



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

A Personalidade e sua Relação com a Qualidade de Sono e Indicadores de Saúde Cardiovascular

Sara Margarida Pedra Trindade Silva

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

VERSÃO DEFINITIVA APÓS DEFESA

Orientador: Prof. Doutor Samuel José Fonseca Monteiro

Covilhã, Novembro de 2017

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Samuel Monteiro pela sua dedicação e presença, pela constante orientação e por me trazer tantas vezes à Terra quando é preciso.

À Inês, que foi o meu pilar nesta aventura.

À família, pela força e coragem, e aos amigos, por me aturarem o mau feitio.

À minha flor, o meu amor maior, que continua presente em tudo o que faço.

'Who in the world am I? Ah, that's the great puzzle'.

Alice in Wonderland, Lewis Carol

Resumo

Esta dissertação insere-se num projeto de investigação mais amplo, que pretende a avaliação da associação de variáveis de natureza psicológica e de variáveis de natureza biomédica numa amostra de indivíduos normativos, com idade superior a 18 anos. Das diferentes variáveis abordadas no projeto foram selecionadas, para este estudo específico, a Personalidade, a Qualidade de Sono e os Indicadores Cardiovasculares, realizando-se um estudo descritivo, correlacional e transversal, com uma amostra de 233 sujeitos, 86 dos quais são homens e 144 são mulheres, cujos objetivos se centram, essencialmente, em: i) descrever a amostra ao nível de características de personalidade, de pressão arterial e de qualidade de sono em função de dados sociodemográficos específicos e caracterizadores como o sexo, a idade, a situação profissional, o local de residência e o estatuto socioeconómico; ii) analisar o grau de associação entre a personalidade e as restantes variáveis; e iii) determinar a influência/efeito preditor da personalidade nessas mesmas variáveis.

Previamente à análise empírica foi realizada uma revisão de literatura, como forma de estruturar uma base teórica pertinente, como ponto de partida para a investigação a desenvolver. A recolha da amostra foi realizada através da resposta a um protocolo de investigação, no qual se incluíam um questionário sociodemográfico, uma parte respeitante a medidas biofisiológicas e outra composta por diversos instrumentos, tendo sido considerados, para esta investigação, as respostas ao *Big Five Inventory-44* (Srivastava & John, 1999) e ao Questionário de Sono de Oviedo (Bobes et al., 2000).

Os resultados obtidos apontam para diferenças na personalidade e na pressão arterial, de acordo com variáveis sociodemográficas, nomeadamente, o género, idade, local de residência, situação profissional e estatuto socioeconómico. Já a qualidade de sono apresenta significância estatística apenas relativa à situação profissional e ao estatuto socioeconómico.

Quanto às relações entre variáveis, a personalidade não demonstra, de acordo com os resultados deste estudo, relação com a pressão arterial, existindo, no entanto, relações significativas entre a personalidade e a qualidade de sono, em especial nas dimensões da conscienciosidade e do neuroticismo.

Concluiu-se, por fim, que a conscienciosidade e o neuroticismo são fatores preditivos da satisfação subjetiva do sono e que os níveis de insónia são mais elevados quanto mais baixa for a conscienciosidade, ao contrário do que acontece entre a abertura à experiência e o neuroticismo, tanto relativamente à insónia como à hipersónia.

Palavras-chave

Personalidade; Pressão arterial; Qualidade de sono

Abstract

The present dissertation is part of a broader research project which intends to evaluate the association between psychological and biomedical variables on a normative sample. From the different variables used on the project, Personality, Sleep Quality and Cardiovascular Indicators were selected for this specific investigation, which consists in a descriptive, correlational and transversal study with a sample of 233 subjects, from which 86 are men and 144 are women, whose goals are, essentially: i) describe the sample in terms of personality, arterial pressure and sleep quality considering specific sociodemographic data like gender, age, professional situation, place of residence and socioeconomic status; ii) analyze the degree of association between personality and the remaining variables; and iii) determine the influence/predictor effect of personality in those same variables.

Previously to the empirical analysis, a literature review was performed with the aim of structuring a relevant theoretical background, as a starting point for the research to be developed. The sampling was performed through a research protocol, in which a sociodemographic questionnaire, a part concerning biophysiological measures, and another one composed by various instruments were included, having been considered, for this investigation, the responses to the Big Five Inventory-44 (John & Srivastava, 1999) and the Oviedo Sleep Questionnaire (Bobes et al., 2000).

The obtained results reveal differences in personality and arterial pressure, according to different sociodemographic variables, more specifically, gender, age, place of residence, professional situation and socioeconomic status. Sleep quality, however, only seems to present significant results considering professional situation and socioeconomic status.

Moreover, according to the results of this study, there are no relations between personality and arterial pressure. However, there appears to be a significant relation between personality and sleep quality, especially in specific dimensions such as conscientiousness and neuroticism.

Lastly, it was concluded that conscientiousness and neuroticism are predictive factors of sleep subjective satisfaction, and that insomnia levels are higher as lower as conscientiousness is, in opposition to what happens between openness to experience and neuroticism. This applies not only to insomnia but also to hypersomnia.

Keywords

Personality; Blood pressure; Sleep quality

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução | 1 |
| I - Enquadramento Teórico | 3 |
| 1. Personalidade..... | 3 |
| 1.1 Conceito de personalidade | 3 |
| 1.2 O Modelo <i>Big Five</i> | 4 |
| 2. Indicadores Cardiovasculares..... | 7 |
| 2.1 Doenças cardiovasculares | 7 |
| 2.1.1 Fatores de risco..... | 7 |
| 2.2 Pressão Arterial..... | 8 |
| 2.2.1 Hipertensão arterial..... | 8 |
| 2.2.2 Fatores de risco..... | 9 |
| 2.3 Personalidade e pressão arterial | 9 |
| 3. Qualidade de Sono | 11 |
| 3.1 Perturbações do sono..... | 12 |
| 3.2 Personalidade e qualidade de sono | 14 |
| II - Parte Empírica | 17 |
| 1. Objetivos e hipóteses | 17 |
| 1.1 Objetivos descritivos | 17 |
| 1.2 Objetivos correlacionais | 17 |
| 2. Caracterização da amostra | 19 |
| 3. Instrumentos | 20 |
| 3.1 Questionário sociodemográfico | 20 |
| 3.2 <i>Big Five Inventory</i> | 20 |
| 3.3 Questionário de Sono de Oviedo..... | 21 |
| 4. Procedimentos | 22 |
| 4.1 Procedimentos de recolha de dados..... | 22 |
| 4.2 Procedimentos de análise de dados | 22 |
| 5. Resultados..... | 25 |
| 5.1 Análise descritiva..... | 25 |

| | |
|--|----|
| 5.1.1 Descrição e caracterização da amostra de acordo com a variável personalidade | 25 |
| 5.1.2 Descrição e caracterização da amostra de acordo com a variável pressão arterial..... | 30 |
| 5.1.3 Resultados da análise da descrição e caracterização da amostra de acordo com a variável qualidade de sono | 33 |
| 5.2 Análise Correlacional | 37 |
| 5.2.1 Resultados da análise correlacional entre a personalidade e a pressão arterial | 37 |
| 5.2.2 Resultados para a análise da influência da personalidade na pressão arterial | 39 |
| 5.2.3 Resultados para a análise da influência da personalidade na qualidade de sono..... | 39 |
| III - Discussão dos Resultados | 43 |
| 1. Objetivos descritivos..... | 43 |
| 2. Objetivos Correlacionais | 45 |
| IV - Considerações finais..... | 49 |
| V - Referências Bibliográficas..... | 53 |

Lista de Tabelas

- Tabela 1 - Componentes do Modelo *Big Five* e suas facetas
- Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos em função de variáveis sociodemográficas
- Tabela 3 - Dimensões/Itens do BFI no Protocolo UBI
- Tabela 4 - Subescalas do Questionário de Sono de Oviedo e respectivos itens
- Tabela 5 - Principais procedimentos e métodos necessários à realização da análise de dados
- Tabela 6 - Análise descritiva das variáveis do *Big Five Inventory*
- Tabela 7 - Análise descritiva e diferença de médias das variáveis do *Big Five Inventory-44* em função do sexo
- Tabela 8 - Análise descritiva e diferença de médias das variáveis do *Big Five Inventory-44* em função da idade
- Tabela 9 - Análise descritiva e diferença de médias das variáveis do *Big Five Inventory-44* em função da situação profissional
- Tabela 10 - Análise descritiva e diferença de médias das variáveis do *Big Five Inventory-44* em função do local de residência
- Tabela 11 - Análise descritiva e diferença de médias das variáveis do *Big Five Inventory-44* em função do estatuto socioeconómico
- Tabela 12 - Análise descritiva da variável Pressão Arterial
- Tabela 13 - Análise descritiva e diferença de médias da pressão arterial em função do sexo
- Tabela 14 - Análise descritiva e diferença de médias da pressão arterial em função da idade
- Tabela 15 - Análise descritiva e diferença de médias da pressão arterial em função da situação profissional
- Tabela 16 - Análise descritiva e diferença de médias da pressão arterial em função do local de residência
- Tabela 17 - Análise descritiva e diferença de médias da pressão arterial em função do estatuto socioeconómico
- Tabela 18 - Análise descritiva da variável Qualidade de Sono
- Tabela 19 - Análise descritiva e diferença de médias da qualidade de sono em função do sexo
- Tabela 20 - Análise descritiva e diferença de médias da qualidade de sono em função da idade
- Tabela 21 - Análise descritiva da variável Qualidade de Sono em função da situação profissional
- Tabela 22 - Análise descritiva da variável Qualidade de Sono em função do local de residência
- Tabela 23 - Análise descritiva da Qualidade de Sono em função do estatuto socioeconómico
- Tabela 24 - Correlações obtidas entre a personalidade e a pressão arterial
- Tabela 25 - Correlações obtidas entre a personalidade e a qualidade de sono
- Tabela 26 - Resumo das regressões obtidas para o efeito preditor da personalidade na qualidade de sono
- Tabela 27 - Coeficientes de regressão obtidos para o efeito preditor da personalidade na qualidade de sono

Lista de Acrónimos

PA - Pressão Arterial

PD - Pressão Diastólica

PS - Pressão Sistólica

BFI - *Big Five Inventory*

CSO - Cuestionario de Sueño de Oviedo

Introdução

A presente dissertação insere-se no projeto “Investigação em Comportamento Humano e Biomedicina”, cujo objetivo passa pelo estudo da relação entre diversas variáveis psicológicas e indicadores biomédicos. Assim, para o desenvolvimento do presente estudo, foram selecionadas a personalidade, a pressão arterial e a qualidade de sono, tendo-se como principal objetivo compreender as suas dinâmicas relacionais.

Este estudo tem como base que as características da personalidade de cada indivíduo podem, de algum modo, influenciar comportamentos fisiológicos, podendo até contribuir para um desenvolvimento ou agravamento de doenças físicas. De facto, a saúde tem sido, cada vez mais, interpretada como uma interação de fatores psicológicos e fisiológicos. Diversos estudos têm demonstrado evidências de que os fatores psicossociais se encontram, de alguma forma, relacionados com o desenvolvimento de doenças físicas, não só na origem da doença, mas também no seu prognóstico. Os fatores da personalidade, mais especificamente, têm sido estudados como componentes importantes nos comportamentos dos indivíduos face à sua saúde, podendo interferir de algum modo na prevenção e tratamento de doenças (Carvalho & Trovisqueira, 2010). O enfoque na qualidade de sono e na pressão arterial relaciona-se com o facto de serem dois indicadores de normalidade ou anormalidade de importantes funções físicas do corpo humano e de poderem resultar em doenças graves. As doenças cardiovasculares, por exemplo, assumem-se como a principal causa de morte nos países ocidentais, sendo que o seu grau de incidência continua a aumentar (Dórea & Lotufo, 2001; WHO, 2010). Também as doenças do sono estão, muitas vezes, associadas a condições médicas, psiquiátricas e neurológicas e afetam por completo o bem-estar de qualquer indivíduo (Barone & Chokroverty, 2017). De facto, o sono é uma das atividades que regula o bom funcionamento do organismo, sendo que, através dele, as funções psicológicas e físicas são renovadas (Dávila, 2011). Deste modo, pode ser importante desenvolver conhecimentos que intercetem tanto a parte psicológica, as suas variáveis e características, como a parte física, fisiológica e biológica.

Tendo em vista os objetivos pretendidos, esta dissertação divide-se em duas partes. Na primeira, é apresentado um enquadramento teórico do tema, no qual constam três capítulos, cada um referente a uma das variáveis em estudo. No primeiro capítulo é abordada a personalidade e a sua conceptualização, seguindo-se um esclarecimento acerca do Modelo *Big Five*, um dos modelos mais utilizados na caracterização e avaliação da personalidade, e suas componentes. O segundo capítulo é destinado aos indicadores cardiovasculares, ao funcionamento do sistema cardiovascular, principais doenças e fatores de risco, incidindo-se, em particular, na pressão arterial e na hipertensão arterial. O capítulo termina com uma revisão bibliográfica acerca da relação entre a personalidade e a pressão arterial. O último capítulo refere-se à qualidade de sono, às perturbações do sono e à relação entre a qualidade de sono e a personalidade. A primeira parte do estudo refere-se, então, à delimitação de conceitos,

revisão de teorias referentes às variáveis em estudo e às suas relações, e pretende fornecer informação-base para a investigação a realizar seguidamente.

A segunda parte da dissertação centra-se na concretização empírica da investigação, que surge no seguimento da revisão teórica e conceptual previamente realizada. Nesta segunda componente encontram-se os principais objetivos e hipóteses em estudo, a caracterização da amostra, uma descrição dos instrumentos a utilizar na investigação, os procedimentos utilizados na recolha de dados e na sua análise e, por fim, os resultados nela obtidos seguidos de uma discussão dos mesmos. O documento culmina com as conclusões e considerações finais face à investigação realizada.

I - Enquadramento Teórico

1. Personalidade

Os humanos diferem uns dos outros, tanto nas suas características físicas (e.g., altura, peso, cor do cabelo ou dos olhos), como nas características psicológicas (e.g., comportamentos, interações interpessoais, disposições cognitivas). A descrição destas características permite o acesso a imagens sólidas e coerentes das pessoas que nos rodeiam, o que nos leva a reconhecer facilmente uma determinada pessoa, não só pelos seus traços físicos, como também através dos comportamentos que apresenta em determinadas situações (Hansenne, 2005).

O objetivo do estudo da personalidade consiste em identificar as características comuns ao ser humano, que se mantêm apesar da sua idiosincrasia (dos pensamentos, ações e sentimentos de cada um), independentemente do contexto e ao longo do tempo, ou seja, como refere Mischel (2004, p. 2), procurar “encontrar invariância na variabilidade”.

A teoria da personalidade envolve, assim, fazer generalizações acerca das pessoas enquanto a sua avaliação testa essas generalizações, com o objetivo de prever como é que elas se comportam em diferentes circunstâncias (Hogan & Foster, 2016).

1.1. Conceito de personalidade

A palavra “personalidade” deriva do Latim *persona*, que significa “máscara”, e está na origem da palavra “pessoa” em várias línguas. Assim, o conceito de personalidade encontra-se, desde a antiguidade clássica, relacionado com os comportamentos, que funcionam como uma máscara ao projetar os sentimentos de cada um (Corr & Matthews, 2009; Brito-Costa et al., 2015). No entanto, nos últimos 100 anos, desenvolveram-se teorias muito diversificadas acerca dos aspetos psicológicos dos indivíduos que exploram o como e o porquê de as pessoas serem diferentes, o que essas diferenças implicam e como se podem, ou não, medir (Larsen & Buss, 1997). Estas teorias foram testadas e corroboradas por evidências empíricas (Ryckman, 2008) com o objetivo de validar a noção de personalidade, como forma de a estabelecer enquanto conceito científico e afastá-la das definições que lhe são atribuídas no senso comum (Hansenne, 2005).

Atualmente, embora a personalidade seja ainda uma conceção algo controversa, apresenta-se como uma variável de natureza psicológica constituída por um padrão de comportamentos, pensamentos e sentimentos (Kazdin, 2000 citado por American Psychological Association, 2017) relativamente estáveis, que se repetem, sofrendo poucas alterações ao longo do curso de vida do indivíduo (Roberts & DelVecchio, 2000). Assim, o facto de cada pessoa ser única deve-se à tipologia diferente de personalidade que a singulariza e que reflete as suas qualidades distintivas (Acuña, Gómez & Juristo, 2009).

Uma questão frequente relativa à formação da personalidade diz respeito às suas causas. Os fatores genéticos estimam-se responsáveis por entre um terço a metade da variação dos traços de personalidade dos adultos, verificando-se um processo semelhante ao que ocorre na transmissão genética de traços físicos (Bouchard e Loehlin, 2001; Bouchard et al., 2004; Johnson, Vernon & Feiler, 2008). No entanto, as influências genéticas são complementadas pelas causas ambientais, que se apresentam como uma componente relevante na modelação e formação da personalidade (Tucker-Drob, 2017).

