PM

to me, marcela.matos, "Cláudia

Translate to English

Cara Erica,

Tem permissão para usar a Self-Compassion Scale da CMAS nos seus trabalhos de mestrado.

Votos de bvoa sorte para o seu trabalho.

Cordialmente,

Marcela

--
Marcela Matos, Ph.D.

Apêndice 5 - *Declaração de Consentimento Informado*

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estou de acordo em participar de forma voluntária no estudo anteriormente apresentado sobre qualidade do sono, uso das redes sociais e funcionamento psicológico.

Declaro que li as informações apresentadas sobre o estudo, tendo sido informada/o sobre a natureza e os objetivos do mesmo, estando elucidada/o do que é esperado da minha parte. Ficaram claras todas as informações fornecidas, incluindo o facto de a participação ser voluntária e de poder desistir a qualquer momento, sem quaisquer consequências.

Concordo que, garantido que os dados anonimamente recolhidos serão exclusivamente utilizados para os efeitos de investigação, sejam analisados pelas investigadoras da equipa desta investigação.

□ Aceito participar no presente estudo.

□ Não aceito participar no presente estudo.

Apêndice 6 - *Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI-PT) ou Questionário de Pittsburgh sobre Qualidade do Sono*

Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT) (Buysse et al., 1989; Gomes et al., 2017)

Nome:_____ Idade:_____ Data:___/___/____

*As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o **mês passado**. As suas respostas devem indicar o mais correctamente possível o que aconteceu na **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as questões.*

1) Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?

Horário de deitar:____h_____min

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?

Minutos demorou a adormecer: _____min

3) Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes?

Horário de acordar: ___h_____min

4) **Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu?** (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama).

Horas de noite de sono: ___h_____min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

b) Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

c) Levantar-se para ir à casa de banho:

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

d) Ter dificuldade para respirar:

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

e) Tossir ou ressonar alto:

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

f) Sentir muito frio:

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

g) Sentir muito calor:

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

h) Ter sonhos maus ou pesadelos:

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

i) Sentir dores:

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

_____

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

( ) Muito boa	( ) Boa	( ) Má	( ) Muito Má

7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

10) Vive com um(a) companheiro(a)?

( ) Não	( ) Sim, mas em outro quarto	( ) sim, no mesmo quarto mas, não na mesma cama	( ) sim, na mesma cama

Se tem um(a) companheiro(a) de cama ou quarto, pergunte-lhe se, no mês passado, **você teve**:

a) Ronco alto:

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

b) Pausas longas na respiração durante o sono:

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

c) Movimentos de pernas durante o sono:

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:

( ) Nunca	( ) Menos de 1x/semana	( ) 1 ou 2x/semana	( ) 3x/semana ou mais

e) Outros sintomas na cama enquanto dorme, por favor, descreva:

_____

_____

Apêndice 7 - *Escala das Memórias Precoces de Calor e Segurança*

EMWS (Richter et al., 2009; Capinha et al., 2021)

Esta escala explora algumas das memórias emocionais da nossa infância. Em baixo, encontra-se um conjunto de afirmações relativas a sentimentos e emoções que possa ter tido quando era criança relativamente aos seus pais. Por favor, leia cuidadosamente cada item e faça um círculo em torno do número à direita da frase que melhor descreve as suas emoções durante a infância. Use a escala abaixo indicada.