1.2. O Modelo *Big Five*

Na década de 80 assistiu-se a um enorme desenvolvimento do interesse na área da personalidade, tendo-se procurado formar uma taxonomia dos traços que a compõem. Francis Galton foi um dos pioneiros no desenvolvimento desta taxonomia através de uma “hipótese lexical”, i.e., acreditava que a principal diferença entre indivíduos estava já codificada na linguagem que utilizamos (Goldberg, 1993). Para tentar descortinar o número de aspetos mais notórios do carácter humano, Galton, em 1884, tentou contar as palavras utilizadas para os expressar utilizando um dicionário, o que resultou numa lista de 1000 palavras que expressavam o carácter.

O estudo de Galton foi, posteriormente, utilizado e desenvolvido por outros investigadores, que procuraram formar um quadro organizativo dos conceitos obtidos atendendo à extensão das listas de palavras que encontraram para descrever os indivíduos (McCrae & John, 1992). No sentido de facilitar a organização surgiu a necessidade de utilização de um método estatístico adequado, pelo que se recorreu à análise fatorial. Através da análise de correlações, este método permite a redução de um grande número de variáveis (neste caso, palavras relacionadas com a personalidade), para um mais restrito, o que permite determinar as variáveis mais fundamentais, que se designam por fatores (Hansenne, 2005).

Tal como acontece com a definição de personalidade, o número de fatores, ou dimensões, que a compõem é ponto de discórdia devido, entre outras causas, à utilização de diferentes métodos de análise fatorial por diferentes autores, o que resultou na formação de vários modelos de classificação de tipologias da personalidade. No entanto, dada a aceitação que recebeu em diversas culturas (McCrae et al., 2005), o modelo mais utilizado na maioria das investigações é o *Big Five* que, tal como o nome indica, se traduz num conjunto de cinco fatores, ou traços de personalidade (Acuña et al., 2009; McCabe et al., 2013).

De acordo com John e Srivastava (1999), as cinco dimensões que compõem o modelo *Big Five* representam a personalidade num nível amplo de abstração, sendo que cada uma se subdivide em características de personalidade mais específicas, que conferem a cada indivíduo qualidades particulares. O modelo *Big Five*, ou dos Cinco Fatores da Personalidade, obteve validade de constructo, reconhecimento e consideração prática em várias áreas, incluindo a psicologia clínica, a psicologia industrial e organizacional, e a psicologia da saúde. Assim, vários

instrumentos foram desenvolvidos e, alguns já existentes, modificados, de forma a avaliar esses mesmos fatores ou dimensões.

Seguidamente, encontram-se enumerados e descritos, de forma sintética, os cinco fatores que compõem o Modelo *Big Five*, bem como os subcomponentes que o constituem:

Neuroticismo: o neuroticismo inclui traços como a ansiedade, mau humor, irritabilidade ou frustração (Acuña et al., 2009). Indivíduos com níveis mais elevados de neuroticismo têm tendência a ser mais impulsivos, apresentando mais dificuldade de autocontrolo, e a agir sem pensar ou planear. Demonstram também elevada inibição no que toca aos seus comportamentos e baixa autoestima, o que pode resultar numa maior insegurança na luta pelos seus objetivos. Estas características levam também a que sejam mais centrados em si mesmos e nas suas falhas, prejudicando a sua qualidade de vida (Pocnet, Dupuis, Congard & Jopp, 2017). Um nível mais elevado de neuroticismo resulta, assim, numa maior tendência a experienciar maiores níveis de *stress*, angústia e respostas negativas a determinadas situações (Charles et al., 2001).

Extroversão: a extroversão é um traço de personalidade característico de pessoas que têm uma visão confiante e entusiástica dos outros, que está associada a ser-se sociável, assertivo e conversador (Acuña, Gómez & Juristo, 2009), o que significa que tanto os extrovertidos como os introvertidos podem passar pelo mesmo tempo de interação social, mas as pessoas com maior nível de extroversão tendem a experienciar esses momentos com mais prazer e procuram maior estimulação e atividades mais emocionantes. Energia e otimismo, melhores estratégias de *coping* como resolução de problemas e a procura de apoio, ou a resistência à frustração, são próprios deste traço de personalidade. Os introvertidos, pelo contrário, tendem a encontrar-se menos motivados para a busca de felicidade e apresentam maiores dificuldades em situações ou tarefas que exigem empenho e motivação (Pocnet et al., 2017).

Amabilidade: traço de quem demonstra preocupação altruísta e apoio emocional para com os outros (Acuña, et al., 2009; DeYoung, 2010). Os indivíduos com este traço de personalidade apresentam comportamentos socialmente agradáveis e são generosos, calorosos e prestativos (Andrade, Araújo & Sousa, 2017), tendendo a confiar mais nas pessoas e a possuir uma análise menos individualista das situações (Figueiredo, Avrichir & Barbosa, 2017)

As pessoas mais amáveis tendem a sentir menor esgotamento emocional e a apresentar características apaziguadoras de situações de conflito, como honestidade e sensibilidade, apresentando, tendencialmente, menores níveis de *stress* (Anjos & Astorga, 2016).

Abertura à experiência: refere-se a comportamentos exploratórios. Traduz-se em traços de criatividade, curiosidade, cultura e inteligência, curiosidade para novas ideias, valores, sentimentos e interesses. (Acuña et al., 2009; Andrade, Araújo & Sousa, 2017). Os

indivíduos com alta pontuação nesta dimensão procuram novas experiências e emoções intensas, apresentam uma grande variedade de interesses, imaginação e sensibilidade estética (Veiga et al., 2016).

Conscienciosidade: a conscienciosidade relaciona-se com a forma como as pessoas organizam os seus comportamentos e cognições. As pessoas que apresentam este traço de personalidade, na sua generalidade, têm propensão para seguir as normas sociais e controlar impulsos (Roberts & Bogg, 2004), e tendem a ser mais competentes, organizadas e autodisciplinadas, o que resulta, geralmente, numa maior eficácia na resolução de problemas. (Pocnet et al., 2017). Os comportamentos responsáveis, perseverantes e escrupulosos são também característicos das pessoas conscienciosas (Acuña et al., 2009), o que está também relacionado com a sua capacidade para se focarem em tarefas menos agradáveis (Pocnet et al., 2017).

Existe maior tendência por parte dos indivíduos com elevada conscienciosidade a alcançar tarefas que consideram importantes, sendo que apresentam maior facilidade em ultrapassar obstáculos inesperados. Dão prioridade aos seus objetivos, optando por antecipar possíveis problemas que possam surgir, pelo que existe menor risco de aparecimento de imprevistos. São também mais organizados e autodisciplinados, tendendo a ser mais bem-sucedidos no cumprimento dos seus objetivos (e.g. carreira de sucesso, saúde). (Pocnet et al., 2017).

Características dos domínios referenciados encontram-se sintetizadas na tabela 1, composta por duas colunas. Na primeira, apresentam-se as dimensões suprarreferidas, bem como os polos que as constituem e, na segunda, as características que lhes estão associadas.

Tabela 1

Componentes do Modelo Big Five e suas facetas

| Dimensões Modelo <i>Big Five</i> | Facetas |
|---|--|
| Extroversão vs Introversão | Sociabilidade, Autoafirmação, Atividade, Espírito aventureiro, Emoções positivas |
| Amabilidade vs Antagonismo | Afetuosidade, Confiança, Simplicidade, Altruísmo, Complacência, Humildade, Compaixão |
| Conscienciosidade vs Desorientação | Eficiência, Organização, Obediência, Ambição, Autodisciplina, Deliberação |
| Neuroticismo vs Estabilidade emocional | Ansiedade, Hostilidade, Depressão, Insegurança e timidez, Impulsividade, Vulnerabilidade e insegurança |
| Abertura vs Inflexibilidade à experiência | Curiosidade, Criatividade, Interesse |

Adaptado de: (John & Srivastava, 1999)

2. Indicadores Cardiovasculares

O sistema cardiovascular envolve o coração e vasos sanguíneos. É um sistema que fornece nutrientes e oxigénio aos tecidos e mantém a troca de gases e fluídos com tecido necessário à homeostasia, ou seja, à manutenção do equilíbrio das funções do indivíduo e da constituição química dos seus tecidos (Myers, Ripoll, Cuenca, Mitchell & McGuinness, 2017). Alguns exemplos de indicadores da atividade cardiovascular incluem a pressão arterial e a frequência cardíaca (Larsen & Buss, 1997).

2.1. Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (CVDs) são um grupo de doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos (WHO, 2017). Neste grupo incluem-se:

- Doença coronária - doença dos vasos sanguíneos que fornecem sangue ao coração;
- Doença cerebrovascular - doença dos vasos sanguíneos que fornecem sangue ao cérebro;
- Doença arterial periférica - doença dos vasos sanguíneos que fornecem sangue aos braços e pernas;
- Doença reumática - danos no músculo e válvulas cardíacos, causados por bactérias;
- Cardiopatia congénita- malformações na estrutura do coração à nascença;
- Trombose venosa profunda e embolia pulmonar - coágulos sanguíneos nas veias das pernas, que se podem mover para o coração e para os pulmões.

2.1.1 Fatores de risco

Como forma de prevenir as doenças cardiovasculares, os fatores de risco do seu aparecimento devem ser controlados. Estes fatores podem, de acordo com o Instituto Nacional de Saúde (2016), dividir-se em duas categorias: os fatores de risco que podem ser modificados e os que não se podem modificar.

Os fatores de risco modificáveis consistem em: açúcar elevado no sangue (diabetes); colesterol elevado (hipercolesterolemia); triglicéridos elevados (hipertrigliceridemia); pressão arterial elevada (hipertensão arterial); excesso de peso e obesidade; hábito de fumar; abuso de bebidas alcoólicas; pouco exercício físico (sedentarismo).

De acordo com um estudo desenvolvido pelo Instituto Nacional de Saúde (2016), numa população portuguesa entre os 18 e os 79 anos, 55% das pessoas apresentam 2 ou mais comportamentos que se assumem como fatores de risco cardiovasculares (mais de metade tem excesso de peso ou obesidade; cerca de 40% sofre de hipertensão arterial; 1/4 são fumadores; cerca de 30% apresentam valores muito elevados de colesterol; e o número de pessoas com diabetes encontra-se também muito elevado). Além destes valores, este estudo permite afirmar que Portugal apresenta uma das maiores taxas de mortalidade induzida por AVC na Europa.

Os fatores de risco não modificáveis resumem-se à idade, ao sexo e à genética (história familiar de doenças cardiovasculares) (Pocnet et al., 2017).

O sexo masculino apresenta-se como um fator de risco para a obtenção de doenças cardiovasculares, pois as mulheres, até à menopausa, estão protegidas por hormonas femininas. O envelhecimento constitui-se como uma agravante a esta condição que, no entanto, tem vindo a alterar-se, existindo, atualmente, mais casos de doenças cardiovasculares no sexo feminino em idades mais jovens (Instituto Nacional de Saúde, 2016).

Como fatores de risco genético podem enumerar-se a hipercolesterolemia familiar (valores elevados de colesterol provocados por uma mutação que não permite a remoção do colesterol) e a diabetes tipo MODY (diabetes de causa genética que não se controla com insulina). Os genes envolvidos na coagulação podem também sofrer alterações genéticas que interferem com o bom funcionamento do coração e dos vasos sanguíneos através da formação de coágulos, que podem resultar em AVC em idade prematura. (Instituto Nacional de Saúde, 2016).

Os fatores de risco cardiovascular podem ser identificados na infância, sendo preditivos de consequências graves também na vida adulta (Berenson & Srivivasan, 2005; Hampson et al., 2016) e as mudanças que podem resultar de uma alteração de estilo de vida são recomendadas para a sua prevenção, sendo que a não exposição aos fatores de risco podem fazer com que o número de mortes ligadas às doenças cardiovasculares diminua significativamente (Cichocki et al., 2017).

Na sociedade atual, o desenvolvimento tecnológico, como sabemos, é cada vez mais notório e transversal, tanto nos meios de comunicação como nos transportes e no contexto laboral, o que resulta num aumento do sedentarismo na sociedade atual, contribuindo para um aumento da ocorrência de doenças crónicas associadas ao aumento do risco cardiovascular, como a obesidade, diabetes tipo II e hipertensão arterial, que poderiam ser prevenidas através da inclusão da atividade física na vida quotidiana (Bull & Bauman, 2011; Dias, 2001).

2.2 Pressão Arterial

Dá-se o nome de Pressão Arterial (PA) à força com que o sangue circula pelas artérias, que apresenta duas medidas: a PA sistólica, ou máxima, que ocorre no momento em que o coração contrai e envia o sangue para o resto do corpo, e a PA diastólica, ou mínima, que ocorre quando o coração relaxa para receber sangue novamente (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2017).

2.2.1 Hipertensão arterial

A hipertensão arterial (HTA) é uma condição de saúde que ocorre quando a pressão arterial se encontra elevada de forma crónica, o que pode levar a lesões nas paredes das artérias. O corpo tenta reparar estas lesões, mas, quando reparado, o tecido pode atrair glóbulos brancos, colesterol e outras substâncias que levam ao espessamento e perda da

elasticidade da parede das artérias e à consequente formação de coágulos, que mantêm esta obstipação e consequente aparecimento de doenças cardiovasculares como a aterosclerose. Este problema afeta também as paredes do coração que, como resultado do aumento da pressão nas artérias, aumentam de espessura devido ao maior esforço que este tem de exercer para bombear o sangue (Instituto Nacional de Saúde, 2016). A progressão deste problema está fortemente associada a anormalidades no funcionamento e estrutura cardíacos e vasculares, que afetam, além do coração, outros órgãos como os rins, o cérebro e a vasculatura (Giles, Materson, Cohn & Kostis, 2009), podendo conduzir a enfartes, AVC, insuficiência renal, ou mesmo à morte, se não detetada e tratada apropriadamente (James et al., 2014).

Estima-se que a hipertensão arterial afeta, aproximadamente, um em cada três adultos portugueses (Pádua, 2011), e que é responsável por cerca de 7.5 milhões de mortes anuais a nível mundial, ou seja, cerca de 12.8% de todas as mortes, constituindo-se como a condição mais comum nos cuidados de saúde primários (WHO, 2017).

2.2.2 Fatores de risco

Os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão são semelhantes aos das restantes doenças cardiovasculares. O alcoolismo e o tabagismo, a alimentação pouco cuidada e a falta de exercício físico assumem-se como fatores de risco de aumento da pressão arterial (Pessuto & Carvalho, 1998).

A obesidade apresenta um especial destaque relativamente aos restantes fatores predisponentes da hipertensão, podendo ser responsável por 20 a 30% dos casos. Mesmo numa população mais jovem, o aumento do peso corporal e a obesidade abdominal apresentam-se como fatores determinantes no aumento da pressão arterial. Os homens têm, na sua generalidade, maior tendência a ser hipertensos do que as mulheres, e com o aumento da idade a pressão arterial tem tendência a aumentar (Martins et al., 2010).

2.3 Personalidade e pressão arterial

A ideia de que a personalidade pode, de algum modo, influenciar a saúde e a longevidade é já conhecida, e é suportada pela observação de que muitos dos fatores de risco para morbidade e mortalidade estão relacionados com comportamentos ou variáveis de estilos de vida como a alimentação, exercício físico ou consumo de tabaco. De acordo com alguns estudos a personalidade influencia a probabilidade de existência ou não de doença, bem como a esperança média de vida (Steptoe & Molloy, 2007; Goodwin & Friedman, 2006) e os traços de personalidade, tal como certas excitações fisiológicas, emoções e experiências de vida, mostram-se conducentes a um aumento da pressão arterial (PA) e da frequência cardíaca (FC) (Pavek & Taube, 2009).

A conscienciosidade e o neuroticismo aparentam ser, pelo que consta na literatura, as dimensões da personalidade que mais se relacionam com a problemática da hipertensão arterial. A baixa conscienciosidade está relacionada com os comportamentos prejudiciais à

saúde suprarreferidos (e.g., fumar, beber, má alimentação e falta de exercício físico) e a várias doenças (e.g., diabetes, hipertensão, problemas urinários, ataques cardíacos, doenças mentais e mortalidade precoce) (Turiano et al., 2011; Cheng, Montgomery, Treglown & Furnham, 2017). Elevados níveis de neuroticismo, pelo contrário, encontram-se associados a comportamentos pouco saudáveis, relacionando-se, não só com a exposição que as pessoas têm a fatores de *stress*, mas também com a sua reação ao mesmo, pelo que os indivíduos com maiores níveis de neuroticismo apresentam maior risco de desenvolver hipertensão (Mroczek & Almeida, 2004).

A extroversão, por estar relacionada com afeto positivo, otimismo, apoio social e longevidade, não demonstra relação significativa com a hipertensão (Turiano et al., 2011). A amabilidade, no entanto, num estudo desenvolvido por Cheng et al. (2017), demonstrou ter uma relação com a hipertensão, na medida em que pessoas mais empáticas, carinhosas e amáveis tendem a evitar o conflito interpessoal, tendendo a ser, menos hipertensas.

Jonassaint et al. (2009) concluíram que os traços de personalidade com base emocional, como o neuroticismo e a extroversão, estão relacionados com a reatividade a estímulos incitadores de *stress* e em tarefas. De acordo com o seu estudo, os traços de neuroticismo apresentam efeitos de aumento da reatividade cardíaca aquando da realização de tarefas que envolvem resposta emocional. Já a extroversão demonstrou-se associada a menor reatividade cardíaca.

Por outro lado, Coelho, Hughes, Fonseca e Bond (1989) referem que pessoas com pressão arterial elevada apresentam uma maior intensidade na experiência de problemas emocionais e, por esse motivo, tornam-se mais sensíveis ao comportamento hostil de terceiros, confrontando-se, assim, com maiores dificuldades de socialização, mais situações de conflito e, conseqüentemente, maiores níveis de *stress*. No entanto, seria ingénuo pensar que todas as pessoas terão respostas semelhantes, pois existem diversas variáveis que constituem um ponto de diversidade na responsividade de cada um (e.g., doença, tratamento, duração, idade, género, classe social, etc.).

3. Qualidade de Sono

O sono consiste num período de inconsciência, no qual o indivíduo pode ser acordado por estímulos sensoriais ou outros (Guyton, 2000).

A evolução do conhecimento sobre o sono permitiu que, atualmente, se possa formular uma melhor caracterização do mesmo. Um ponto-chave para esta evolução foi o facto de se ter iniciado um processo de registo das ondas cerebrais, durante o sono, através do eletroencefalograma (EEG), que levou a uma melhor distinção entre o relaxamento em estado de vigília e o sono e à discriminação das diferentes fases que compõem o sono. O desenvolvimento de registos poligráficos, durante o século XX, permitiu melhorar a caracterização e descrição do sono, funcionando como complemento ao EEG. Consequentemente a este desenvolvimento, surgiu a área da Medicina do Sono, que levou ao estudo da fisiologia do sono, a uma melhor avaliação da sua qualidade e a uma melhor caracterização das perturbações que lhe estão inerentes (Fernandes, 2006).

De acordo com McCarley (2007) as duas fases que compõem o sono são o sono REM (*Rapid Eye Movement*), cujo nome advém dos movimentos periódicos rápidos dos olhos que ocorrem nessa fase, maioritariamente associado a sonhos vívidos e altos níveis de atividade cerebral, responsável pelo repouso mental; e no sono NREM (*Non-Rapid Eye Movement*), responsável pelo descanso físico, que se divide em quatro etapas e ocorre geralmente em primeiro lugar, encontrando-se associado a atividade cerebral reduzida e, contrariamente aos sonhos, em pensamentos não-visuais e ruminantes. Ao longo da noite existe então uma alternância permanente entre as duas fases, designando-se cada conjunto NREM/REM por ciclo de sono. Nos humanos, considerando que ocorrem cerca de 4 a 5 ciclos de sono por noite, o primeiro ciclo apresenta uma duração de, aproximadamente, 70 a 100 minutos, enquanto os seguintes podem oscilar entre 90 a 120 minutos (Carskadon & Dement, 2011).

O sono constitui-se como uma das atividades com maior importância para o bom funcionamento do organismo e é regulado pelo sistema nervoso, sendo através dele que as funções psicológicas e físicas são renovadas (Dávila, 2011). Por qualidade de sono podemos considerar dormir bem, de forma considerada favorável, durante a noite e, consequentemente, ter um bom funcionamento durante o dia. Assim, é importante dormir um número adequado de horas que permita reestabelecer o corpo, de forma eficaz, de maneira a que a fase de vigília que se segue seja favorável. Também as capacidades cognitivas e intelectuais são otimizadas através de um sono reparador. Uma má qualidade de sono irá traduzir-se numa diminuição da funcionalidade dos indivíduos, sendo que a sua manutenção por períodos prolongados pode ser prejudicial à qualidade de vida e ao rendimento académico ou laboral. A nível da saúde, pode provocar deficits neurológicos, transtornos de equilíbrio e menor capacidade de lidar com a dor (Borquez, 2011).

Dado que pelo menos um terço da nossa vida é passado a dormir (Figueiredo, 2012; Lomeli et al., 2008), sabe-se que a qualidade de sono interfere no humor e na capacidade de processamento das próprias emoções e das emoções dos outros, e que pode levar a alterações

das cognições e dos comportamentos (Emert, Tutek & Lichstein, 2017). A necessidade de sono é definida como a quantidade de sono ideal para o indivíduo se manter alerta e completamente acordado de forma a funcionar adequadamente durante o dia seguinte.

A necessidade de sono varia de acordo com a idade, sendo que, à medida que se envelhece, as horas de sono necessárias ao bom funcionamento dos indivíduos vai diminuindo (Geib, Neto, Wainberg & Nunes, 2003). É estabelecido que, independentemente da cultura ou do ambiente onde vive, a necessidade de sono num adulto normal é de, aproximadamente, 7½-8 horas, sendo que as pessoas que dormem menos de 4 horas ou mais de 9 horas têm maior tendência a desenvolver problemas de saúde como cancro ou problemas cardíacos (Chokroverty, 2017).

3.1 Perturbações do sono

Nos últimos anos, tem existido uma maior atenção para a problemática do sono e dos problemas que estão associados à restrição do mesmo. Este interesse deve-se, principalmente, ao reconhecimento de que, na sociedade atual, as exigências a que as pessoas estão sujeitas levam a um menor número de horas de sono, ou seja, a uma privação do sono (Ferrara & De Gennaro, 2001), que conduz a alterações negativas a nível comportamental (e.g., diminuição de desempenho cognitivo) e fisiológico (e.g., regulação de hormonas, alterações no sistema cardiovascular e consequente aumento da pressão arterial) (Ellenbogen, 2005).

Insónia

A privação de sono aumenta ainda o risco de se sofrerem perturbações mentais, como é o caso da depressão, da perturbação de pânico, das perturbações obsessivo-compulsivas, entre outras. O sono não-reparador, ou seja, o sono de pobre qualidade, que não deixa o indivíduo completamente descansado independentemente do número de horas que passa a dormir, está muitas vezes associado com o diagnóstico de insónia (American Psychiatric Association, 2013). Esta perturbação de sono, geralmente, inclui a repetida dificuldade em adormecer ou manter o sono e, tipicamente, inclui extensos períodos de vigília durante a noite e uma quantidade insuficiente de horas de sono, independentemente de existirem condições adequadas de tempo e oportunidade para dormir (Thorpy, 2012).

De acordo com Avidan e Neubauer (2017), no ICSD-3 são classificados 3 tipos de insónia:

a) A insónia psicofisiológica, que é causada pela aprendizagem de rotinas que não permitem o sujeito adormecer no horário pretendido. Não é difícil para o sujeito adormecer quando o horário de sono não é planeado, mas torna-se difícil quando se pretende adormecer num horário que permita dormir horas suficientes de acordo com a rotina diurna a que o sujeito necessita de corresponder.

b) A insónia idiopática é considerada o tipo de insónia que mais afeta o funcionamento das pessoas. É identificada na infância e persiste ao longo da vida. As causas da insónia idiopática aparentam ser externas.

c) A insônia paradoxal consiste numa queixa errônea da existência de insônia por parte do sujeito sem que se reconheçam evidências da presença da mesma. O sono pode decorrer na normalidade, mas não ser interpretado ou sentido por ele como tal.

Além destas formas de insônia, existem ainda a criação de hábitos de sono pouco saudáveis durante a infância por parte dos pais; insônias provocadas por doenças mentais ou outras condições médicas; insônias provocadas pelo consumo de drogas ou substâncias; e insônias de curta duração, muito comum atualmente devido ao *stress* e pressão a que a rotina exigida pela sociedade atual obriga.

Hipersônia

A hipersônia é uma perturbação de sono na qual o principal sintoma é a sonolência diurna, sendo que o sono noturno não é perturbado. A sonolência diurna é a incapacidade de permanecer alerta e acordado durante os principais episódios de vigília do dia, resultando em lapsos não intencionais no sono. No ICSD, a hipersônia é diagnosticada pela sonolência diurna excessiva (Thorpy, 2012).

A hipersônia idiopática consiste numa forma de hipersônia que ocorre na segunda década de vida e a sua característica fundamental é a constante sonolência diurna e uma sensação de nunca se sentir alerta. Juntamente com esta sonolência excessiva, os pacientes geralmente apresentam longos episódios de sono diurno, com duração superior a 1 hora (Schneider, 2017).

Outras formas de hipersônia podem ser classificadas com base nas suas causas, por exemplo, hipersônia devido a condições médicas; hipersônia devido a medicação ou outras substâncias; e hipersônia associada a perturbações psiquiátricas (Zucconi & Ferri, 2014).

Parassônia

A parassônia é uma perturbação de sono que pode surgir em qualquer fase do sono e consiste na ocorrência de eventos anormais relacionados com movimentos, comportamentos, emoções, percepções e sonhos, que podem ser prejudiciais ao indivíduo e podem causar lesões, interrupção do sono, consequências adversas à saúde e efeitos psicossociais indesejados (Zucconi & Ferri, 2014).

De acordo com o ICSD-3, as parassônias podem categorizar-se de acordo com a fase de sono de origem: parassônias de sono REM (pesadelos; paralisia do sono recorrente) e parassônias de sono NREM (despertar confusional; terrores noturnos; distúrbios alimentares relacionados com o sono; sonambulismo). Existem também outras parassônias como alucinações noturnas, enurese noturna, parassônias devido a condição médica, parassônias devidas a drogas ou outras substâncias (Kaleyias, Scott & Kothare, 2017).

A higiene de sono mostra-se o fator mais relevante para o desenvolvimento de hábitos saudáveis para a qualidade de sono. Assim, uma higiene de sono pouco adequada consiste no desenvolvimento de hábitos e práticas que afetam o sono. As técnicas de higiene de sono são práticas que todas as pessoas deveriam seguir para as ajudar a adormecer mais facilmente e

manter-se a dormir por mais tempo, sendo algumas delas bastante simples de executar, como levantar-se sempre à mesma hora; ir para a cama apenas quando se está cansado; fazer exercício regularmente; ou evitar cafeína pelo menos 6 horas antes da hora de dormir.

3.2 Personalidade e qualidade de sono

A relação personalidade-qualidade de sono tem sido alvo de vários estudos nos últimos anos. Investigações desenvolvidas por vários autores demonstram a existência de uma tendência para aqueles que sofrem perturbações de sono, ou cuja qualidade de sono é pobre, apresentarem mais traços de neuroticismo, internalização, ansiedade e traços associados ao perfeccionismo (Emert, Tutek & Lichstein, 2017; Harvey, Gehrman & Espie, 2014). O DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) corrobora este facto, mencionando que indivíduos que sofrem de insónia podem apresentar, nos inventários psicológicos ou de personalidade autoaplicáveis, pontuações elevadas de depressão e ansiedade, preocupação e resolução de conflitos focada nas emoções.

O neuroticismo é frequentemente ligado a pobre qualidade de sono (Gray & Watson, 2002), sendo que os indivíduos que apresentam este traço de personalidade podem estar particularmente vulneráveis a interrupções do sono relacionadas com o *stress*, que se podem assumir como causa do desenvolvimento de insónia (Emert, Tutek & Lichstein, 2017). Harvey et al. (2014), comprovam que indivíduos neuróticos demoram mais tempo a adormecer, dormem menos profundamente, têm uma qualidade de sono mais pobre, menor tempo de sono no geral, e menor densidade do movimento rápido ocular realizado durante o sono (REM), quando comparados com aqueles cujos traços de neuroticismo são mais baixos.

Já a conscienciosidade foi positivamente relacionada por Emert, Tutek e Lichstein (2017) com comportamentos e hábitos de sono, no geral, mais saudáveis. Esta dimensão da personalidade encontra-se positivamente relacionada com a qualidade de sono e parece regular a extensão pela qual os indivíduos com neuroticismo elevado estão vulneráveis aos efeitos adversativos de uma higiene de sono reduzida, ao passo que indivíduos com elevado neuroticismo e baixa conscienciosidade, experienciam níveis mais elevados de *stress* e disfuncionamento, devido à perceção da precaridade de sono e maior preocupação e ruminação relativamente ao início do sono (Harvey et al., 2014; Williams & Moroz, 2009).

Uma outra possível ligação entre o sono e os traços de personalidade refere-se ao ciclo circadiano. A disrupção circadiana conduz a insónias e/ou a sono excessivo (Abbott & Reid, 2018)

O horário de sono, essencialmente, não se encontra relacionado com as diferenças individuais de extroversão, neuroticismo, amabilidade e abertura à experiência, encontrando-se, no entanto, relacionado com as diferenças individuais na conscienciosidade (baixa conscienciosidade) vs desinibição (pessoas mais desinibidas), sendo que, na generalidade, as pessoas matutinas tendem a ser mais disciplinadas e orientadas para o sucesso (Gray & Watson, 2002). Os dados da literatura que associam a preferência circadiana e os fatores de personalidade indicam que a dimensão da conscienciosidade é mais elevada nas pessoas

matutinas do que nas vespertinas, independentemente da nacionalidade. É, assim, possível compreender que a conscienciosidade é o fator de personalidade que mais se destaca nos três tipos de ciclos circadianos (Tonetti, Fabbri & Natale, 2009).

II - Parte Empírica

1. Objetivos e hipóteses

Após se ter realizado teórica e conceptualmente um enquadramento e uma descrição baseada na literatura das variáveis em estudo e da sua relação, atendendo à natureza desta investigação, destacam-se agora dois grupos de objetivos que estruturam o trabalho realizado a nível empírico e clarificam as variáveis envolvidas - os objetivos de natureza descritiva e os de natureza correlacional:

1.1 Objetivos descritivos

- i) Descrever e caracterizar as variáveis personalidade e qualidade de sono em função de dados sociodemográficos, nomeadamente, o sexo, a idade, a situação profissional, o local de residência e o estatuto socioeconómico.

1.2 Objetivos correlacionais

- i) Analisar o grau de associação entre variáveis:
 - a. Analisar o grau de associação entre personalidade e pressão arterial;
 - b. Analisar o grau de associação entre personalidade e qualidade de sono.
- ii) Determinar o grau preditivo de variáveis:
 - a. Determinar o grau preditivo das características de personalidade face à pressão arterial;
 - b. Determinar o grau preditivo das características de personalidade face a indicadores de qualidade de sono.

Como forma de operacionalização destes objetivos, formulam-se várias hipóteses de investigação:

H1: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas características de personalidade em função de variáveis sociodemográficas:

H1.1: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas características de personalidade em função da variável sexo;

H1.2: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas características de personalidade em função da variável idade;

H1.3: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas características de personalidade em função da variável situação profissional;

H1.4: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas características de personalidade em função da variável local de residência;

H1.5: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas características de personalidade em função da variável estatuto socioeconómico.

H2: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável pressão arterial em função de variáveis sociodemográficas:

H2.1: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável pressão arterial em função da variável sexo;

H2.2: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável pressão arterial em função da variável idade;

H2.3: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável pressão arterial em função da variável situação profissional;

H2.4: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável pressão arterial em função da variável local de residência;

H2.5: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável pressão arterial em função da variável estatuto socioeconómico.

H3: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas características da qualidade de sono em função de variáveis sociodemográficas:

H3.1: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável qualidade de sono em função da variável sexo;

H3.2: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável qualidade de sono em função da variável idade;

H3.3: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável qualidade de sono em função da variável situação profissional;

H3.4: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas características da qualidade de sono em função da variável local de residência;

H3.5: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável qualidade de sono em função da variável estatuto socioeconómico.

H4: Existem relações de associação entre a personalidade e as restantes variáveis (principais) em estudo:

H4.1: Existe associação entre a personalidade e a pressão arterial;

H4.2: Existe associação entre a personalidade e a qualidade de sono.

H5: Existem relações de predição entre a personalidade e as restantes variáveis (principais) em estudo:

H5.1: A personalidade tem um efeito preditor da pressão arterial;

H5.3: A personalidade tem um efeito preditor da qualidade de sono.

2. Caracterização da amostra

A amostra recolhida para a realização deste estudo é constituída por 233 indivíduos da população normativa com idade superior a 18 anos, 123 dos quais participaram no estudo de forma presencial e 90 preencheram o questionário disseminado *online*.

Na tabela 2 encontram-se representados os dados sociodemográficos referentes ao género, idade, estatuto socioeconómico, local de residência e situação profissional, distribuídos por grupos para facilitar a sua compreensão.

É de referir que 17 pessoas não facultaram informação relativamente à sua idade, 3 pessoas não responderam à questão relacionada com o sexo; e 2 pessoas não esclareceram o tipo de local de residência.