Não, nunca	Sim, mas raramente	Sim, algumas vezes	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
0	1	2	3	4

	0	**1**	**2**	**3**	**4**
01. Sentia-me seguro/a e protegido/a pelos meus pais					
02. Sentia que os meus pais valorizavam a minha maneira de ser					
03. Sentia-me compreendido/a pelos meus pais					
04. Sentia-me aconchegado/a pelos meus pais					
05. Sentia-me à vontade a partilhar os meus sentimentos e pensamentos com os meus pais					
06. Sentia que os meus pais gostavam da minha companhia					
07. Sabia que podia contar com a empatia e compreensão dos meus pais quando estava infeliz					
08. Sentia-me calmo/a e em paz quando estava com os meus pais					
09. Sentia que os meus pais me consideravam um membro querido da família					
10. Conseguia facilmente ser amparado/a e/ou reconfortado/a pelos meus pais quando estava infeliz					
11. Sentia-me amado/a pelos meus pais					
12. Sentia-me à vontade em recorrer aos meus pais para pedir ajuda ou conselhos					
13. Sentia-me integrado/a quando estava com os meus pais					
14. Sentia-me amado/a mesmo quando os meus pais estavam aborrecidos/as com algo que tinha feito					
15. Sentia-me feliz quando estava com os meus pais					
16. Sentia-me ligado/a aos meus pais					
17. Sabia que podia contar com os meus pais para me consolar quando eu estava aborrecido/a e/ou perturbado/a					
18. Sentia que os meus pais se importavam comigo					
19. Tinha um sentimento de pertença aos meus pais					
20. Sabia que podia contar com a ajuda dos meus pais quando estava infeliz					

21. Sentia-me descontraído/a quando estava com os meus pais					

Apêndice 8 - *Compassion Motivation and Action Scales*

CMAS (Steindl et al., 2021; Matos et al., 2021)

As desilusões, os problemas e o sofrimento fazem parte da experiência humana. Em baixo encontra-se um conjunto de itens relacionados com a forma como se sente em relação a si mesmo/a e reage em momentos difíceis. Por favor assinale o grau em que concorda ou discorda com as seguintes afirmações. Não pense demasiado acerca de cada afirmação. Não existem respostas certas ou erradas.

1 = Discordo completamente
2 = Discordo
3 = Discordo um pouco
4 = Neutro
5 = Concordo um pouco
6 = Concordo
7 = Concordo completamente

Autocompaixão	1	2	3	4	5	6	7
01. Quero ser amigável para comigo e cuidar de mim quando me deparo dificuldades/problemas na minha vida.							
02. Quero ser capaz de dar apoio e suporte e mim mesmo/a quando enfrento desilusões na minha vida.							
03. Ser compassivo/a para comigo mesmo/a irá melhorar o meu bem-estar geral.							
04. Aceitar-me a mim mesmo/a irá melhorar a minha qualidade de vida.							
05. Há muitas razões para se ser mais autocompassivo/a							
06. Sinto-me confiante de que consigo ser /amável e atencioso/a para comigo mesmo/a quando enfrento problemas.							

07. Sou capaz de ser afetuoso/a/carinhoso/a para comigo mesmo/a quando me sinto a sofrer emocionalmente							
08. Consigo ser tolerante em relação a mim/ comigo mesmo/a em momentos difíceis.							
09. Tenho a capacidade de me apoiar a mim mesmo/a quando sinto que falhei.							
10. Sou capaz de ser amável para comigo mesmo/a, mesmo quando me sinto desconfortável ao fazê-lo							
11. Sou capaz de enfrentar as minhas próprias lutas internas de forma a ser amável para comigo mesmo/a.							
12. Consigo lidar com emoções/sentimentos difíceis que surgem quando presto atenção às minhas próprias necessidades.							
13. Ao longo da última semana tenho agido de forma mais autocompassiva, comparativamente ao habitual							
14. Ao longo da última semana tenho sido mais amável e atencioso/a							

para comigo mesmo/a, comparativamente ao habitual							
15. Ao longo da última semana tenho agido no sentido de mostrar mais compaixão para comigo mesmo/a.							
16. Ao longo da última semana tenho-me tratado de forma mais amável e atenciosa							
17. Ao longo da última semana tenho sido mais capaz de me perdoar quando cometo erros							
18. Ao longo da última semana tenho-me aceitado mais a mim mesmo/a, comparativamente ao habitual.							