Tabela 2

Distribuição dos sujeitos em função de variáveis sociodemográficas

| | N | Percentagem % |
|---------------------------------|-----|---------------|
| Idade | | |
| 18-22 | 67 | 28.8 |
| 23-31 | 44 | 18.9 |
| 32-50 | 53 | 22.7 |
| 51-89 | 52 | 22.3 |
| Sexo | | |
| Masculino | 86 | 37.4 |
| Feminino | 144 | 62.6 |
| Estatuto socioeconómico | | |
| Baixo | 18 | 7.7 |
| Baixo-médio | 76 | 32.6 |
| Médio | 115 | 49.4 |
| Médio-alto | 21 | 9 |
| Alto | 3 | 1.3 |
| Local de residência | | |
| Pequena cidade | 173 | 74.9 |
| Grande cidade | 20 | 8.7 |
| Pequeno meio rural | 23 | 10 |
| Grande meio rural | 15 | 6.5 |
| Situação profissional | | |
| Desempregado | 35 | 15 |
| Estudante | 81 | 34.8 |
| Trabalhador-estudante | 8 | 3.4 |
| Trabalhador por conta de outrem | 66 | 28.3 |
| Trabalhador por conta própria | 22 | 9.4 |
| Reformado | 21 | 9 |

3. Instrumentos

Para a recolha de dados desta investigação, recorreu-se a um protocolo de questionários (de aplicação presencial e *online*), que reúne uma recolha de variáveis sociodemográficas e vários instrumentos desenvolvidos, validados e já utilizados anteriormente em investigação, adequados ao projeto no qual este estudo se insere, e entre os quais dois são particularmente relevantes para as variáveis específicas que esta investigação contempla: o *Big Five Inventory* (BFI-44) e o Questionário de Sono de Oviedo (CSO), seguidamente apresentados de forma mais pormenorizada:

3.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico utilizado nesta investigação é composto por oito questões relativas a características dos sujeitos (idade, sexo, estado marital, local de residência, nível de escolaridade, situação profissional, estatuto socioeconómico e orientação sexual).

3.2. *Big Five Inventory*

O *Big Five Inventory* (BFI-44) é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da personalidade, baseado no modelo *Big Five*. Foi desenvolvido, em 1991, por John, Donahue e Kentle, modificado por John e Srivastava (1999) e adaptado à população portuguesa por Brito-Costa et al. (2015) e, posteriormente, por Simões (2016).

De acordo com John e Srivastava (1999), este inventário de 44 itens tem a vantagem de se constituir como uma escala curta e de rápida execução, pelo que, além de poupar tempo, evita efeitos de aborrecimento ou fadiga por parte do sujeito. Nele é utilizada uma escala tipo *Likert* de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente), e pede-se ao respondente que reflita sobre o grau com que se identifica em cada uma das frases nele presentes (Simões, 2016).

A sua ampla utilização está relacionada com as suas características psicométricas, que se concluíram, de acordo com a literatura, apresentar forte fidelidade (consistência interna e estabilidade temporal) e forte validade de constructo na escala adaptada à população portuguesa (Brito-Costa et al., 2015; Simões, 2016).

Cada dimensão do BFI é avaliada por 8 a 10 itens, dos quais 2 a 4 são invertidos, sendo a *abertura à experiência* o que abrange um maior número de itens (cf. tabela 3).

Tabela 3*Dimensões/Itens do BFI no Protocolo UBI*

| Dimensões | Itens | Itens Invertidos |
|------------------------|--|------------------|
| Extroversão | 1, 5, 12, 16, 26, 29, 37 e 42 | 12, 16 e 42 |
| Amabilidade | 2, 3, 8, 15, 18, 27, 28, 30 e 40 | 2, 3, 28 e 30 |
| Conscienciosidade | 4, 6, 17, 19, 20, 22, 31, 32 e 38 | 17, 19, 22 e 38 |
| Neuroticismo | 7, 10, 14, 21, 23, 34, 36 e 41 | 14, 21 e 23 |
| Abertura à Experiência | 9, 11, 13, 24, 25, 33, 35, 39, 43 e 44 | 43 |

3.3 Questionário de Sono de Oviedo

O Questionário de Sono de Oviedo é um instrumento desenvolvido por Bobes et al. (2000), que tem a utilidade de facilitar o diagnóstico dos transtornos de sono, nomeadamente insónia e hipersónia, no último mês, seguindo os critérios do DSM-IV e do CID-10. É composto por 15 itens, 13 dos quais se inserem em três subescalas: satisfação subjetiva do sono, constituída por 1 item; insónia, que compreende 9 itens; e hipersónia, na qual se inserem 3 itens. Os dois itens restantes fornecem informação adicional sobre a existência de parassónias e a utilização de auxiliares de sono (cf. tabela 4) (Bobes et al., 2000; García-Portilla et al., 2009; Lomeli et al., 2008).

Tabela 4*Subescalas do Questionário de Sono de Oviedo e respetivos itens*

| Subescalas | Itens |
|------------------------------|-----------------------------|
| Satisfação subjetiva do sono | 1 |
| Insónia | 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11 |
| Hipersónia | 6, 12 e 13 |
| Informação adicional | (14, 15, 16, 17, 18) 19 |

Todos os itens são respondidos mediante uma escala tipo *Likert*, com pontuação de 1 a 5, à exceção do primeiro (*satisfação subjetiva do sono*) cuja escala é medida em 7 valores (de 1 a 7) (Bobes et al., 2000).

O Questionário de Sono de Oviedo, segundo a literatura, demonstrou boas propriedades psicométricas (i.e., validade de constructo, consistência interna e índice de itens discriminantes) (Figueiredo, 2012; Bobes et al., 2000), o que o torna um instrumento relevante, válido e eficaz na avaliação da qualidade de sono.

4. Procedimentos

4.1. Procedimentos de recolha de dados

Numa primeira fase, foi efetuada uma recolha de dados, entre os meses de Outubro de 2016 a Janeiro de 2017, através de um questionário disponibilizado *online*, num *link* construído para o efeito, e disseminado através do e-mail e das redes sociais. Este questionário foi precedido de um consentimento informado, seguindo todas as questões éticas, e composto por questões sociodemográficas e diversos instrumentos avaliativos, dos quais se destacam, para este estudo, o *Big Five Inventory-44* (John & Benet-Martinez, 1998), (Adaptação portuguesa: Brito-Costa et al., 2015; Simões, 2016) e o Questionário de Sono de Oviedo (Bobes et al., 2000), finalizando-se com questões que remeteram para resultados de exames recentes eventualmente na posse dos participantes.

Para além da recolha *online* realizou-se também, com o auxílio de profissionais de enfermagem, uma recolha de dados presencial, iniciada após a aprovação preliminar do projeto de investigação pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, através da qual foi possível obter os níveis de pressão arterial sistólica e diastólica, de pulsação e arritmia, sendo, para tal, utilizado o dispositivo de pressão sanguínea BMG 5610 AEG®, que permite medir a tensão arterial de forma automática, e está calibrado de acordo com as medidas padrão da Organização Mundial de Saúde (OMS), medindo as seguintes amplitudes: sistólica - 60-260mmHg; diastólica: 40-199mmHg; pulsação: 40-180 batidas/minuto; e presença ou não de batimento cardíaco irregular. A avaliação destes parâmetros biofisiológicos exigia que os participantes se encontrassem em estado de jejum e que, após a mesma, preenchessem um protocolo que incluía múltiplos questionários de autorresposta. A recolha presencial de dados biofisiológicos contou sempre com a colaboração de um profissional da equipa de investigação especializado em enfermagem.

A base de dados constituída a partir desta recolha possibilitou uma análise integrada e segmentada das amostras, bem como a realização de testes à homogeneidade das mesmas, de acordo com o método de recolha adotado.

4.2 Procedimentos de análise de dados

Para a realização da análise estatística neste estudo utilizou-se o programa IBM SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24. A análise efetuada teve como ponto de partida os objetivos e hipóteses anteriormente delineados e uma planificação estabelecida *a priori*.

A Base de Dados utilizada foi obtida partindo da recolha de dados efetuada de forma *online* e face a face, tendo-se posteriormente eliminado as variáveis que não tinham relevância para o estudo.

Para uma posterior análise correta das variáveis medidas pelos instrumentos BFI e CSO, foi necessário criar grupos ou dimensões a partir dos itens que compõem cada uma. No caso do

Big Five Inventory criaram-se grupos de itens correspondentes às dimensões do Modelo *Big Five* (Extroversão, Neuroticismo, Amabilidade, Conscienciosidade e Abertura à Experiência). Para o efeito, efetuou-se uma recodificação dos itens, dado que existem questões cujo sentido conceptual se encontra oposto ao dos restantes itens, pelo que o valor atribuído na resposta às mesmas deve ser invertido. No caso do Questionário de Sono de Oviedo foram também criadas três dimensões (Satisfação subjetiva do sono, Insónia e Hipersónia).

Após a constituição dos grupos foram analisados os *missing values* (não respostas) inerentes às questões dos instrumentos utilizados. Esta análise foi aqui usada como ferramenta auxiliar e de controlo da etapa de recolha de dados, mantendo-se apenas respondentes com 100% de respostas aos questionários administrados. A amostra passou, assim, de 727 para 233 sujeitos válidos.

Após a eliminação destes sujeitos, foram elaboradas tabelas de frequências como forma de descrever a amostra e explorar as variáveis em estudo. A consistência interna foi avaliada através do *Alpha de Cronbach* e, para testar a normalidade das variáveis, realizou-se o Teste *Kolmogorov-Smirnov*, através do qual se concluiu que nenhuma das variáveis seguia uma distribuição normal ($p < 0.05$). Apesar destes resultados, optou-se, ainda assim, pela realização de testes paramétricos ao longo da análise, dada a dimensão da amostra e potencial aplicação do teorema do limite central articulada com a análise dos valores de assimetria e de curtose.

Partindo dos objetivos correlacionais definidos para a presente investigação, e de forma a testar as relações entre as variáveis (Personalidade, Qualidade de Sono e Pressão Arterial), foi utilizado o Coeficiente de Correlação *R* de Pearson. Para a sua interpretação seguiram-se as normas referenciadas por Pallant (2005), que sugerem que: um *r* entre .10 e .29 ou -.10 e -.29 indica uma correlação baixa; um *r* entre .30 e .49 ou -.30 e -.49 uma correlação moderada; e um *r* entre .50 e 1 ou -.50 e -1 uma correlação forte.

Para averiguar as diferenças existentes entre grupos tendo por base as variáveis sociodemográficas em análise, aplicou-se o teste *t* de student, no caso da variável Sexo, e a análise da variância univariada (ANOVA) para as restantes variáveis (Idade, Estatuto Socioeconómico, Situação Profissional e Local de Residência).

Finalmente, para testar o papel preditivo da Personalidade sobre as variáveis fisiológicas, foi utilizado o Modelo de Regressão Linear Múltipla, cujo objetivo é analisar a relação entre uma variável independente contínua e as variáveis dependentes pretendidas nas hipóteses.

Estes procedimentos encontram-se descritos na tabela 5 relacionando-se cada um com os métodos utilizados para a sua concretização, como forma a facilitar a sua compreensão.

Tabela 5*Principais procedimentos e métodos necessários à realização da análise de dados*

| | Objetivos | Procedimentos |
|--------------------------|---|---|
| | Analisar o ajustamento da amostra e das variáveis à normalidade | Teste de K-S com correlação Lilliefors |
| | Avaliar a consistência interna das escalas e respetivas dimensões | <i>Alpha de Cronbach</i> |
| Objetivos Descritivos | Caracterizar a amostra dos dados descritivos das variáveis (Pressão arterial, Dimensões do BFI e do CSO) | Estatísticas Descritivas/Tabela de frequências |
| | Descrever e comparar diferenças nas características de personalidade, pressão arterial e qualidade de sono, de acordo com a idade, o sexo, o estatuto socioeconómico e a situação profissional dos sujeitos | Testes de diferença (Teste T e <i>One Way Anova</i>) |
| Objetivos Correlacionais | Analisar o grau de associação entre personalidade e pressão arterial | Coefficiente de correlação (<i>R</i> de Pearson) |
| | Analisar o grau de associação entre personalidade e qualidade de sono | Coefficiente de correlação (<i>R</i> de Pearson) |
| | Analisar o efeito preditivo das características de Personalidade nos níveis de Pressão Arterial | Regressão Linear Múltipla |
| | Analisar o efeito preditivo das características de personalidade nos indicadores que qualidade de sono | Regressão Linear Múltipla |

5. Resultados

Nesta secção apresentam-se os resultados obtidos na investigação, estruturados de acordo com os objetivos e as hipóteses formulados *a priori*. Após a apresentação dos resultados da descrição da amostra do estudo de acordo com as variáveis personalidade, qualidade de sono e pressão arterial, seguem-se os resultados obtidos nas análises realizadas para o cumprimento dos objetivos correlacionais enunciados, bem como do valor preditivo da influência da personalidade sobre as restantes variáveis.

5.1 Análise descritiva

Nos pontos seguintes encontram-se os dados obtidos relativamente às estatísticas descritivas das variáveis utilizadas neste estudo e os testes de diferença realizados entre variáveis, com o objetivo de uma melhor descrição da amostra.

5.1.1. Descrição e caracterização da amostra de acordo com a variável personalidade

Através de uma análise descritiva do BFI (cf. tabela 6), observa-se que a subescala Extroversão apresenta uma média de 3.23 (DP=0.57), com pontuações que variam entre 1.38 (um dos valores mais baixos de todas as dimensões) e 4.75. Na subescala Amabilidade a média é de 3.50 (DP=0.48), com pontuações que variam entre 2.33 e 4.78. A subescala Conscienciosidade apresenta uma média de 3.36 (DP=0.47) e as suas pontuações variam entre 2.00 e 4.67. Na subescala Neuroticismo a média é inferior às restantes escalas, sendo o seu valor de 2.98 (DP=0.56). A pontuação mínima nesta dimensão é de 1.38, situando-se também entre as mais baixas de todas as dimensões e a máxima apresenta o valor mais elevado relativamente às restantes escalas, de 4.88. A Abertura à Experiência destaca-se como a subescala com valores superiores, tanto na média, de 3.47 (DP=0.52), como nas pontuações mínima e máxima, cujos valores são, respetivamente, 2.40 e 4.70.

Tabela 6

Análise descritiva das variáveis do Big Five Inventory

| Dimensões/Itens | Mínimo | Máximo | Média | DP |
|-------------------------------|--------|--------|-------|------|
| Extroversão | 1.38 | 4.75 | 3.23 | 0.57 |
| Amabilidade | 2.33 | 4.78 | 3.50 | 0.48 |
| Conscienciosidade | 2.00 | 4.67 | 3.36 | 0.47 |
| Neuroticismo | 1.38 | 4.88 | 2.98 | 0.56 |
| Abertura à Experiência | 2.40 | 4.70 | 3.47 | 0.52 |

Hipótese 1: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas características da personalidade em função de variáveis sociodemográficas:

Hipótese 1.1: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas características da Personalidade em função da variável Sexo

Foi efetuado um teste *t* de *student* com o objetivo de comparar a média entre os sexos nas várias dimensões do BFI-44. Através destes resultados verifica-se que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis em estudo (cf. tabela 7), à exceção da variável Conscienciosidade, ($t=-2.20$; $p=.03$), que apresenta valores mais elevados para o sexo feminino, em especial o valor do desvio padrão ($M=3.41$; $DP=2.99$), quando comparados com os valores obtidos no sexo masculino ($M=3.28$; $DP=0.39$).

Tabela 7

Análise descritiva e diferença de médias das variáveis do Big Five Inventory-44 em função do sexo

| | | Extroversão | Amabilidade | Conscienciosidade | Neuroticismo | Abertura à Experiência |
|---------------------|----------|-------------|-------------|-------------------|--------------|------------------------|
| Masculino (N=86) | M | 3.16 | 3.41 | 3.28 | 2.97 | 3.40 |
| | DP | 0.52 | 0.42 | 0.39 | 0.43 | 0.50 |
| Feminino (N=144) | M | 3.27 | 3.55 | 3.41 | 2.99 | 3.51 |
| | DP | 0.60 | 0.52 | 2.99 | 0.61 | 0.55 |
| | <i>t</i> | -1.49 | -2.33 | -2.20 | -0.28 | -1.63 |
| | <i>p</i> | .14 | .21 | .03 | .78 | .11 |

Hipótese 1.2: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas características da Personalidade em função da variável Idade

Relativamente à idade, não se verificaram diferenças nas dimensões Extroversão e Conscienciosidade ($p>.05$) (cf. tabela 8)

No entanto, os grupos etários mais jovens, dos 18 aos 22 anos e dos 23 aos 31, apresentam pontuações superiores¹ aos grupos mais velhos, dos 32 aos 50 e dos 51 aos 89, tanto na amabilidade como na abertura à experiência. Já os valores de neuroticismo apresentaram resultados superiores no grupo dos 18 aos 22 anos e no grupo dos 51 aos 89 anos relativamente ao grupo dos 23 aos 31 anos.

¹ Foi utilizado um teste LSD para os testes *post hoc* das ANOVAs

Tabela 8

Análise descritiva e diferença de médias das variáveis do Big Five Inventory-44 em função da idade

| | | Extroversão | Amabilidade | Conscienciosidade | Neuroticismo | Abertura à Experiência |
|------------|----|-------------|-------------------|-------------------|---------------------|------------------------|
| 18-22 anos | M | 3.28 | 3.65 ^b | 3.36 | 3.11 ^b | 3.64 ^b |
| | DP | 0.63 | 0.46 | 0.53 | 0.62 | 0.44 |
| 23-31 anos | M | 3.28 | 3.60 ^b | 3.45 | 2.81 ^a | 3.66 ^b |
| | DP | 0.66 | 0.57 | 0.53 | 0.70 | 0.50 |
| 32-50 anos | M | 3.23 | 3.37 ^a | 3.30 | 2.92 ^{a,b} | 3.36 |
| | DP | 0.53 | 0.45 | 0.39 | 0.43 | 0.49 |
| 51-89 anos | M | 3.08 | 3.28 ^a | 3.24 | 3.03 ^b | 3.11 |
| | DP | 0.43 | 0.39 | 0.39 | 0.37 | 0.53 |
| F | | 1.50 | 7.89 | 1.87 | 2.95 | 15.10 |
| p | | .22 | .00 | .14 | .03 | .00 |

a: grupo com valores mais baixos

b: grupo com valores mais altos

Hipótese 1.3: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas características da Personalidade em função da variável Situação Profissional

Como se observa na tabela 9, a nível da amabilidade e da abertura à experiência existem diferenças significativas ($p < .05$) entre estudantes e desempregados, estudantes e trabalhadores por conta própria e estudantes e reformados, sendo que os estudantes apresentam níveis mais elevados em todas estas comparações. Também os trabalhadores-estudantes e os trabalhadores por conta de outrem apresentam níveis de amabilidade mais elevados do que os reformados.

No caso da abertura à experiência, os reformados diferenciam-se negativamente dos estudantes, trabalhadores-estudantes e trabalhadores por conta de outrem e os estudantes apresentam valores mais elevados relativamente aos desempregados, aos trabalhadores por conta de outrem e aos trabalhadores por conta própria.

Tabela 9

Análise descritiva e diferença de médias das variáveis do Big Five Inventory-44 em função da situação profissional

| | | Extroversão | Amabilidade | Conscienciosidade | Neuroticismo | Abertura à Experiência |
|---------------------------|----|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|------------------------|
| Desempregado | M | 3.10 ^{a,b} | 3.31 ^a | 3.26 ^{a,b} | 3.04 ^{a,b} | 3.31 ^a |
| | DP | 0.59 | 0.42 | 0.44 | 0.44 | 0.49 |
| Estudante | M | 3.28 | 3.62 ^b | 3.39 | 3.06 | 3.65 ^b |
| | DP | 0.63 | 0.47 | 0.51 | 0.64 | 0.43 |
| Trabalhador- Estudante | M | 3.59 | 3.63 ^b | 3.35 | 2.61 | 3.65 ^a |
| | DP | 0.43 | 0.63 | 0.46 | 0.58 | 0.27 |
| Por conta de outrem | M | 3.24 | 3.58 ^b | 3.47 | 2.87 | 3.46 ^{a,b} |
| | DP | 0.53 | 0.47 | 0.49 | 0.55 | 0.58 |
| Por conta própria | M | 3.19 | 3.38 ^a | 3.24 | 2.94 | 3.35 ^a |
| | DP | 0.48 | 0.50 | 0.33 | 0.57 | 0.45 |
| Reformado | M | 3.06 | 3.21 ^a | 3.14 | 3.05 | 3.11 ^a |
| | DP | 0.42 | 0.40 | 0.33 | 0.28 | 0.52 |
| F | | 1.57 | 4.69 | 2.54 | 1.85 | 5.31 |
| p | | .17 | .00 | .29 | .10 | .00 |

a: grupo com valores mais baixos

b: grupo com valores mais altos

Hipótese 1.4: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas características da Personalidade em função da variável Local de Residência

Quando o fator de comparação foi o local de residência, foram observadas diferenças significativas entre os grupos a nível das variáveis Amabilidade, Neuroticismo e Abertura à Experiência ($p < .05$) (cf. tabela 10).

Os participantes que habitam em pequenas cidades apresentam valores mais baixos de amabilidade relativamente a habitantes de meios rurais, tanto pequenos como grandes.

Já no que concerne ao neuroticismo os habitantes das pequenas cidades apresentam valores mais elevados do que os habitantes de grandes meios rurais.

Na dimensão de abertura à experiência as pessoas que habitam em grandes cidades e em grandes meios rurais demonstram valores superiores comparativamente aos habitantes de pequenas cidades.

Tabela 10

Análise descritiva e diferença de médias das variáveis do Big Five Inventory-44 em função do local de residência

| | | Extroversão | Amabilidade | Conscienciosidade | Neuroticismo | Abertura à Experiência |
|---------------------------|----------|-------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------------|
| Pequena cidade (N=173) | M | 3.10 | 3.44 ^a | 3.33 | 3.03 ^b | 3.40 ^a |
| | DP | 3.28 | 0.48 | 0.47 | 0.54 | 0.53 |
| Grande cidade (N=20) | M | 3.59 | 3.66 ^{a,b} | 3.37 | 2.89 ^{a,b} | 3.68 ^b |
| | DP | 0.60 | 0.54 | 0.36 | 0.80 | 0.48 |
| Pequeno meio rural (N=23) | M | 3.32 | 3.66 ^b | 3.47 | 2.96 ^{a,b} | 3.60 ^a |
| | DP | 0.64 | 0.48 | 0.44 | 0.40 | 0.45 |
| Grande meio rural (N=15) | M | 3.45 | 3.71 ^b | 3.57 | 2.62 ^a | 3.79 ^b |
| | DP | 0.41 | 0.38 | 0.63 | 0.52 | 0.23 |
| | F | 1.20 | 3.39 | 1.66 | 2.75 | 4.72 |
| | <i>p</i> | .31 | .02 | 1.18 | .04 | .00 |

a: grupo com valores mais baixos

b: grupo com valores mais altos

Hipótese 1.5: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas características da personalidade de acordo com a variável Estatuto Socioeconómico

No estatuto socioeconómico verificamos a existência de diferenças na amabilidade e na abertura à experiência ($p < 0.05$) (cf. tabela 11), sendo que na primeira dimensão as diferenças se encontram entre a população de estatuto socioeconómico baixo e baixo-médio (valores mais baixos) e a de estatuto socioeconómico médio (valores mais elevados), e, na segunda, entre o estatuto socioeconómico baixo (valores mais baixos), o médio e o alto (valores mais elevados), e entre o estatuto baixo-médio (valores mais baixos) e o alto (pontuação mais elevada).

Tabela 11

Análise descritiva e diferença de médias das variáveis do Big Five Inventory-44 em função do estatuto socioeconómico

| | | Extroversão | Amabilidade | Conscienciosidade | Neuroticismo | Abertura à Experiência |
|--------------------|----------|-------------|---------------------|-------------------|--------------|------------------------|
| Baixo (N=18) | M | 3.11 | 3.33 ^a | 3.21 | 3.09 | 3.17 ^a |
| | DP | 0.52 | 0.41 | 0.34 | 0.41 | 0.45 |
| Baixo-médio (N=76) | M | 3.18 | 3.39 ^b | 3.32 | 2.98 | 3.40 ^a |
| | DP | 0.53 | 0.42 | 0.39 | 0.42 | 0.50 |
| Médio (N=115) | M | 3.25 | 3.60 ^b | 3.38 | 2.99 | 3.56 ^b |
| | DP | 0.59 | 0.51 | 0.62 | 0.65 | 0.52 |
| Médio-alto (N=21) | M | 3.27 | 3.51 ^{a,b} | 3.49 | 2.80 | 3.43 ^{a,b} |
| | DP | 0.55 | 0.54 | 0.54 | 0.60 | 0.61 |
| Alto (N=3) | M | 4.04 | 3.81 ^{a,b} | 3.36 | 2.88 | 4.87 ^a |
| | DP | 0.64 | 0.28 | 0.11 | 0.33 | 0.25 |
| | F | 1.97 | 3.11 | 1.98 | 0.73 | 3.12 |
| | <i>p</i> | .10 | .02 | .10 | .57 | .02 |

a: grupo com valores mais baixos

b: grupo com valores mais altos

5.1.2. Descrição e caracterização da amostra de acordo com a variável pressão arterial

Analisando os dados descritivos da variável Pressão Arterial (cf. tabela 12) verifica-se que o valor máximo obtido pelos sujeitos em estudo foi de 185, no que toca à Pressão Sistólica (PS) e 100 na Pressão Diastólica (PD), sendo que na PS a média obtida pelos participantes é de 123.75 (DP= 12.68) e, na PD, 75.11 (DP=9.17).

Tabela 12

Análise descritiva da variável Pressão Arterial

| Dimensões/Itens | Mínimo | Máximo | Média | DP |
|--------------------|--------|--------|--------|-------|
| Pressão Sistólica | 68 | 185 | 123.75 | 12.68 |
| Pressão Diastólica | 50 | 100 | 75.11 | 9.17 |

Hipótese 2: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável pressão arterial em função de variáveis sociodemográficas:

Hipótese 2.1: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável pressão arterial em função da variável sexo

Numa análise descritiva em função da variável Sexo é possível observar que a média de pressão arterial é, no geral, superior no sexo masculino (cf. tabela 13). Os homens apresentam uma média de pressão sistólica de 130.03 (DP=11.53), ao passo que a das mulheres é de 120.15 (DP=11.87). Já na diastólica os valores são de 78.08 nos homens (DP=8.61) e 73.38 nas mulheres (DP=8.99).

Tabela 13

Análise descritiva e diferença de médias da pressão arterial em função do sexo

| | | Pressão Sistólica | Pressão Diastólica |
|------------------|----|-------------------|--------------------|
| Masculino (N=86) | M | 130.03 | 78.08 |
| | DP | 11.53 | 8.61 |
| Feminino (N=144) | M | 120.15 | 73.38 |
| | DP | 11.87 | 8.99 |
| <i>t</i> | | 6.18 | 6.22 |
| <i>p</i> | | .00 | .00 |

Hipótese 2.2: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável pressão arterial em função da variável idade

Os valores da pressão arterial, tanto sistólica como diastólica, apresentam diferenças relativamente à idade ($p < .05$), sendo que os mais jovens (dos 18 aos 22 anos e dos 23 aos 31) apresentam valores menores relativamente aos mais velhos (dos 51 aos 89) (cf. tabela 14).

Tabela 14

Análise descritiva e diferença de médias da pressão arterial em função da idade

| | | Pressão Sistólica | Pressão Diastólica |
|-------------------|----|---------------------|--------------------|
| 18-22 anos (N=67) | M | 122.01 ^a | 72.78 ^a |
| | DP | 11.87 | 7.43 |
| 23-31 anos (N=44) | M | 120.18 ^a | 73.95 ^a |
| | DP | 13,48 | 8.50 |
| 32-50 anos (N=53) | M | 125.00 ^b | 76.36 ^b |
| | DP | 10.00 | 9.87 |
| 51-89 anos (N=52) | M | 128.44 ^b | 77.90 ^b |
| | DP | 10.03 | 9.52 |
| | F | 5.11 | 3.92 |
| | p | .02 | .09 |

a: grupo com valores mais baixos

b: grupo com valores mais altos

Hipótese 2.3: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável pressão arterial em função da variável situação profissional

Numa análise dos resultados da pressão arterial em função da situação profissional (cf. tabela 15), é possível verificar que, relativamente à pressão sistólica ($p < .05$), existem diferenças significativas, sendo que os reformados apresentam valores elevados de pressão arterial, comparando com os resultados obtidos pelos estudantes, trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores por conta própria.

Relativamente à pressão diastólica os valores apontam também para uma diferença significativa ($p < .05$) entre os estudantes e os reformados, que apresentam valores superiores.

Tabela 15*Análise descritiva e diferença de médias da pressão arterial em função da situação profissional*

| | | Pressão Sistólica | Pressão Diastólica |
|-----------------------|----|-----------------------|----------------------|
| Desempregado | M | 125.77 ^{a,b} | 76.37 ^{a,b} |
| | DP | 8.56 | 7.34 |
| Estudante | M | 122.14 ^a | 72.89 ^a |
| | DP | 12.28 | 72.88 |
| Trabalhador-Estudante | M | 122.50 ^{a,b} | 72.88 ^{a,b} |
| | DP | 13.76 | 11.64 |
| Por conta de outrem | M | 122.44 ^a | 75.67 ^{a,b} |
| | DP | 14.89 | 9.67 |
| Por conta própria | M | 123.27 ^a | 75.86 ^{a,b} |
| | DP | 12.3 | 11.70 |
| Reformado | M | 131.71 ^b | 79.90 ^b |
| | DP | 9.95 | 10.04 |
| F | | 2.33 | 2.48 |
| p | | .04 | .03 |

a: grupo com valores mais baixos

b: grupo com valores mais altos

Hipótese 2.4: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável pressão arterial em função da variável local de residência

Relativamente ao local de residência, não foram encontradas diferenças significativas entre grupos ($p > .05$) (cf. tabela 16).

Tabela 16*Análise descritiva e diferença de médias da pressão arterial em função do local de residência*

| | | Pressão Sistólica | Pressão Diastólica |
|---------------------------|----|-------------------|--------------------|
| Pequena cidade (N=173) | M | 124.89 | 76.08 |
| | DP | 13.09 | 0.51 |
| Grande cidade (N=20) | M | 117.05 | 70.55 |
| | DP | 10.98 | 9.33 |
| Pequeno meio rural (N=23) | M | 121.22 | 72.17 |
| | DP | 10.78 | 6.15 |
| Grande meio rural (N=15) | M | 123.81 | 75.33 |
| | DP | 12.71 | 6.41 |
| F | | 2.69 | 3.16 |
| p | | .47 | .26 |

a: grupo com valores mais baixos

b: grupo com valores mais altos

Hipótese 2.5: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável pressão arterial em função da variável estatuto socioeconómico

Na análise dos dados obtidos relativamente às médias da pressão arterial em função do estatuto socioeconómico (cf. tabela 17), não foram encontradas diferenças significativas na pressão sistólica ($p < .05$), ao contrário da pressão diastólica ($p > .05$), cujos resultados se manifestaram superiores nos participantes de estatuto socioeconómico baixo e aos participantes de estatuto alto, comparativamente aos pertencentes a um estatuto baixo-médio.

Tabela 17

Análise descritiva e diferença de médias da pressão arterial em função do estatuto socioeconómico

| | | Pressão Sistólica | Pressão Diastólica |
|--------------------|----|-------------------|----------------------|
| Baixo (N=18) | M | 128.83 | 79.50 ^b |
| | DP | 18.01 | 8.05 |
| Baixo-médio (N=76) | M | 122.29 | 74.00 ^a |
| | DP | 11.06 | 8.58 |
| Médio (N=115) | M | 123.46 | 74.97 ^{a,b} |
| | DP | 12.54 | 9.11 |
| Médio-alto (N=21) | M | 124.38 | 74.76 ^{a,b} |
| | DP | 12.75 | 10.77 |
| Alto (N=3) | M | 137.00 | 84.67 |
| | DP | 11.36 | 14.01 ^b |
| | F | 1.85 | 2.18 |
| | p | .12 | .07 |

a: grupo com valores mais baixos

b: grupo com valores mais altos

5.1.3. Resultados da análise da descrição e caracterização da amostra de acordo com a variável qualidade de sono

Sendo as categorias desta variável formuladas a partir das respostas ao Questionário de Sono de Oviedo, a Satisfação Subjetiva de Sono apresenta respostas com valores entre 1 e 7 e a Insónia e a Hipersónia entre 1 e 5.

Ao analisar os dados descritivos desta variável (cf. tabela 18) obtiveram-se resultados no item correspondente à categoria Satisfação Subjetiva do Sono entre 1 (valor mínimo) e 7 (valor máximo), e que a média de respostas é de 4.23 (DP=1.40). Na categoria Insónia a pontuação mínima é de 0.88, apresentando-se como a categoria com o valor mínimo mais baixo, e a pontuação máxima corresponde a 4.75, resultando numa média de 1.99 (DP=0.81). Já na categoria Hipersónia as pontuações mínimas e máximas são de 1 e 5, respetivamente, e a média tem o valor de 1.86 (DP=0.86), o que a torna a categoria com a média mais elevada.

Tabela 18*Análise descritiva da variável Qualidade de Sono*

| Categorias | Mínimo | Máximo | Média | DP |
|------------------------------|--------|--------|-------|------|
| Satisfação Subjetiva do Sono | 1.00 | 7.00 | 4.23 | 1.40 |
| Insónia | 0.88 | 4.75 | 1.99 | 0.81 |
| Hipersónia | 1.00 | 5.00 | 1.86 | 0.86 |

Hipótese 3: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas características da qualidade de sono em função de variáveis sociodemográficas:

Hipótese 3.1: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável qualidade de sono em função da variável sexo

Através de um teste *t* de *student* compararam-se as médias entre sexos nas várias categorias do Questionário de Sono de Oviedo, não se apresentando diferenças significativas em nenhuma delas ($p > .05$) (cf. tabela 19).

Tabela 19*Análise descritiva e diferença de médias da qualidade de sono em função do sexo*

| | | Satisfação subjetiva do sono | Insónia | Hipersónia |
|------------------|----------|------------------------------|---------|------------|
| Masculino(N=86) | M | 4.17 | 1.85 | 1.72 |
| | DP | 1.26 | 0.67 | 0.72 |
| Feminino (N=144) | M | 4.26 | 2.07 | 1.93 |
| | DP | 1.49 | 0.88 | 0.94 |
| | <i>t</i> | -0.47 | -2.19 | -1.87 |
| | <i>p</i> | .64 | .30 | .06 |

Hipótese 3.2: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável qualidade de sono em função da variável idade

Analisando as diferenças de médias da qualidade de sono em função de classes etárias (cf. tabela 20), concluímos que a satisfação subjetiva do sono é superior na faixa dos 23 aos 31 anos, comparativamente às duas classes mais velhas, dos 35 aos 50 anos e dos 51 aos 89. Relativamente à insónia não se verificaram diferenças significativas. Já nas questões relativas à hipersónia obtiveram-se divergências entre a classe mais jovem, dos 18 aos 22 anos, cujos níveis de hipersónia são muito superiores aos das restantes idades.

Tabela 20*Análise descritiva e diferença de médias da qualidade de sono em função da idade*

| | | Satisfação subjetiva do sono | Insónia | Hipersónia |
|-------------------|----|------------------------------|---------|-------------------|
| 18-22 anos (N=67) | M | 4.28 ^{a,b} | 2.13 | 1.90 ^b |
| | DP | 1.61 | 0.93 | 0.86 |
| 23-31 anos (N=44) | M | 4.64 ^b | 1.93 | 1.94 ^a |
| | DP | 1.56 | 0.77 | 0.96 |
| 32-50 anos (N=53) | M | 4.00 ^a | 1.74 | 1.52 ^a |
| | DP | 1.11 | 0.66 | 0.43 |
| 51-89 anos (N=52) | M | 3.88 ^a | 1.29 | 1.44 ^a |
| | DP | 1.00 | 0.19 | 0.77 |
| F | | 2.91 | 1.91 | 9.37 |
| p | | .03 | .13 | .00 |

a: grupo com valores mais baixos

b: grupo com valores mais altos

Hipótese 3.3: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável qualidade de sono em função da variável situação profissional

Através de uma análise dos resultados da qualidade de sono em função da situação profissional (cf. tabela 21), conclui-se que não existem diferenças significativas relativamente à satisfação subjetiva ou à insónia. Apesar disso, no que concerne à hipersónia, verificam-se diferenças entre os estudantes e os restantes grupos, sendo que os primeiros apresentam valores superiores de hipersónia.

Tabela 21*Análise descritiva da variável Qualidade de Sono em função da situação profissional*

| | | Satisfação subjetiva do sono | Insónia | Hipersónia |
|-----------------------|----|------------------------------|---------|------------|
| Desempregado | M | 3.89 | 2.10 | 1.87 |
| | DP | 1.23 | 0.84 | 0.92 |
| Estudante | M | 4.41 | 2.13 | 2.14 |
| | DP | 1.63 | 0.88 | 1.04 |
| Trabalhador-Estudante | M | 4.00 | 2.28 | 1.83 |
| | DP | 1.69 | 1.01 | 0.82 |
| Por conta de outrem | M | 4.36 | 1.79 | 1.64 |
| | DP | 1.30 | 0.64 | 0.60 |
| Por conta própria | M | 4.14 | 1.97 | 1.79 |
| | DP | 1.04 | 0.90 | 0.79 |
| Reformado | M | 3.90 | 1.82 | 0.45 |
| | DP | 1.14 | 0.69 | 0.10 |
| F | | 1.10 | 1.85 | 0.45 |
| p | | .36 | .11 | .05 |

a: grupo com valores mais baixos

b: grupo com valores mais altos

Hipótese 3.4: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável qualidade de sono em função da variável local de residência

De acordo com os resultados obtidos através da análise da variância relativamente à qualidade de sono (cf. tabela 22), verifica-se que não existem diferenças significativas nas características desta variável em função do local de residência ($p > .05$).

Tabela 22

Análise descritiva da variável Qualidade de Sono em função do local de residência

| | | Satisfação subjetiva do sono | Insónia | Hipersónia |
|---------------------------|----|------------------------------|---------|------------|
| Pequena cidade (N=173) | M | 4.12 | 1.99 | 1.83 |
| | DP | 1.32 | 0.82 | 0.88 |
| Grande cidade (N=20) | M | 4.60 | 2.08 | 2.10 |
| | DP | 1.10 | 0.86 | 0.91 |
| Pequeno meio rural (N=23) | M | 4.35 | 2.16 | 1.99 |
| | DP | 2.01 | 0.80 | 0.79 |
| Grande meio rural (N=15) | M | 4.87 | 1.64 | 1.77 |
| | DP | 1.40 | 0.58 | 0.74 |
| | F | 1.97 | 1.34 | 0.81 |
| | p | .12 | .26 | .49 |

Hipótese 3.4: Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável qualidade de sono em função da variável estatuto socioeconómico

Apesar de as categorias Insónia e Hipersónia apresentarem resultados pouco significativos no que concerne às diferenças nas características da qualidade de sono de acordo com o estatuto socioeconómico ($p = .07$; $p = .16$, respetivamente), a satisfação subjetiva do sono, pelo contrário, apresenta valores significativos ($F = 3.38$; $p < .05$), como se verifica na tabela 23. Estas diferenças existem, no que concerne à satisfação subjetiva do sono, entre o estatuto socioeconómico baixo e os estatutos médio e médio-alto, na qual o primeiro apresenta um valor inferior de satisfação face aos restantes. Além destes resultados, também se verificam diferenças entre o estatuto socioeconómico baixo-médio e o médio, sendo que o primeiro apresenta valores mais baixos.

Tabela 23*Análise descritiva da Qualidade de Sono em função do estatuto socioeconómico*

| | | Satisfação subjetiva do sono | Insónia | Hipersónia |
|--------------------|----|------------------------------|---------|------------|
| Baixo (N=18) | M | 3.44 ^a | 2.22 | 1.61 |
| | DP | 1.10 | 0.51 | 0.42 |
| Baixo-médio (N=76) | M | 3.97 ^a | 2.13 | 1.90 |
| | DP | 1.38 | 0.93 | 0.86 |
| Médio (N=115) | M | 4.45 ^b | 1.93 | 1.94 |
| | DP | 1.42 | 0.77 | 0.96 |
| Médio-alto (N=21) | M | 4.52 ^b | 1.74 | 1.52 |
| | DP | 1.29 | 0.66 | 0.43 |
| Alto (N=3) | M | 5.00 ^{a,b} | 1.29 | 1.44 |
| | DP | 1.00 | 0.19 | 0.77 |
| F | | 3.38 | 2.14 | 1.64 |
| p | | .01 | .07 | .16 |

a: grupo com valores mais baixos

b: grupo com valores mais altos

5.2 Análise Correlacional

De forma a analisar as relações de associação entre a personalidade e a pressão arterial e a personalidade e a qualidade de sono, recorreu-se à Correlação de *Pearson*, teste utilizado como forma de medir a intensidade da associação entre variáveis intervalares. Os resultados desta análise encontram-se apresentados de seguida. A este objetivo acresceu a análise do valor preditivo da personalidade na pressão arterial e na qualidade de sono, realizada através da Regressão Linear Múltipla, cujos resultados se encontram também referidos neste ponto.

5.2.1 Resultados da análise correlacional entre a personalidade e a pressão arterial

Hipótese 4: Existem relações de associação entre a personalidade e as restantes variáveis (principais) em estudo:

Hipótese 4.1: Existe associação entre a personalidade e a pressão arterial;

Através da análise dos resultados da Correlação de *Pearson* (cf. Tabela 24) conclui-se que, apesar de não existirem muitas relações significativas face à pressão arterial no que concerne às dimensões da personalidade, verificam-se valores significativos de associação entre as variáveis amabilidade e abertura à experiência e a pressão sistólica (amabilidade: $r=-.19$; abertura à experiência: $r=-.21$), e a abertura à experiência e a pressão diastólica ($r=-.21$), a

um nível de significância de $p < .01$. No entanto, em ambas as correlações, os valores demonstram uma correlação baixa, negativa.²

Tabela 24

Correlações obtidas entre a personalidade e a pressão arterial

| | Pressão sistólica | | Pressão diastólica | |
|------------------------|-------------------|----------|--------------------|----------|
| | <i>r</i> | <i>p</i> | <i>r</i> | <i>p</i> |
| Extroversão | -.10 | .14 | -.01 | .83 |
| Amabilidade | -.19** | .00 | -.04 | .50 |
| Conscienciosidade | -.12 | .06 | -.08 | .20 |
| Neuroticismo | -.10 | .13 | -.04 | .55 |
| Abertura à experiência | -.21** | .00 | -.12 | .08 |

** $p < .01$

Hipótese 4.2: Existe associação entre a personalidade e a qualidade de sono

Como demonstrado na tabela 25, todas as dimensões da personalidade demonstraram relações significativas com a satisfação subjetiva do sono a um nível de significância de $p < .01$. Dentro destas relações, os valores de *r* obtidos apresentam resultados entre .18 e .37, o que indica a existência de correlações moderadas, todos positivos à exceção do neuroticismo ($r = -.32$).

No que concerne ao nível de insônia não se verificaram relações significativas com a extroversão e a abertura à experiência, ao contrário das restantes dimensões da personalidade: a amabilidade apresentou um valor significativo em $p < .05$ ($r = -.15$; $p = .02$), representativo de uma correlação baixa negativa; a conscienciosidade apresentou um valor significativo em $p < .01$, correspondente a uma relação negativa baixa ($r = -.22$); e o neuroticismo apresentou um valor positivo moderado, também significativo a um valor de $p < .01$ ($r = .22$).

A hipersônia não apresenta relações significativas com a extroversão ou a amabilidade, mas assume uma relação significativa em $p < .05$ com o neuroticismo, cujo valor correlacional demonstrou ser baixo positivo ($r = .17$; $p = .01$), e relações significativas em $p < .01$ com a conscienciosidade, cujo valor é baixo negativo ($r = -.24$; $p = .01$), e a abertura à experiência cujo valor é baixo positivo ($r = .21$; $p = .00$).

² Para a sua interpretação seguiram-se as normas referenciadas por Pallant (2005), que sugere que: um *r* entre .10 e .29 ou -.10 e -.29 indica uma correlação baixa; um *r* entre .30 e .49 ou -.30 e -.49 uma correlação moderada; e um *r* entre .50 e 1 ou -.50 e -1 uma correlação forte.

Tabela 25*Correlações obtidas entre a personalidade e a qualidade de sono*

| | Satisfação Subjetiva do Sono | | Insónia | | Hipersónia | |
|------------------------|------------------------------|----------|----------|----------|------------|----------|
| | <i>r</i> | <i>p</i> | <i>r</i> | <i>p</i> | <i>r</i> | <i>p</i> |
| Extroversão | .18** | .01 | -.12 | .67 | .05 | .45 |
| Amabilidade | .30** | .00 | -.15* | .02 | -.06 | .35 |
| Conscienciosidade | .37** | .00 | -.22** | .00 | -.24** | .00 |
| Neuroticismo | -.32** | .00 | .31** | .00 | .17* | .01 |
| Abertura à experiência | .24** | .00 | .09 | .16 | .21** | .00 |

** $p < .01$; * $p < .05$

5.2.2. Resultados para a análise da influência da personalidade na pressão arterial

Hipótese 5: Existem relações de predição entre a personalidade e as restantes variáveis (principais) em estudo:

Hipótese 5.1: A personalidade tem um efeito preditor da pressão arterial

Dado que os valores obtidos na relação de associação entre a personalidade e a pressão arterial não demonstraram resultados significativos, considerou-se inviável analisar o grau preditivo desta relação, pelo que a hipótese acima formulada não constou no seguimento do estudo.

5.2.3. Resultados para a análise da influência da personalidade na qualidade de sono

Hipótese 5.3. A personalidade tem um efeito preditor da qualidade de sono

De forma a explorar o grau de predição da personalidade sobre a qualidade de sono, recorreu-se à regressão linear múltipla. A qualidade de sono foi utilizada enquanto variável dependente, enquanto as várias dimensões do BFI constituíram as variáveis independentes.

Com o objetivo de explorar o efeito preditivo das dimensões da personalidade (i.e., extroversão, amabilidade, conscienciosidade, neuroticismo e abertura à experiência) na qualidade de sono, mais especificamente, a satisfação subjetiva do sono, o nível de insónia e o nível de hipersónia sentidos pelos sujeitos, recorreu-se à regressão linear múltipla. Realizaram-se cinco regressões, nas quais as dimensões da personalidade se constituíram como variáveis independentes (preditores), alterando-se a variável dependente considerando as categorias

avaliadas através do Questionário de Sono de Oviedo.

Do resumo das regressões obtidas (cf. tabela 26) é possível averiguar que todos os modelos revelam um nível de significância $p < 0.01$, exceto o 1 ($p = 1.25$), concluindo-se que a Personalidade permite predizer 15% do nível de insónia ($R^2 = 0.15$; $p < 0.01$) e 17% do nível de hipersónia ($R^2 = 0.17$; $p < 0.01$).

Tabela 26

Resumo das regressões obtidas para o efeito preditor da personalidade na qualidade de sono

| Modelo | R^2 | p |
|----------------|-------|------|
| 1 ^a | 0.22 | 1.25 |
| 2 ^b | 0.15 | .00 |
| 3 ^c | 0.17 | .00 |

- Variável dependente: Qualidade de sono (Satisfação subjetiva do sono)
- Variável dependente: Qualidade de Sono (Insónia)
- Variável dependente: Qualidade de sono (Hipersónia)
- Preditores: (Constante): Personalidade (Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo, Abertura à experiência)

Na análise dos coeficientes de regressão, obtidos para cada uma das variáveis dependentes (cf. Tabela 27), ao examinar os valores de Beta (β) é possível comparar a contribuição de cada variável independente (Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo e Abertura à Experiência) na explicação da variável dependente (Pallant, 2005).

É, assim, possível constatar que a conscienciosidade e o neuroticismo exercem poder preditivo na satisfação subjetiva do sono ($\beta = 0.16$; $p < .01$; $\beta = 0.08$; $p < .01$, respetivamente), o que não se reflete nas restantes variáveis. Por outro lado, verifica-se que a conscienciosidade, o neuroticismo e a abertura à experiência apresentam valores significativos no que concerne à predição do nível de insónia, sendo que a conscienciosidade apresenta um valor de β negativo ($\beta = -0.19$; $p < .05$), enquanto o neuroticismo e a abertura à experiência apresentam valores positivos ($\beta = 0.25$; $p < .01$; $\beta = 0.21$; $p < .01$, respetivamente). Relativamente ao nível de hipersónia verifica-se que a conscienciosidade e a abertura à experiência demonstram valores significativos no que concerne à predição da mesma ($\beta = -0.34$; $p < .01$; $\beta = 0.31$; $p < .01$), embora a primeira apresente uma regressão negativa relativamente à hipersónia.

Tabela 27*Coeficientes de regressão obtidos para o efeito preditor da personalidade na qualidade de sono*

| Modelo | B | p |
|----------------------------------|----------|------------|
| 1^a (Constante) | | .67 |
| Extroversão | 0.16 | -.41 |
| Amabilidade | 0.08 | .24 |
| Conscienciosidade | 0.24 | .00 |
| Neuroticismo | -0.25 | .00 |
| Abertura à experiência | 0.12 | .73 |
| 2^b (Constante) | | .02 |
| Extroversão | -0.03 | -.67 |
| Amabilidade | -0.84 | .26 |
| Conscienciosidade | -0.19 | .01 |
| Neuroticismo | 0.25 | .00 |
| Abertura à experiência | 0.21 | .00 |
| 3^c (Constante) | | .06 |
| Extroversão | 0.12 | .09 |
| Amabilidade | -0.27 | .71 |
| Conscienciosidade | -0.34 | .00 |
| Neuroticismo | 0.13 | .48 |
| Abertura à experiência | 0.31 | .00 |

a. Variável dependente: Qualidade de sono (Satisfação subjetiva do sono)

b. Variável dependente: Qualidade de Sono (Insónia)

c. Variável dependente: Qualidade de sono (Hipersónia)

d. Preditores: (Constante): Personalidade (Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo, Abertura à experiência)

III - Discussão dos Resultados

O presente estudo teve como principal objetivo explorar a existência e analisar a especificidade de relações entre a Personalidade, a Pressão Arterial e a Qualidade de Sono, numa amostra normativa.

Apresenta-se, seguidamente, a análise interpretativa dos resultados, e a sua discussão, estruturada consoante os objetivos a que correspondem.

1. Objetivos descritivos

O primeiro objetivo desta investigação pretendia a análise descritiva e caracterização das variáveis em estudo em função de dados sociodemográficos presentes na amostra recolhida. Assim, os resultados a discutir seguidamente referem-se a testes de diferença realizados face a categorias sociodemográficas nas dimensões da personalidade, na pressão arterial e na qualidade de sono.

No que concerne à personalidade, em função do sexo (H1.1), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão da conscienciosidade, que apresenta valores mais elevados nas mulheres do que nos homens. As restantes dimensões não apresentaram resultados significativos. Os resultados corroboram estudos existentes na literatura, que apontam para maiores níveis de conscienciosidade na população feminina (Schmitt, Realo, Voracek & Allik, 2008; Rahafar, Castellana, Randler & Antúnez, 2017). No entanto, estes mesmos estudos apresentam resultados semelhantes relativamente a outras dimensões da personalidade (i.e., neuroticismo, extroversão e amabilidade), o que não se verificou na investigação desenvolvida.

A idade (H1.2), demonstrou também diferenças nas dimensões relativas à amabilidade, que remete para altruísmo, generosidade, conforto, entre outras, e à abertura à experiência, que se relaciona com espírito aventureiro, criatividade e curiosidade, constatando-se, maioritariamente, que estes valores são superiores numa população mais jovem, entre os 18 e os 32 anos. Apesar de não existir literatura respeitante a esta análise, estes resultados podem potencialmente ser justificados pelo facto de os indivíduos mais jovens terem menor experiência de vida e maior curiosidade, maior atividade e mobilidade. O neuroticismo, apesar de demonstrar valores superiores na população mais jovem (18-21 anos), revelou também pontuações elevadas na população mais velha (51-89 anos), relativamente às restantes faixas etárias, o que reflete a ansiedade, insegurança e impulsividade habitualmente presentes nessas idades, no primeiro caso, supõe-se que relativamente aos desafios do início da vida adulta e, no segundo, relativamente aos desafios em fases mais avançadas da mesma.

A situação profissional (H1.3) apresentou também diferenças na amabilidade e abertura à experiência. Os reformados apresentam valores mais baixos nestas dimensões comparativamente a estudantes, trabalhadores-estudantes e trabalhadores por conta de outrem, sendo que os estudantes apresentaram valores mais elevados, não só relativamente

aos reformados, como também face aos trabalhadores por conta própria e por conta de outrem. Na medida em que os estudantes são os sujeitos mais novos e os reformados os sujeitos mais velhos, seria expectável que os resultados nesta variável sociodemográfica fossem semelhantes aos resultados obtidos nas análises relativas à idade dos sujeitos, o que, efetivamente, ocorreu.

As características de personalidade variaram também de acordo com o local de residência (H1.4), na medida em que os participantes de grandes meios rurais e das grandes cidades apresentaram valores mais elevados de neuroticismo e de abertura à experiência, enquanto a amabilidade se mostrou superior nos participantes de meios rurais face aos das cidades. Resultados de estudos sugerem que pessoas com maior pontuação no traço de abertura à experiência têm maior tendência a viver em centros urbanos, associando este facto à necessidade que estes indivíduos apresentam de procurar estímulos intelectuais, aos quais as cidades podem responder com mais eficiência, pois apresentam uma maior atividade e diversidade cultural. O facto de as pessoas com valores mais elevados de amabilidade valorizarem as relações próximas e a família pode também ser um fator para a existência de valores mais elevados de amabilidade em regiões rurais, nas quais os indivíduos se mantêm próximos aos membros da família (Rentfrow & Jokela, 2017).

Face ao estatuto socioeconómico (H1.5) verificam-se também diferenças na amabilidade e abertura à experiência, sendo que as classes de estatuto socioeconómico médio e alto apresentam valores mais altos nestas dimensões, relativamente às dos estatutos mais baixos (baixo e baixo-médio), não existindo literatura que corrobore ou conteste estes resultados, podemos tentar explicá-los se considerarmos que um rendimento mais amplo permitirá um maior leque de oportunidades e de experiências.

Relativamente à pressão arterial, as diferenças significativas revelaram-se a nível do sexo e da idade (H2.1 e H2.2) sendo que os homens e a população mais envelhecida, com idades entre os 51 e os 89 anos, manifestaram uma média superior de pressão arterial. Estes dados correspondem ao esperado visto que, de acordo com o Instituto Nacional de Saúde (2016), pertencer ao sexo masculino constitui um fator de risco para a obtenção de doenças cardiovasculares e o envelhecimento agrava essa condição.

Também a situação profissional (H2.3) demonstrou resultados significativos sendo que a pressão sistólica se demonstrou superior em reformados relativamente aos estudantes e trabalhadores. Apesar de não terem sido encontradas fontes bibliográficas relevantes para a discussão desta hipótese, é possível suspeitar de alguns prováveis motivos, por exemplo, o facto de os reformados serem pessoas menos ativas e mais velhas, que, como referido pelo Instituto Nacional de Saúde (2016), são duas condições para o desenvolvimento de hipertensão arterial.

O local de residência (H2.4) não demonstrou ser uma variável significativa na variação das características da pressão arterial, e o estatuto socioeconómico (H2.5) só demonstrou diferenças significativas na pressão diastólica, na qual o estatuto baixo e o estatuto elevado apresentaram valores mais elevados do que o estatuto baixo-médio.

Já a qualidade de sono não apresenta diferenças significativas em função do sexo (H3.1), o que não coincide com o referido na literatura de que as mulheres tendem a apresentar uma menor qualidade de sono, devido a questões hormonais, por exemplo, relacionadas com a menopausa (Madrid-Valero, Martínez-Selva, Couto, Sánchez-Romera & Ordoñana, 2017; Zhang & Wing, 2006). Relativamente ao local de residência (H3.4), seria intuitivo pensar que a poluição sonora inexistente nas zonas rurais poderia ser benéfica para a qualidade de sono experienciada, além das rotinas citadinas exigirem diferentes horários talvez menos precisos, o que contribuirá para desregular a higiene de sono. No entanto, neste estudo, não foram encontradas diferenças significativas entre a qualidade de sono nos diferentes locais avaliados. Um motivo para a inexistência de diferença entre médias nesta variável poderá ser o facto de o método de avaliação utilizado ser de autorresposta, o que lhe atribui um carácter algo subjetivo. Quanto à idade (H3.2), os resultados não demonstraram diferenças significativas, o que, novamente, não se enquadra nos resultados obtidos noutros estudos científicos, nos quais se conclui que a idade é, de algum modo, responsável pela diminuição da qualidade de sono (Madrid-Valero et al., 2016). A situação profissional (H3.3), apesar de não apresentar nenhum resultado relevante quanto à satisfação subjetiva do sono ou à insónia, determina diferenças significativas no nível de hipersónia que prevalece na classe estudantil, o que é justificado pela literatura como uma consequência do *stress* crónico a que os jovens são, atualmente, submetidos (Wallace, Boynton & Lytle, 2017). O estatuto socioeconómico (H3.5) revelou-se um fator significativo na satisfação da qualidade de sono, sendo que um estatuto socioeconómico baixo demonstrou valores mais baixos de satisfação do que os restantes valores. Apesar de não se terem detetado na literatura resultados similares, é possível depreender que, dada a influência da pressão económica na qualidade de vida e o *stress* que dela pode surgir, a qualidade de sono seja também afetada nos indivíduos cujo estatuto socioeconómico seja mais pobre.

2. Objetivos correlacionais

Relativamente aos resultados obtidos no âmbito da exploração de relações de associação entre a personalidade e as relações da mesma com as restantes variáveis verificou-se que, no que concerne à relação entre as dimensões da personalidade e a pressão arterial (H4.1), os resultados nem sempre evidenciaram valores com significância estatística, sendo que apenas a amabilidade e a abertura à experiência revelaram uma correlação com a pressão sistólica e que esta correlação demonstrou valores baixos. Por se demonstrarem valores negativos na correlação, podemos referir que uma maior amabilidade e maior abertura à experiência correspondem a uma diminuição da pressão sistólica, o que, no primeiro caso, vai ao encontro do que é referido na literatura, isto é, uma maior amabilidade leva ao evitamento de conflitos e a uma menor exposição a situações de grande impacto emocional, tendendo as pessoas mais amáveis a ser menos hipertensas (Cheng et al., 2017). No entanto, seria de esperar que o neuroticismo apresentasse os valores mais elevados, por se relacionarem com estímulos

incitadores de *stress* (Jonassaint et al., 2009), o que, pelo contrário, não acontece, surgindo resultados superiores a $p=.05$ para esta variável, o que demonstra que não existem relações significativas entre ambas.

Quanto à qualidade de sono (H4.2), constatou-se que a satisfação subjetiva do sono se encontrou associada a todas as dimensões da personalidade, ainda que de forma fraca ou moderada. A conscienciosidade demonstrou ser a variável que mais se encontra relacionada com a satisfação com o sono, mantendo uma relação positiva com a mesma, ou seja, quanto maior a conscienciosidade, maior a satisfação face ao sono. O mesmo sucede com os níveis de extroversão, amabilidade e abertura à experiência, que apresentaram também relações positivas com esta variável. O neuroticismo, no entanto, apresentou uma associação com a mesma de forma inversa, o que significa que quanto mais elevados os níveis de neuroticismo, mais baixa será a satisfação dos sujeitos face ao sono, e vice-versa. Estes resultados vão ao encontro do que é referenciado na literatura, onde se comprova que valores altos de conscienciosidade evitam a experiência de níveis elevados de stress e disfuncionamento associados ao neuroticismo (Harvey et al. 2014; Williams & Moroz, 2009).

Relativamente ao nível de insónia, os resultados apontaram para a não existência de relação com a extroversão e a abertura à experiência, mas manifestou-se uma relação fraca com a amabilidade e a conscienciosidade, sendo esta negativa em ambos os casos, o que significa que, quanto mais elevada a amabilidade e a conscienciosidade, mais baixos serão os níveis de insónia, e vice-versa. Pelo contrário, verificando-se uma relação positiva moderada dos valores de neuroticismo, verifica-se que quanto mais elevados estes valores, mais níveis de insónia o sujeito irá apresentar, e vice-versa. Estes resultados corroboram o que é retratado na literatura, de que o neuroticismo apresenta efeitos adversativos na higiene de sono, devido aos níveis elevados de stress e disfuncionamento que acarreta (Randler, Schredl & Göriz, 2017), e que a conscienciosidade permite regular os níveis de neuroticismo, permitindo uma melhor qualidade de sono (Emert, Tutek & Lichstein, 2017).

A hipersónia não manifestou relação com a extroversão nem com a amabilidade, e as restantes associações apresentaram valores muito baixos. Apesar destes resultados pode-se afirmar, no que concerne a este estudo, que quanto maior o nível de traços neuróticos e de abertura à experiência das pessoas, mais elevado será o nível de hipersónia. Pelo contrário, o aumento da conscienciosidade manifesta-se numa diminuição da hipersónia.

Um importante objetivo deste estudo consistia também em explorar o grau em que a personalidade permitiria, ou não, predizer as restantes variáveis, i.e., a pressão arterial e a qualidade de sono. Relativamente à influência da personalidade sobre a pressão arterial (H5.1), devido ao facto de não existirem dados relevantes no grau de associação entre as mesmas, não se considerou plausível prosseguir com a investigação da análise de predição de uma sobre a outra.

Quanto ao grau preditivo que a personalidade apresentaria sobre a qualidade de sono (H5.2), a conscienciosidade e o neuroticismo demonstram-se significativos no que diz respeito à satisfação subjetiva do sono.

A conscienciosidade mostrou-se também preditiva do nível de insônia, embora numa lógica inversa, o que significa que quanto mais baixa for a conscienciosidade, maior a possibilidade de existirem níveis mais elevados de insônia. Pelo contrário, quanto mais elevado o neuroticismo e a abertura à experiência, maior a capacidade de predizer que existirão insônias em determinados sujeitos. Estes resultados demonstram-se compatíveis com a revisão bibliográfica efetuada, na qual se demonstrou também que o neuroticismo está, muitas vezes, ligado a qualidade de sono pobre (Gray & Watson, 2002), dada a maior vulnerabilidade que este traço confere às pessoas, no que concerne a interrupções de sono relacionadas com eventos stressantes, provocadores de insônias, ao passo que a conscienciosidade se relaciona com comportamentos e hábitos de sono saudáveis, melhorando a qualidade de sono e regulando os níveis de neuroticismo nos indivíduos mais vulneráveis a esse mesmo traço de personalidade (Emert, Tuttek & Lichstein, 2017). A hipersônia apresentou resultados muito semelhantes à insônia, à exceção do neuroticismo, que não demonstrou qualquer influência sobre esta variável.

IV - Considerações finais

Cada vez mais, na sociedade atual, se tem vindo a considerar a interação entre as componentes psicológicas e as condições físicas, sendo que a investigação nas áreas de saúde e das ciências sociais tem incluído vários estudos a este respeito nos últimos anos. O projeto no qual a presente investigação se integra pretendeu contribuir para o desenvolvimento da exploração desta relação, tendo este estudo procurado corresponder ao referido objetivo no que concerne às variáveis personalidade, pressão arterial e qualidade de sono.

No decorrer deste estudo possibilitou-se uma exploração descritiva da variável personalidade de acordo com a amostra recolhida, para a qual se verificaram diferenças significativas a nível de género, idade, situação profissional, local de residência e estatuto socioeconómico. A partir deste estudo destacam-se algumas conclusões que descrevem estas relações: a conscienciosidade demonstra valores mais altos na população feminina; o neuroticismo apresenta valores elevados tanto na população mais jovem como em adultos de meia-idade e idosos, e em habitantes de grandes meios, tanto rurais como urbanos; a amabilidade e a abertura à experiência manifestam-se numa população mais jovem, mais concretamente, em estudantes e indivíduos pertencentes a estatutos socioeconómicos mais baixos, sendo que a amabilidade é mais predominante em meios rurais e a abertura à experiência em meios citadinos.

A pressão arterial demonstrou também diferenças nos vários indicadores, concluindo-se que os homens apresentam maior pressão arterial do que as mulheres, especialmente os homens mais velhos, entre 51 a 89 anos. A situação profissional distingue estudantes e trabalhadores dos reformados, sendo que estes últimos apresentam valores superiores de pressão arterial e o estatuto socioeconómico apresentou diferenças significativas somente na pressão diastólica, mais elevada nas classes de rendimento mais baixo.

Relativamente à qualidade de sono houve poucos resultados significativos a nível das variáveis sociodemográficas. Concluiu-se que os estudantes apresentam elevados níveis de hipersónia e que um baixo estatuto socioeconómico resulta em baixos níveis de satisfação da qualidade de sono.

Além da descrição das variáveis em função dos indicadores sociodemográficos foi também explorada a relação entre a personalidade e a pressão arterial e a qualidade de sono.

Ao longo da revisão da literatura verificaram-se várias associações entre as dimensões da personalidade e a pressão arterial, especialmente a nível do neuroticismo, enquanto causador de exposição a níveis mais elevados de *stress* e a respostas ao mesmo, e da conscienciosidade, promotora de comportamentos saudáveis e neutralizadora dos níveis de impacto emocional causados pelo neuroticismo, apresentando-se cada uma, respetivamente, como responsável pelo aumento ou diminuição da pressão arterial. No entanto, neste estudo, estas dimensões da personalidade não se mostraram significativas, não se tendo verificado nenhuma correlação à exceção da amabilidade e da abertura à experiência que demonstraram

uma associação com a pressão sistólica, mas, ainda assim, muito fraca. Assim, pode concluir-se que não existe uma relação significativa entre a personalidade e a pressão arterial, no que concerne à amostra do presente estudo.

Já a qualidade de sono apresentou resultados moderadamente satisfatórios relativamente à personalidade. A satisfação com o sono encontra-se associada a todas as suas dimensões, em particular a conscienciosidade. Ao contrário de todas as outras dimensões da personalidade, o neuroticismo apresenta uma relação negativa, o que leva a concluir que, quanto mais neurótica a pessoa é, mais baixa será a sua satisfação relativamente ao sono.

Indivíduos mais amáveis e conscienciosos têm menos tendência a ter insónias e pessoas neuróticas, pelo contrário, podem desenvolver esta patologia mais facilmente. A hipersónia terá mais propensão a surgir em indivíduos com traços neuróticos mais acentuados, e com maior abertura à experiência. Em contraste, quanto mais conscienciosos, menor a hipersónia.

Conseguiu ainda concluir-se, através deste estudo, que a conscienciosidade e o neuroticismo são fatores preditivos da satisfação subjetiva do sono e os níveis de insónia serão mais elevados quanto mais baixa for a conscienciosidade, ao contrário do que acontece entre a abertura à experiência e o neuroticismo que, quanto mais elevados, mais contribuem para o desenvolvimento desta patologia do sono. A hipersónia também demonstrou efeitos semelhantes relativamente à conscienciosidade e à abertura à experiência.

Como se pode verificar através dos resultados obtidos, tanto no caso da pressão arterial, cuja relação com a personalidade não se mostrou significativa, como no caso da qualidade de sono, que apresentou resultados significativos, especialmente nas dimensões da conscienciosidade e do neuroticismo, apontam para a necessidade da realização de novas investigações, não só relativas a estas variáveis específicas, mas, também, a possíveis relações entre outras variáveis físicas e psicológicas. Ainda assim, neste estudo foi possível obter uma descrição das características da personalidade na sua articulação com indicadores de pressão arterial e de qualidade de sono que se podem tornar relevantes na medida em que poderão contribuir para uma melhor adaptação à doença e qualidade de vida das pessoas, em função das suas especificidades sociodemográficas, neste estudo também amplamente exploradas.

No entanto, como em qualquer investigação, existiram também algumas limitações. Por um lado, houve alguma dificuldade na pesquisa bibliográfica por falta de estudos com objetivos semelhantes, que poderiam ser utilizados na discussão dos resultados obtidos. Por outro lado, a utilização do questionário de resposta *online*, além de colocar algumas delimitações na idade dos sujeitos, dado que, automaticamente, remeteu para uma franja da população de utilizadores mais jovem, permitia que existissem respostas às questões da personalidade dos questionários psicológicos ainda que não se respondesse às questões dos indicadores biológicos. Considerando que apenas os sujeitos cujas respostas incluíssem a pressão arterial seriam incluídos na amostra, houve uma grande diminuição da mesma, pois apenas se consideraram participantes com cem por cento de respostas aos diferentes

questionários. É ainda necessário ter em conta que o instrumento utilizado para a obtenção dos dados relativos à qualidade de sono é somente de autorresposta, o que pode influenciar o rigor dos resultados, pois incorpora subjetividade. Assim, recomenda-se uma atenção a estas limitações aquando de futuras investigações com variáveis e objetivos semelhantes.

Em conclusão, considera-se que o trabalho aqui apresentado pode ser um contributo válido para a investigação na área da Psicologia Clínica e da Saúde, particularmente na medida em que possibilita a aproximação entre variáveis psicológicas e indicadores biomédicos, que permitiu uma descrição e melhor compreensão teórico-conceptual dos componentes do Modelo *Big Five*, o modelo mais utilizado no que concerne à investigação e avaliação da personalidade, e a uma melhor compreensão das influências empíricas que esta pode exercer sobre componentes, não só mentais, mas também fisiológicas.

V - Referências Bibliográficas

Abbott, S. M., & Reid, K. J. (2018). Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders. In A. Y. Avidan, *Review of Sleep Medicine* (pp. 189-205). Philadelphia: Elsevier.

Acuña, S., Gómez, M., & Juristo, N. (2009). How do personality, team processes and task characteristics relate to job satisfaction and software quality? *Information and Software Technology, 51*(3), 627-639.

American Psychological Association. (2017). Personality. Retrieved Fevereiro 15, 2017, from American Psychological Association: <http://www.apa.org/topics/personality/>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Andrade, A. M., Araújo, B. F., & Souza, A. M. (2017). Personalidade, Satisfação e Estilos de Humor no Trabalho. *Teoria e Prática em Administração, 7*(1), 110-138.

Anjos, E. M., & Astorga, C. M. (2016). A personalidade resiliente: uma conceptualização teórica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*(1), 151-156.

Avidan, A. Y., & Neubauer, D. N. (2017). Chronic Insomnia Disorder. *Continuum, 23*(4) 1064-1092.

Barone, D. A., & Chokroverty, S. (2017). Neurologic Diseases and Sleep. *Sleep Medicine Clinics, 12*(1), 73-85.

Berenson, G. S., & Srinivasan, S. N. (2005). Cardiovascular risk factors in youth with implications for aging: The Bogalusa Heart Study. *Neurobiology of Aging, 26*(3), 303-307.

Bobes, J. G., García-Portilla, M. P, Sáiz, P. A, Fernández, M. T., Alvarez, C. I., Domínguez, J. M. (2000) Propriedades psicométricas del cuestionário Oviedo de Sueño. *Psicotherma. 12*(1), 107-112.

Borquez P., (2011). Calidad del sueño, somnolencia diurna y salud autopercebida en estudiantes universitarios. *Eureka, 8*(1), 80-91.

Bouchard, T. J., Jr. (2004). Genetic influence on human psychological traits: A survey. *Current Directions in Psychological Science, 13*, 148-151

Bouchard, T. J., & Loehlin, J. C. (2001). Genes, Evolution, and Personality. *Behavior Genetics*, 31(3), 243-273.

Brito-Costa, S., Bem-Haja, P., Moisão, A., Alberty, A., Castro, F. V., & Almeida, H. (2015). Psychometric Properties of Portuguese Version of Big Five Inventory (BFI). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 83-94.

Bull, F. C., & Bauman, A. E. (2011). Physical Inactivity: The “Cinderella” Risk Factor for Noncommunicable Disease Prevention. *Journal of Health Communication*, 16, 13-26.

Carvalho, S. P., & Trovisqueira, A. M. (2010, 05 07). A Personalidade na Etiologia e Progressão da Doença Física. Retrieved in Agosto 2017, from Psicologia.com.pt: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0176.pdf>

Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2011). Normal Human Sleep: An Overview. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement, *Principles and Practice of Sleep Medicine* (pp. 16-26). Missouri: Saunders.

Charles, S. T., & Reynolds, C. (2001). Age-Related Differences and Change in Positive and Negative Affect over 23 Years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 136-151.

Cheng, H., Montgomery, S., Treglown, L., & Furnham, A. (2017). Emotional stability, conscientiousness, and self-reported hypertension in adulthood. *Personality and Individual Differences*, 115, 159-163.

Chokroverty, S. (2017). *Sleep Disorders Medicine: Basic Science, Technical Considerations and Clinical Aspects*. New York: Springer.

Cichocki, M., Fernandes, K. P., Castro-Alves, D. C., & Gomes, M. M. (2017). Atividade Física e Modulação do Risco Cardiovascular. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 23(1), 21-25.

Coelho, R., Hughes, A. M., Fonseca, A. F., & Bond, M. R. (1989). Essential Hypertension: the Relationship of Psychological Factors to the Severity of Hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(2), 187-196.

Corr, P. J., & Matthews, G. (2009). *The Cambridge Handbook of Personality*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Dávila, M. (2011). Neurofisiología y fisiopatología del sueño. *ACORL*, 39(3), 37-49.
- DeYoung, C. G. (2010). Toward a Theory of the Big Five. *Psychological Inquiry*, 21, 26-33.
- Dias, A. M. (2001). Personalidade e coronariopatia. *Revista Millenium*, 30, 191-201.
- Dórea, E. L., & Lotufo, P. A. (2001). Framingham Heart Study e a teoria do contínuo de Pickering: duas contribuições da epidemiologia para a associação entre pressão arterial e doença cardiovascular. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 8(2), 195-199.
- Ellenbogen, J. M. (2005). Cognitive benefits of sleep and their loss due to sleep deprivation. *Neurology*, 64, E25-E27.
- Emert, S. E., Tutek, J., & Lichstein, K. L. (2017). Associations between sleep disturbances, personality and trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 107, 195-200.
- Fernandes, R. (2006). O sono normal. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(2), 157-168.
- Ferrara, M., & De Gennaro, L. (2001). How much sleep do we need? *Sleep Medicine Reviews*, 5(2), 155-179.
- Figueiredo, C., Avrichir, I., & Barbosa, R. A. (2017). A Personalidade de Empreendedores e Gerentes de Loja Medida via Teoria do Big Five. *Revista Administração em Diálogo*, 19(3), 70-94.
- Figueiredo, S. (2012). *Perturbações do sono e a qualidade de vida do utente hipertenso* (Master's thesis). Instituto Politécnico de Viseu: Viseu.
- García-Portilla, M. P., Sáiz, P. A., Díaz-Mesa, E. M., Fonseca, E., Arrojo, M., Sierra, P., . . . , J. (2009). Rendimiento psicométrico del Cuestionario Oviedo de Sueño em pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(4), 169-177.
- Geib, L. T., Neto, A. C., Wainberg, R., & Nunes, M. L. (2003). Sono e envelhecimento. *Revista de Psiquiatria de Rio Grande do Sul*, 25(3), 453-465.
- Giles, T. D., Materson, B. J., Cohn, J. N., & Kostis, J. D. (2009). Definition and Classification of Hypertension: An Update. *The Journal of Clinical Hypertension*, 11(11), 611-614.

Goldberg, L. R. (1993). The Structure of Phenotypic Personality Traits. *American Psychologist*, 48(1), 26-34.

Goodwin, R. D., & Friedman, H. S. (2006). Health Status and the Five-factor Personality Traits in a Nationally Representative Sample. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 643-654.

Gray, E. K., & Watson, D. (2002). General and Specific Traits of Personality and Their Relation to Sleep and Academic Performance. *Journal of Personality*, 70(2), 177-206.

Guyton, A.C. (2000). *Tratado de Fisiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Hampson, S. E., Edmonds, G. W., Barckley, M., Goldberg, L. R., Dubanoski, J. P., & Hilier, T. A. (2016). A Big Five Approach to Self-Regulation: Personality Traits and Health Trajectories in the Hawaii Longitudinal Study of Personality and Health. *Psychology, Health & Medicine*, 21(2), 152-162.

Hansenne, M. (2005). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.

Harvey, C.-J., Gehrman, P., & Espie, C. A. (2014). Who is predisposed to insomnia: A review of familial aggregation, stress-reactivity, personality and coping style. *Sleep Medicine Reviews*, 18, 237-247.

Hogan, R., & Foster, J. (2016). Rethinking personality. *International Journal of Personality Psychology*, 2(1), 37-43.

Instituto Nacional de Saúde. (2016, Fevereiro). Doenças Cardiovasculares. (I. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Ed.) Retrieved in Fevereiro 17, 2017, from Repositório Científico do Instituto Nacional de Saúde: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3447/3/Doenças%20Cardiovasculares.pdf>

James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., . . . Ortiz, E. (2014). Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. *Jama*, 311(5), 507-520.

John, O., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of personality: theory and research*, 2(510), 102-138.

Johnson, A. M., Vernon, P. A., & Feiler, A. R. (2008). Behavioral Genetic Studies of Personality: An Introduction and Review of the Results of 50+ Years of Research. In G. J. Boyle,

G. Matthews, & D. H. Saklofske, *The SAGE Handbook of Personality and Assessment* (pp. 146-173). Los Angeles: SAGE Publications.

Jonassaint, C. R., Why, Y. P., Bishop, G. D., Tong, E. M., Diong, S. M., Enkelmann, H. C., . . . Ang, J. (2009). The effects of Neuroticism and Extraversion on cardiovascular reactivity during a mental and an emotional stress task. *International Journal of Psychophysiology*, *74*, 274-279.

Kaleyias, J., Scott, R. Q., & Kothare, S. V. (2017). Parasomnias in Adolescents. In J. Kaleyias, R. Q. Scott, & S. V. Kothare, *Sleep Disorders in Adolescents: A Clinical Casebook* (pp. 79-94). Switzerland: Springer.

Larsen, R. J., & Buss, D. M. (1997). *Personality Psychology: Domains of knowledge about human nature*. New York: John Wiley & Sons.

Lomeli, H. A., Pérez-Olmos, I., Talero-Gutiérrez, C., Moreno, C. B., Gonzáles-Reyes, R., Palacios, L., . . . Muñoz-Delgado, J. (2008). Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. *Actas Españolas de Psiquiatria*, *36*(1), 50-59.

Madrid-Valero, J. J., Martínez-Selva, J. M., Couto, B. R., Sánchez-Romera, J. F., & Ordoñana, J. R. (2017). Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult population. *Gaceta Sanitaria*, *31*(1), 18-22.

Martins, M. d., Ricarte, I. F., Rocha, C. H., Maia, R. B., Silva, V. B., Veras, A. B., & Filho, M. D. (2010). Pressão Arterial, Excesso de Peso e Nível de Atividade Física em Estudantes de Universidade Pública Blood. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, *95*(2), 192-199.

McCabe, K. O., Van Yperen, N. W., Elliot, A. J., & Verbraak, M. (2013). Big Five personality profiles of context-specific achievement goals. *Journal of Research in Personality*, *47*, 698-707.

McCarley, R. W. (2007). Neurobiology of REM and NREM sleep. *Sleep Medicine*, *8*, 302-330.

McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An Introduction to the Five-Factor Model and Its Applications. *Journal of Personality*, *60*(2), 175-215.

Mischel, W. (2004). Toward an integrative science of the person. *Annual Review of Psychology*, *55*, 1-22.

Mroczek, D. K., & Almeida, D. M. (2004). The effects of daily stress, age, and personality on daily negative affect. *Journal of Personality, 72*, 354-378.

Myers, T. G., Ripoll, V. R., Cuenca, A. S., Mitchell, S. L., & McGuinness, M. J. (2017). Modelling the cardiovascular system for assessing the blood pressure curve. *Mathematics-in-Industry Case Studies, 8*(2), 1-16.

Pádua, F. (2011, Janeiro). Hipertensão Arterial. Retrieved Março 2, 2017, from Sobre a Hipertensão Arterial - INCP: <http://www.incp.pt/conselhos/sobre-a-hipertensao-arterial>

Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12)*. Sydney: Allen & Unwin.

Pavek, K., & Taube, A. (2009). Personality characteristics influencing determinacy of day and night blood pressure and heart rate. *Blood Pressure, 18*, 30-35.

Pocnet, C., Dupuis, M., Congard, A., & Jopp, D. (2017). Personality and its links to quality of life: Mediating effects of emotion regulation and self-efficacy beliefs. *Motivation and Emotion, 41*(2), 196-208.

Rahafar, A., Castellana, I., Randler, C., & Antúnez, J. M. (2017). Conscientiousness but not agreeableness mediates females' tendency toward being a morning person. *Scandinavian Journal of Psychology, 58*, 249-253.

Randler, C., Schredl, M., & Göritz, A. S. (2017). Chronotype, Sleep Behavior, and the Big Five Personality Factors. *SAGE Open, 1*-9.

Rentfrow, P. J., & Jokela, M. (2017). Regional Differences in Personality: Causes and Consequences. In T. Church, *The Praeger Handbook of Personality Across Cultures* (pp. 225-249). California: ABC-CLIO.

Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 126*, 3-25.

Roberts, B. W., & Bogg, T. (2004). A Longitudinal Study of the Relationships Between Conscientiousness and the Social- Environmental Factors and Substance-Use Behaviors That Influence Health. *Journal of Personality, 72*(2), 325-354.

Ryckman, R. M. (2008). *Theories of Personality*. Belmont: Thomson .

Schmitt, D. P., Realo, A., Voracek, M. & Allik, J. (2008). Why can't a man be more like a woman? Sex differences in Big Five personality traits across 55 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 168-182.

Schneider, L. (2017, Março 1). Idiopathic hypersomnia. Stanford. Retrieved from http://www.medlink.com/article/idiopathic_hypersomnia/target=_blank

Simões, V., J., S. (2016). *Adaptação e Validação do teste de personalidade Mini-IPIP e Big Five Inventory (BFI) em adultos portugueses*. (Master's thesis). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra: Coimbra.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2017). Hipertensão Arterial (HTA): O que é? Retrieved Março 2, 2017, from Sociedade Portuguesa de Hipertensão: http://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89

Stephoe, A., & Molloy, G. (2007). Personality as a risk factor in coronary heart disease. *Heart*, 93(7), 783-784.

Thorpy, M. J. (2012). Classification of Sleep Disorders. *Neurotherapeutics*, 9, 687-701.

Tonetti, L., Fabbri, M., & Natale, V. (2009). Relationship between circadian typology and big five personality domains. *Chronobiology International*, 26, 337-347.

Tucker-Drob, E. M. (2017). How Do Individual Experiences Aggregate to Shape Personality Development? *European Journal of Personality*.

Turiano, N.A., Pitzer, L., Armour, C., Karlamangla, A., Ryff, C.D., & Mroczek, D.K. (2011). Personality trait level and change as predictors of health outcomes: findings from a national study of americans (midus). *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(1), 4-12

Veiga, F. H., Pereira, A., Carvalho, C., Goulão, F., Marinha, F., Oliveira, I., Faria, L., Taveira, M., Bahia, S., Raposo, A. S., & Caldeira, S., N. (2016). *Atas do II Congresso Internacional Envolvimento dos Alunos na Escola: Perspetivas da Psicologia e Educação Motivação para o Desempenho Académico*. Lisboa: Instituto de Educação da Universidade de Lisboa.

Wallace, D. D., Boynton, M. H., & Lytle, L. A. (2017). Multilevel analysis exploring the links between stress, depression, and sleep problems among two-year college students. *Journal of American College Health*, 65(3), 187-197.

Williams, P. G., & Moroz, T. L. (2009). Personality vulnerability to stress-related sleep disruption: Pathways to adverse mental and physical health outcomes. *Personality and Individual Differences*, 46, 598-603.

World Health Organization. (2017). *Cardiovascular Diseases*. Obtido de World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

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

Zucconi, M., & Ferri, R. (2014). Assessment of sleep disorders and diagnostic procedures: Classification of sleep disorders. In *European Sleep Research Society (Eds.), Sleep Medicine Textbook* (pp. 95-109). Regensburg: European Sleep Research Society.